



Beleidsregel Eerstelijnsverblijf

Vastgesteld op 23 juni 2026
BR/REG-27100

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 en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

Met de brief van 31 mei 2016 (kenmerk 962317-149857-CZ) heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa het verzoek gedaan om de bekostiging voor eerstelijnsverblijf vast te stellen.

Gelet op artikel 59 van de Wmg, heeft de Minister voor Medische Zorg ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven (coördinatiefunctie verblijf). Deze aanwijzing dateert van 19 november 2019 en heeft als kenmerk 1613272-198762-PZo. Deze aanwijzing is gepubliceerd in de Staatscourant onder nummer 2019, 64844.

Artikel 1 Begripsbepalingen

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

zorgaanbieder:

- 1°. natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg in de zin van de Wmg verleent;
- 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°,

als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Wmg.

eerstelijnsverblijf:

verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Bzv, voor zover het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met paramedische zorg of psychologische zorg.

psychologische zorg / zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden:

zorg verleend door gedragsdeskundigen in het eerstelijnsverblijf die samenhangt met de reden van opname voor verblijf. Deze zorg valt onder de Zvw-prestatie 'zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden', en wordt geleverd aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek, en niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Dat de psychologische zorg binnen het eerstelijnsverblijf kan worden geleverd, doet er niet aan af dat de primaire reden voor opname in het verblijf altijd medisch noodzakelijk moet zijn in verband met 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Met andere woorden, de zorgverlener moet hierin als 'medebehandelaar' worden gezien.

verblijfsdag:

Een verblijfsdag is een kalenderdag die deel uitmaakt van een periode van opname voor eerstelijnsverblijf. De opname omvat minimaal één overnachting. De dag van opname en de dag van ontslag gelden als een te declareren verblijfsdag, waarbij geldt voor de dag van opname dat deze enkel gedeclareerd kan worden indien de opname heeft plaats gevonden vóór 20.00 uur. In het geval de dag van opname samenvalt met de dag van overlijden is eveneens sprake van een verblijfsdag. Als in dit geval de opname na 20.00 uur heeft plaatsgevonden kan eveneens een verblijfsdag gedeclareerd worden.

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 eerstelijnsverblijf.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op eerstelijnsverblijf zoals omschreven in artikel 1 van deze



beleidsregel, waarop aanspraak bestaat op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 4 Prestaties

In deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

1. Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking;
2. Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden;
3. Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase;
4. Eerstelijnsverblijf aan patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov;
5. Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling;
6. Coördineren van verblijf (regionale coördinatiefunctie);
7. Onderlinge dienstverlening.

De prestaties:

- Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking;
- Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden;
- Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase;
- Eerstelijnsverblijf aan patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov;
- Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling;

omvatten de volgende componenten:

- Verblijf voor zorg die medisch noodzakelijk is. Hierbij is onder andere inbegrepen de huisvestingskosten, inventaris, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed. Hieronder vallen tevens de geestelijke verzorging en maatschappelijk werk die als onderdeel van het verblijf worden geleverd.
- Verpleging en verzorging: 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging (inclusief transferzorg en verpleegtechnische handelingen).
- De geneeskundige zorg zoals specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten die plegen te bieden.
- De diagnostiek die door de zorgverlener (m.u.v. de huisarts) binnen het eerstelijnsverblijf wordt uitgevoerd.
- De psychologische zorg binnen eerstelijnsverblijf, die samenhangt met de indicatie voor opname in het eerstelijnsverblijf.
- De paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) binnen het eerstelijnsverblijf, die samenhangt met de indicatie voor opname in het eerstelijnsverblijf.
- Outillagehulpmiddelen: hulpmiddelen die kunnen worden gezien als standaardvoorziening waarmee een instelling moet zijn uitgerust.
- Uitwendige verbruikshulpmiddelen die in het kader van verzorging en verpleging tijdens het verblijf worden gebruikt.

1. Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking

De prestatie eerstelijnsverblijf laag complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag laag complex is waarbij sprake is van een enkelvoudige aandoening of beperking. Hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt aan de patiënt verleend.

2. Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden

De prestatie eerstelijnsverblijf hoog complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag hoog complex is, waarbij sprake is van meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden.

3. Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase

De prestatie eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat sprake is van zorg voor een patiënt, waarbij de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts drie maanden of korter zal zijn. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt veelal overgenomen, aansluitend bij het verloop van deze terminale levensfase.

4. Eerstelijnsverblijf aan patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov

De prestatie eerstelijnsverblijf aan patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov is een prestatie per verblijfsdag. De prestatie heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag



hoog complex is en extra inzet van personeel en specifieke expertise vraagt op het gebied van behandeling en verpleging vanwege cognitieve stoornissen door ondervoeding en alcoholabusus. Deze groep heeft daarnaast chronische somatische aandoeningen, verslavings-, veiligheid- en huisvestingsproblematiek. Het doel van de opname is het komen tot eenduidig zorgadvies en stabiliseren van lichamelijk, psychiatrische en cognitieve problematiek. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden.

5. Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling

De prestatie eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling is een prestatie per verblijfsdag. De prestatie heeft als kenmerk dat het zorglevering betreft aan patiënten met een complexe ondersteuningsvraag op basis van een delier of niet-gediagnostiseerde cognitieve stoornis en waarbij nadere diagnostiek nodig is.

Voor deze specifieke groep is een gesloten setting geïndiceerd met specifieke zorg en voorzieningen op het gebied van verpleging, cognitieve diagnostiek en diagnostische mogelijkheden en veiligheid. Dit vraagt 24-uurs observatie en begeleiding door de zorgverlener. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden gericht om te komen tot juiste diagnostiek.

6. Coördineren van verblijf (regionale coördinatiefunctie)

De prestatie coördineren van verblijf is een prestatie waarbinnen de zorg geleverd door een regionaal coördinatiepunt kan worden bekostigd. Een coördinatiefunctie verblijf omvat in ieder geval de volgende vier functionaliteiten:

1. Triage conform de omschrijving van het afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf, waarbij relevante kennis en vaardigheden beschikbaar moeten zijn en er minimaal zeven dagen per week tot 22.00 uur toegang is tot intercollegiaal consult van de specialist ouderengeneeskunde;
2. 24/7 bereikbaarheid en inzicht in beschikbare capaciteit, waarbij de gekozen regionale infrastructuur geschikt moet zijn voor toekomstige verbreding naar andere zorgvormen;
3. Monitoring en evaluatie van het functioneren van de regionale coördinatiefunctie verblijf, op gestructureerde wijze met betrokkenheid van verwijzers en andere gebruikers en periodieke communicatie over de ontwikkeling en voortgang van de coördinatiefunctie;
4. Kwaliteit- en effectmeting regionale coördinatiefunctie verblijf, onder verantwoordelijkheid van betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar en met deelname van verwijzers.

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.

7. Onderlinge dienstverlening

De prestatie onderlinge dienstverlening betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van eerstelijnsverblijf door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

Artikel 5 Tarieven

1. Tariefsoort

Er gelden maximumtarieven voor de prestaties:

Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking;

Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden;

Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase;

Eerstelijnsverblijf aan patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov;

Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling.

Er gelden vrije tarieven voor de prestaties:

Coördineren van verblijf (regionale coördinatiefunctie);

Onderlinge dienstverlening.

2. Totstandkoming tarieven

2.1. Tariefopbouw

De tarieven voor de prestaties:



Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking;
Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden;
Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase;
Eerstelijnsverblijf aan patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov;
Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling;
zijn gebaseerd op de volgende onderdelen:
Een loon- en materiële kostencomponent (LMC);
Een normatieve huisvestingscomponent (nhc), hierbij wordt aangesloten op de methodiek zoals beschreven in de Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg;
Een normatieve inventariscomponent (nic), hierbij wordt aangesloten op de methodiek zoals beschreven in de Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg;
In de tarieven is daarnaast een rentevergoeding op het genormeerd eigen vermogen (VGREV) opgenomen van 1,31%;
Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) plaats van de tariefcomponenten. De wijze van indexeren is geregeld in artikel 5.2.2.
De onderbouwing van deze maximumtarieven staat in het 'Verantwoordingsdocument tarieven elv en Wlz crisiszorg vv', dat als bijlage bij deze beleidsregel is opgenomen. De berekening van de VGREV is opgenomen in het addendum verantwoording tarieven elv en Wlz crisiszorg vv.

2.2. Indexatie

De tarieven voor de prestaties:

Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking;
Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden;
Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase;
Eerstelijnsverblijf aan patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov;
Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling;
worden jaarlijks trendmatig aangepast.
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 (PPC) uit het Centraal Economisch Plan van het Centraal Planbureau (CEP).
De toe te passen index op de loon- en materiële kostencomponent is het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices, waarbij wordt uitgegaan van verhoudingspercentages tussen loon- en materiële kosten per eerstelijnsverblijf prestatie. Deze verhoudingspercentages zijn terug te vinden in tabel 11 van het 'Verantwoordingsdocument tarieven elv en Wlz crisiszorg vv'.
Voor de normatieve inventariscomponent geldt de index voor materiële kosten.
De normatieve huisvestingscomponent wordt jaarlijks geïndexeerd met 2,5%.

3. *Max-maxtarieven*

De maximumtarieven, berekend op basis van artikel 5.2, kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten grondslag ligt.
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 eerstelijnsverblijf 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.

Artikel 6 Intrekken oude beleidsregels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel eerstelijnsverblijf, met kenmerk BR/REG-26114, ingetrokken.

Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De Beleidsregel eerstelijnsverblijf, met kenmerk BR/REG-26114, 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.



Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.
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 eerstelijnsverblijf.



TOELICHTING

Tijdelijk verblijf bij een Wlz-indicatie

Tijdelijk verblijf geleverd aan patiënten met een Wlz-indicatie valt niet onder de reikwijdte van deze beleidsregel. Het Zorginstituut Nederland heeft in zijn duiding 'Eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' van 29 maart 2016 aangegeven dat de indicatie voor de Wlz niet betekent dat er ook altijd sprake zal zijn van een verblijf in een Wlz-instelling. De Wlz onderscheidt namelijk de indicatie en de leveringsvorm. De leveringsvorm kan bestaan uit een daadwerkelijk verblijf in een instelling. De indicatie kan echter ook verzilverd worden in de eigen omgeving via een volledig pakket thuis, een modulair pakket thuis of een persoonsgebonden budget. Ook een geclusterde woonvorm hoort tot de mogelijkheden. Zodra in deze gevallen een behoefte ontstaat aan 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', dan is slechts een tijdelijke wijziging van de leveringsvorm aan de orde. Dit tijdelijke verblijf valt daarmee onder de Wlz.

Artikelsgewijs

Artikel 1 Begripsbepalingen

Verblijfsdag

Met de term 'verblijfsdag' wordt binnen eerstelijnsverblijf één dag eerstelijnsverblijf bedoeld. Met andere woorden: voor elke verblijfsdag mag één dag eerstelijnsverblijf laag complex, eerstelijnsverblijf hoog complex of eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg in rekening worden gebracht. Met 'kalenderdag' wordt bedoeld dat de verblijfsdag gekoppeld is aan de datum. Met andere woorden: de overgang van verblijfsdag 1 naar verblijfsdag 2 ligt bij 00.00 uur 's nachts.

De algemene regel is dat er sprake moet zijn van een overnachting om de eerste verblijfsdag te kunnen declareren én dat de opname vóór 20.00 uur heeft plaatsgevonden. Het criterium van de overnachting geldt echter niet in het geval de patiënt overlijdt op de dag van opname. In dat geval mag sowieso een verblijfsdag worden gedeclareerd, ook als de opname na 20.00 uur 's avonds heeft plaatsgevonden.

Als de patiënt op de dag van opname wordt ontslagen (dan wel overgeplaatst naar een andere instelling), geldt het criterium van overnachting wél en kan voor die dag dus geen verblijfsdag worden gedeclareerd.

In de tabellen hieronder wordt dit toegelicht met een aantal voorbeelden en bijbehorende fictieve data. Er bestaat dus een onderscheid in het geval van ontslag en overlijden voor het mogen declareren van verblijfsdagen.

Ontslag

Opnamedatum en -tijd	Ontslagdatum	Aantal verblijfsdagen
1 mei voor 20.00 uur	1 mei	Geen
1 mei na 20.00 uur	1 mei	Geen
1 mei voor 20.00 uur	2 mei	2 verblijfsdagen (1 en 2 mei)
1 mei na 20.00 uur	2 mei	1 verblijfsdag (2 mei)

Overlijden

Opnamedatum en -tijd	Datum van overlijden	Aantal verblijfsdagen
1 mei voor 20.00 uur	1 mei	1 verblijfsdag (1 mei)
1 mei na 20.00 uur	1 mei	1 verblijfsdag (1 mei)
1 mei voor 20.00 uur	2 mei	2 verblijfsdagen (1 en 2 mei)
1 mei na 20.00 uur	2 mei	1 verblijfsdag (2 mei)

Artikel 4 Prestaties

In artikel 4 staat aangegeven welke componenten deel uitmaken van de prestaties voor eerstelijnsverblijf. Hieronder is schematisch weergegeven uit welke componenten de prestaties zijn opgebouwd.



Een zorgaanbieder mag geen andere prestaties declareren voor componenten van zorg die al in de prestaties voor eerstelijnsverblijf, zoals opgenomen in deze beleidsregel, zijn opgenomen. Een uitzondering hierop vormt de situatie dat zorg in de thuishouding geleverd is op de dag van opname en/of ontslag uit eerstelijnsverblijf.

Daarnaast geldt:

- de geneeskundige zorg geleverd door de huisarts valt niet onder de prestaties in deze beleidsregel en kan gedeclareerd worden via de prestaties van de huisartsenzorg.
- de diagnostiek die door de zorgverlener binnen het eerstelijnsverblijf wordt uitgevoerd, valt onder de prestaties in deze beleidsregel. Hierbij geldt aanvullend:
 - Als de diagnostiek wordt uitgevoerd door de huisarts dan brengt de huisarts hiervoor de betreffende prestatie uit de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in rekening;
 - Als de diagnostiek wordt aangevraagd door de zorgverlener in het eerstelijnsverblijf, maar wordt uitgevoerd door een overige zorgaanbieder, dan wel op een andere locatie dan de setting voor eerstelijnsverblijf, stuurt het ziekenhuis/ diagnostische lab de rekening voor de diagnostiek naar de zorgverzekeraar.
- de paramedische zorg die niet samenhangt met de indicatie voor opname, valt niet onder de prestaties in deze beleidsregel en kan via de reguliere beleidsregels van de paramedische zorg in rekening worden gebracht. De logopedie valt onder de prestaties in deze beleidsregel mits de inzet een geneeskundig doel heeft.
- geneeskundige zorg die valt onder (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg valt niet onder de prestaties in deze beleidsregel en kan gedeclareerd worden via de prestaties van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
- de farmaceutische zorg valt buiten de prestaties in deze beleidsregel en kan apart in rekening worden gebracht.

Artikel 4.4 Eerstelijnsverblijf aan patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov

Een patiënt met het syndroom van Wernicke-Korsakov kan gekenmerkt worden als iemand die uitgebreide neurocognitieve en motorische stoornissen heeft als gevolg van alcoholgebruik en ondervoeding, met een grote impact op het dagelijks leven. Bij veel patiënten spelen daarnaast problemen op het sociale spectrum zoals verwaarlozing en het ontbreken van een vaste verblijfplaats en complexe psychiatrische problematiek onderliggend aan de verslavingsproblematiek. De zorg aan patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov vraagt extra inzet van personeel en specifieke expertise op het gebied van cognitieve stoornissen en motorische problematiek door ondervoeding en alcoholabus, verslavings-, veiligheid- en huisvestingsproblematiek. Concentratie van deze doelgroep binnen een expertisecentrum in de regio heeft voordelen op het gebied van duidelijkheid voor verwijzers waar deze cliëntpopulatie opgevangen kan worden, efficiënte inzet van expertise in de omgang en gepaste inzet van verpleegkundig en behandelend personeel. De zorg wordt dus veelal geleverd door zorgaanbieders die aangewezen zijn als expertisecentrum voor laag volume hoog complexe doelgroepen (in dit geval voor Korsakov).

Artikel 4.5 Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling

Het betreft zorg die verleend wordt in een aangepaste verblijfsomgeving. Voorbeelden hiervan zijn een prikkelarme omgeving, mogelijkheid tot gesloten deur, verzwaringsdeken en sensoren/camera's voor toezicht. Concentratie van deze doelgroep heeft voordelen op het gebied van duidelijkheid voor verwijzers waar deze patiënten in de regio opgevangen kunnen worden. Ook leidt dit tot een efficiënte inzet van expertise in de omgang en gepaste inzet van verpleegkundig en behandelend personeel. Hiermee wordt een aanvaardbare belasting in veiligheid en omgang van medewerkers in het werken



met patiënten met een delier/ of anderszins ernstig verward gedrag regionaal geborgd. Cognitieve analyse wordt verricht om de diagnose te stellen en zo nodig een passende zorgindicatie aan te vragen. Deze vervolgzorg kan ook onder de Wlz vallen. Het effect van deze prestatie is ontlasting van zorg en bezetting in de ziekenhuizen.

Artikel 4.6 Onderlinge dienstverlening

Er is sprake van onderlinge dienstverlening wanneer de zorg die door een zorgaanbieder wordt verleend onderdeel is van de beschrijving van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van eerstelijnsverblijf. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. De uitvoerende zorgaanbieder brengt de prestatie onderlinge dienstverlening in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerende zorgaanbieder heeft aangevraagd. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert de prestatie(s) (vermeld in artikel 4 van deze beleidsregel) bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.

Artikel 5.2.1 Tariefopbouw

Voor de berekening van de nhc en de nic wordt aangesloten bij de Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg. Dit betreft in ieder geval voor de duur van het experiment revalidatie en herstelzorg zoals beschreven in de beleidsregel experiment revalidatie- en herstelzorg. Indien het experiment aanleiding geeft om de toepassing van de nhc en nic te heroverwegen, wordt dat onderzocht.

Artikel 5.4 Max-maxtarieven

De prestaties voor eerstelijnsverblijf kennen de mogelijkheid voor een max-maxtarief. Dit tweede maximum kan bijvoorbeeld worden gebruikt voor initiatieven op het gebied van regionale coördinatie-functie verblijf, organisatie en infrastructuur, multidisciplinair overleg (aanvullend aan wat gezien kan worden als reguliere professionele beroepsuitoefening), of andere lokale initiatieven. Dit is ter beoordeling aan het lokaal overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.