

# Voorschrift zorgtoewijzing 2021

**Addendum bij overeenkomst 2021  
Zorgkantoor – Zorgaanbieder Wlz**

Zorgverzekeraars Nederland | 4 mei 2021

2021

**Disclaimer**

*De documenten opgesteld door het zorgkantoor ten behoeve van de inkoop van langdurige zorg 2021 zijn onder voorbehoud van wijzigend beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om een correctie in de inkoopdocumenten, de procedure en wijziging of aanpassing van de voorschriften van de inkoopprocedure toe te passen. Dat kan als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte, de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dienen te maken of door gewijzigde Wlz-regelgeving.*

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Voorwoord</b>	<b>6</b>
1.1	Toelichting gewijzigde versie 2021	6
1.2	Doelstelling voorschrift	7
<b>2.</b>	<b>Proces zorgtoewijzing</b>	<b>9</b>
2.1	Inleiding	9
2.2	Zorgtoewijzingsproces	9
2.2.1	Algemene uitgangspunten voor Wlz-zorg	9
2.2.2	Van indicatie via zorgtoewijzing naar zorglevering	12
2.3	Regionaal zorgkantoor en ondersteuning cliënt	21
2.3.1	Onafhankelijke cliëntondersteuner	21
2.4	Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt	23
2.4.1	Processtappen zorgkantoor	24
2.4.2	Processtappen zorgaanbieder en zorgkantoor	25
2.5	Regionaal zorgkantoor en wachtlijstbeheer	28
2.5.1	Algemene uitgangspunten wachtlijstbeheer	29
2.5.2	Wachtstatussen met classificaties	31
2.5.3	Verantwoorde zorg thuis bij status Urgent plaatsen en Actief plaatsen	34
2.5.4	Toelichting tabellen wachtstatus met classificaties	36
2.5.5	Wachtstatus Urgent plaatsen: beschrijving en rollen	37
2.5.6	Wachtstatus Actief plaatsen: beschrijving en rollen	44
2.5.7	Wachtstatus Wacht op voorkeur: beschrijving en rollen	51
2.5.8	Wachtstatus Wacht uit voorzorg: beschrijving en rollen	55
2.5.9	Aanvullend wachtlijstbeheer zorgkantoor	59
2.5.10	Leveringsstatussen In zorg en Einde zorg	60
2.6	Regionaal zorgkantoor en eigen bijdrage	62
2.7	Wet zorg en dwang en wachtlijstbeheer	64
<b>3.</b>	<b>Wlz-zorg bij thuis wonen</b>	<b>68</b>
3.1	Inleiding	68
3.2	Algemene uitgangspunten zorg thuis	69
3.2.1	Coördinator zorg thuis	70
3.2.2	Beschikking	72
3.3	Mogelijkheden voor zorg thuis	74
3.3.1	Volledig pakket thuis (VPT)	75
3.3.2	Modulair pakket thuis (MPT)	76
3.3.3	Rekenmodule en Adviesformulier voor zorg thuis	77

3.3.4	Zorgtoewijzingsproces voor VPT en MPT	79
3.3.5	VPT of MPT in combinatie met behandeling	94
3.3.6	VPT of MPT in combinatie met Persoonsgebonden budget (PGB)	99
3.3.7	MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis (EKT)	102
3.3.8	Mogelijkheden voor extra budget thuis	104
3.3.9	VPT, MPT of PGB in combinatie met logeren	119
3.3.10	VPT, MPT of PGB in combinatie met onderwijs	121
<b>4.</b>	<b>Wlz-zorg bij (deeltijd)verblijf in een instelling</b>	<b>122</b>
4.1	Inleiding	122
4.2	Verblijfszorg	123
4.2.1	Algemene uitgangspunten verblijfszorg	123
4.2.2	Zorgprofiel SGLVG of LVG	125
4.2.3	Dossierhouder	127
4.2.4	Behandeling in MAZ bij Verblijf Opname Ja	131
4.2.5	Voorbeelden wachtstatus Verblijf	132
4.3	Vormen van verblijfszorg	141
4.3.1	Deeltijdverblijf (DTV)	141
4.3.2	Voorbeelden wachtstatus Deeltijdverblijf	148
4.3.3	Verblijf in een instelling	156
4.3.4	Voorbeeld wachtstatus Verblijf	165
4.3.5	Crisisopname in een instelling	170
4.3.6	Verblijf in een instelling (of VPT), met toeslag Meerzorg	172
4.3.7	Verblijf in een instelling in combinatie met zorg thuis	172
4.3.8	Behandeling tijdens verblijf zonder behandeling	172
4.3.9	Partneropname	173
4.3.10	Administratieve zorgtoewijzing (tijdelijk verblijf in andere instelling)	174
4.4	Palliatief Terminale Zorg	176
<b>5.</b>	<b>Zorgweigering en zorgbeëindiging</b>	<b>177</b>
5.1	Inleiding	177
5.2	Zorgweigering door zorgaanbieder	177
5.3	Zorgbeëindiging door zorgaanbieder	178
<b>6.</b>	<b>Bijlage A: Afkortingen en begrippen</b>	<b>180</b>
<b>7.</b>	<b>Bijlage B: Belangrijke informatie en websites</b>	<b>192</b>
<b>8.</b>	<b>Bijlage C: Vertaaltabel</b>	<b>193</b>
<b>9.</b>	<b>Bijlage D: Overgangsrecht laag zorgprofiel</b>	<b>195</b>
<b>10.</b>	<b>Bijlage E: Gebruikelijke zorg</b>	<b>196</b>

<b>11.</b>	<b>Bijlage F: DTV en hulpmiddelen/ vervoer</b>	<b>199</b>
<b>12.</b>	<b>Bijlage G: Crisiszorg</b>	<b>203</b>
12.1	Crisissituatie	203
12.1.1	Ontstaan crisissituatie	203
12.1.2	Crisisopname en IBS	205
12.1.3	Crisisopname en (straf)rechtelijke machtiging of Wzd art. 28a	207
12.2	Nog geen indicatiebesluit aanwezig	207
12.3	Rollen	208
12.3.1	Het zorgkantoor	208
12.3.2	Crisiszorgaanbieder	209
12.3.3	Dossierhouder	209
12.3.4	Coördinator zorg thuis	210
12.4	Processtappen crisiszorg V&V	210
12.4.1	Procesflow crisiszorg V&V	211
12.4.2	Crisiszorgaanbieder	213
12.4.3	Processtappen met bijbehorende rollen (tabel V&V)	214
12.5	Processtappen crisiszorg GZ	219
12.5.1	Procesflow	219
12.5.2	Onafhankelijke crisisregisseur	222
12.5.3	Het crisisondersteuningsteam (COT)	224
12.5.4	De crisiszorgaanbieder	225
12.5.5	De dossierhouder of coördinator zorg thuis	225
12.5.6	Processtappen met bijbehorende rollen (tabel GZ)	227
12.6	Processtappen crisiszorg GGZ	231
<b>13</b>	<b>Bijlage H: Meezorg bij verblijfszorg of geclusterd VPT</b>	<b>232</b>
13.1	Meezorg algemeen	232
13.2	Individuele Meezorg of Groepsmeezorg	232
13.2.1	Beleidsregel Meezorg Wlz	232
13.2.2	Processtappen Individuele Meezorgaanvraag zorgaanbieder	234
13.2.3	Processtappen Groepsmeezorgaanvraag zorgaanbieder	236
13.3	Meezorgplan	238
13.4	Het Ontwikkeltraject	240
13.5	Individuele aanvraag preventieve Meezorg (intramuraal of VPT)	241
13.6	Bezwaarprocedure	241
13.7	Verhuizing	242

# 1. Voorwoord

Voor u ligt een gewijzigde versie van het Voorschrift zorgtoewijzing 2021. Hierna voorschrift genoemd. De ingangsdatum van dit voorschrift is 1 mei 2021. Het voorschrift maakt onderdeel uit van de Wlz-overeenkomst 2021 tussen zorgkantoren en zorgaanbieders en sluit aan bij het zorginkoopbeleid van de zorgkantoren. Het voorschrift is van toepassing op alle cliënten met een geldig indicatiebesluit voor zorg die valt binnen de Wet langdurige zorg (Wlz)<sup>1</sup>.

Wijzigingen in het voorschrift

- Pdf-versie met extra navigatiemogelijkheden
- Aparte sub-paragrafen aangemaakt voor wachtstatussen
- Leesbaarheid tabellen wachtstatussen verbeterd
- Beschrijving en rollen wachtstatussen aangescherpt
- Tabellen Wachtstatus/ Rollen uitgebreid met cliëntverwachtingen
- Overlappende tekst opgeschoond en efficiënter geordend
- Relevante overige tekstuele aanscherpingen (grijs gearceerd)

## 1.1 Toelichting gewijzigde versie 2021

### Verbetertraject wachtlijstbeheer

In het verbetertraject rondom wachtlijsten in verpleeghuizen is een nieuwe structuur uitgewerkt voor de wachtstatussen. Deze nieuwe structuur is bedoeld om meer inzicht te geven in de wachtlijstproblematiek en het wachtlijstbeheer beter te ondersteunen. Vanaf 1 januari 2021 wordt met deze nieuwe structuur gewerkt.

Om sneller naar de informatie over de verschillende wachtstatussen te kunnen navigeren, is per wachtstatus een sub-paragraaf aangemaakt. Deze sub-paragrafen bevatten 2 overzichten: Beschrijving en Rollen. De beschrijvingen van de wachtstatussen en/of classificaties zijn aangescherpt aan de hand van ontvangen vragen of input van zorgaanbieders en zorgkantoren. Dat geldt ook voor het overzicht Rollen. Verder is per status het overzicht Rollen uitgebreid met de kolom Verwachtingen cliënt. In deze kolom staat een richtlijn over de keuzevrijheid van een cliënt rondom het accepteren van een zorgaanbod. Dit aanbod kan gedaan zijn door zijn voorkeuraanbieder of een (tijdelijk) andere zorgaanbieder. De richtlijn is bedoeld als hulpmiddel voor cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren in het contact over de cliëntsituatie en de actuele wachtstatus. Wachtlijstbeheer blijft maatwerk. Daarin wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wens(en) van de cliënt, maar staat het verantwoord inzetten van zorg op de

<sup>1</sup> Het voorschrift geldt niet voor de subsidieregeling ADL omdat die volledig wordt uitgevoerd door het Zorginstituut. iWlz wordt gebruikt om de indicatiebesluiten van het CIZ voor ADL naar zorgaanbieder(s) van ADL-clusters te routeren. Vanaf 2022 loopt deze routing volledig buiten iWlz om.

voorgond. Daarnaast wordt het doelmatig inzetten van zorg meegewogen in de oplossingsrichting.

### **Instream nieuwe groep GGZ-cliënten in de Wlz**

Vanaf 2021 kunnen mensen die blijvend intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben een beroep doen op de Wlz. De range zorgprofielen is daarvoor uitgebreid met zorgprofielen GGZ-Wonen (GGZW). Om de indicatiestelling en het opstarten van Wlz-zorg goed te regelen voor de groep die overkomt uit het gemeentelijke domein, is er tot 1 oktober 2021 een overgangsregeling van kracht. Verdere communicatie over deze regeling loopt buiten het voorschrift om en is ook te vinden op <https://www.informatielangdurigezorg.nl/ggz-naar-wlz/nieuws>

### **Einde subsidieregeling Extramurale behandeling**

De tijdelijke subsidieregeling Extramurale behandeling is beëindigd op 31 december 2020. Vanaf 1 januari 2021 wordt deze behandeling vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en valt die onder de regeling Generalistische specialistische Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP). Als voorbereiding op deze overgang heeft het CIZ vanaf 5 oktober 2020 alleen nog kortdurende indicatiebesluiten afgegeven met een maximale einddatum van 31 december 2020. Verder zijn eind vorig jaar alle indicatiebesluiten voor deze subsidieregeling die nog geldig waren op of na 1 januari 2021 door het CIZ afgesloten. Het CIZ heeft hiervoor een administratief indicatiebesluit afgegeven met einddatum 31 december 2020.

Om de overgang naar de Zvw soepel te laten verlopen is het indicatiebesluit bij een cliënt niet ingetrokken. Een cliënt kan met een indicatiebesluit dat nog geldig was op 31 december 2020 zijn lopende behandeling voortzetten. Met de regiebehandelaar wordt de verdere looptijd van de behandeling afgestemd. Als de behandeling wordt afgerond voor 31 december 2022 is er geen verwijzing nodig. Als de behandeling nog doorloopt na deze datum is er wél een verwijzing van de huisarts nodig.

## **1.2 Doelstelling voorschrift**

### **Doel voorschrift**

Om een uniforme en transparante uitvoering van de Wlz voor alle verzekerden te borgen, is het voorschrift opgesteld. Verzekerden (cliënten) in de Wlz hebben hierdoor overal in Nederland een gelijk recht op een zorgarrangement thuis, overbruggingszorg (thuis), deeltijd verblijf of verblijfszorg in een instelling.

Uniforme uitvoering heeft voor Wlz-zorgaanbieders, onafhankelijke cliëntondersteuners en zorgkantoren als voordeel dat het zorgtoewijzingsproces op eenduidige wijze wordt afgehandeld en verwerkt in het administratieve proces (administratieve lastenverlichting).

### **Voor wie is het voorschrift bedoeld?**

Het voorschrift is bedoeld voor Wlz-zorgaanbieders, onafhankelijke cliëntondersteuners en zorgkantoren die betrokken zijn bij het organiseren van Wlz-zorg voor een cliënt en het

bijbehorende zorgtoewijzingsproces. In de uitwerking van de processen is rekening gehouden met het verschil tussen de doelgroepen (sectoren) binnen de Wlz.

Het voorschrift richt zich op het zorgtoewijzingsproces voor zorg in natura (ZIN) en gaat daarnaast ook in op het zorgtoewijzingsproces voor de combinatie van ZIN met PGB. Hebt u te maken met cliënten die (deels) Wlz-zorg inkopen via een persoonsgebonden budget (PGB)? Dan vindt u over het PGB en bijbehorende processtappen meer informatie op de websites van de Rijksoverheid, Per Saldo en de zorgkantoren.

### **Reikwijdte voorschrift**

In de Wlz-keten zijn Wlz-uitvoerders (de zorgverzekeraars) verantwoordelijk voor uitvoering van de Wlz. Deze verantwoordelijkheid omvat het efficiënt organiseren en monitoren van het regionale zorgtoewijzingsproces en tijdige zorgverlening aan eigen verzekerden. Uitvoering van dit proces is door de Wlz-uitvoerders gemandateerd aan de regionaal werkende zorgkantoren.

### **Status voorschrift**

Het Voorschrift Zorgtoewijzing is opgesteld in ZN-verband. Bij een aanzienlijke wijziging van het document wordt een conceptversie gedeeld en besproken met verschillende branchepartijen van zorgaanbieders, cliëntorganisaties, Per Saldo, VWS, ZiNL en de NZa. De inhoud van de definitieve versie blijft verantwoordelijkheid van ZN en de zorgkantoren.

Wijzigingen op dit voorschrift, bijvoorbeeld door beleidswijzigingen vanuit het ministerie, worden gepubliceerd als addendum bij het voorschrift of door publicatie van een nieuwe versie.

Alle documenten die horen bij de overeenkomst worden gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren en op [www.zn.nl](http://www.zn.nl). Een gewijzigde versie van het voorschrift treedt in werking na publicatie op de website van ZN. Voorafgaand worden betrokken partijen door ZN en de zorgkantoren geïnformeerd over de belangrijkste wijzigingen. Dit gebeurt via een voorlegger bij de gewijzigde versie en/of door belangrijke wijzigingen in het voorschrift te markeren.

Zorgkantoren kunnen op onderwerpen die in het voorschrift staan aanvullend beleid publiceren. Dat geldt ook voor onderwerpen die niet in het voorschrift zijn opgenomen.

### **Versiebeheer voorschrift**

In ZN-verband wordt periodiek getoetst of het voorschrift voldoet aan wet- en regelgeving en aan landelijke beleidsontwikkelingen. ZN, als beheerder van het voorschrift, bewaakt dat noodzakelijke aanpassingen in het voorschrift tijdig plaatsvinden. ZN heeft geen publieksvoorlichtingsfunctie. Bij vragen over de toepassing van het voorschrift neemt u contact op met het zorgkantoor waarmee een contract voor Wlz-zorg is afgesloten.



## 2. Proces zorgtoewijzing

### 2.1 Inleiding

Belangrijk doel binnen de Wlz is tijdige en passende zorg geven aan mensen met een Wlz-indicatie, waarbij rekening wordt gehouden met het individuele welzijn van iemand en hoe iemand het liefst wil leven. Keuzevrijheid, zelfregie en persoonsvolgende zorg staan daarin centraal. Net zoals het zo lang mogelijk thuis blijven wonen, deel blijven uitmaken van de samenleving, zorg op maat krijgen, zorg krijgen die past bij de persoonlijke identiteit van iemand en die aansluit bij zijn wensen, behoeften en mogelijkheden. In de Wlz wordt daarbij ook rekening gehouden met de wensen, behoeften en mogelijkheden van de directe omgeving.

Het lukt helaas niet altijd om Wlz-zorg tijdig én passend bij de wens (voorkeur) of zorgbehoefte van een Wlz-cliënt<sup>2</sup> te leveren. In het voorschrift zijn daarom afspraken en procedures beschreven die dan van toepassing zijn. Bij de uitwerking hiervan volgen we de stappen die een cliënt in de Wlz doorloopt.

### 2.2 Zorgtoewijzingsproces

#### 2.2.1 Algemene uitgangspunten voor Wlz-zorg

##### Toegang naar Wlz-zorg

- Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) beoordeelt of iemand aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet. Zo ja, dan krijgt iemand een indicatiebesluit voor het zorgprofiel (zorgzwaartepakket/ZZP) dat het beste past bij zijn zorgbehoefte;
- Iemand is dan blijvend aangewezen op 24 uur zorg per dag in de nabijheid of er is permanent toezicht nodig om ernstig nadeel voor iemand te voorkomen. In deze cliëntsituaties is herstel of verbetering vaak niet mogelijk;
- Bij 24 uur zorg in de nabijheid moet een cliënt 24 uur zorg per dag kunnen inroepen omdat sprake is van ernstig fysieke of zware regieproblemen waardoor voortdurend begeleiding of overname van (zelf)zorg of taken nodig is;
- Als er permanent toezicht nodig is (onafgebroken toezicht of actieve observatie gedurende het gehele etmaal), kan er elk moment iets ernstig misgaan. In deze situaties moet ernstige nadeel voor een cliënt worden voorkomen door tijdig ingrijpen (onveilige, gevaarlijke of (levens)bedreigende gezondheidssituaties of gedragssituaties);
- Het CIZ kijkt bij de indicatiestelling naar de individuele zorgbehoefte van een cliënt en houdt bij de beoordeling verder geen rekening met de mogelijkheden van aanwezige mantelzorg, de sociale omgeving van een cliënt en/of zijn deelname aan onderwijs;

---

<sup>2</sup> In het vervolg van dit document wordt onder cliënt ook verstaan zijn of haar ouder(s), verzorger(s), mantelzorger(s), (wettelijk) vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp. Hij of zijn verwijst zowel naar man als vrouw.

- Zorg of begeleiding voor iemand die een CIZ- indicatie heeft en thuis woont, valt onder de Wlz als dit zo in de Wlz-aanspraken is beschreven. De Wlz gaat dan voor op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw). In deze situaties mag bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, dagbesteding<sup>3</sup> of verpleging niet worden betaald vanuit de Wmo of Zvw<sup>4</sup> (wijkverpleging). Net zoals bijvoorbeeld medicijnen of mondzorg als iemand verblijfszorg met behandeling in een instelling krijgt;
- De zorgaanbieder die (tijdelijk) het eerste aanspreekpunt is voor een cliënt, bespreekt met de cliënt dat alle zorg die nodig is én onder de Wlz-zorg valt, ook betaald moet worden uit de Wlz. Wordt er nog Wlz-zorg betaald via de Zvw of Wmo, dan regelt de zorgaanbieder dat deze zorg vanuit het Wlz-domein wordt ingezet en betaald. Dit voorkomt later een onnodige naheffing (stapelfactuur) voor de eigen bijdrage voor een cliënt of correctie op het budget van de Wlz-zorgaanbieder. Het zorgkantoor informeert een cliënt hier ook over via de website, brochure of in persoonlijk contact. Zo ontvangt elke cliënt die voor de 1<sup>e</sup> keer een indicatie krijgt voor de Wlz of langere tijd geen Wlz-zorg heeft ontvangen, van het zorgkantoor een brief en/of informatiepakket;
- Heeft iemand bijvoorbeeld wijkverpleging als er een indicatie voor Wlz-zorg wordt afgegeven? Dan kan er tijd nodig zijn om de zorg in de Wlz te regelen. Voor deze 'regeltijd' is wettelijk niets geregeld. Daarom is met betrokken partijen afgesproken dat na de afgiftedatum van het indicatiebesluit, de zorg nog maximaal 5 kalenderdagen door de gemeente en/of zorgverzekeraar wordt betaald. Daarna wordt de zorg uit de Wlz betaald;
- Is een cliënt tevreden over zijn zorg(aanbieder) in het andere domein en wil hij die in de Wlz graag houden? Dan kan dat als het om Wlz-zorg gaat. En als deze zorgaanbieder(s) ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg, als onderaannemer of via PGB kan of wil werken. De zorgaanbieder die het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt is voor de cliënt houdt rekening met deze wens bij het organiseren van zijn Wlz-zorg (thuis);
- Wijzigt een zorgvraag structureel en is het geïndiceerde zorgprofiel niet meer het best passende zorgprofiel? Dan kan dat reden zijn om een nieuwe indicatie aan te vragen bij het CIZ. Deze aanvraag gaat dan voor op een vergoeding van extra toeslagen (thuis). De cliënt kan zelf een nieuwe indicatie aanvragen maar kan daarvoor iemand anders ook (schriftelijk) toestemming geven, bijvoorbeeld een zorgprofessional.

### **Rechtmatige en doelmatige inzet van Wlz-zorg**

- Bij het samenstellen van een zorgarrangement wordt de wens van een cliënt zoveel mogelijk gevolgd (denk daarbij aan wensen rondom leveringsvorm en zorgaanbieder);
- Maar zorg moet ook rechtmatig (voldoen aan alle wet- en regelgeving) en doelmatig worden ingezet. Wlz-zorg moet betaalbaar en toegankelijk blijven voor iedereen met een Wlz-indicatie. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid;
- Bij het maken van de afspraken over welke Wlz-zorg (tijdelijk) nodig is, bespreekt de zorgaanbieder en/of het zorgkantoor daarom de mogelijkheden van de cliënt zelf en de

<sup>3</sup> De formele Wlz-aanspraak voor dagbesteding of dagbehandeling is Begeleiding in groepsverband of Behandeling in groepsverband.

<sup>4</sup> Zorgverzekeraars controleren op oneigenlijk gebruik van de Zvw als iemand beschikt over een indicatiebesluit voor Wlz-zorg (samenloopcontrole). Uitzondering hierop vormt bijvoorbeeld verpleging en verzorging voor een minderjarig kind met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap die verband houdt met behoefte aan geneeskundige zorg (art. 3.1.5 Besluit langdurige zorg).

mogelijkheden voor gebruikelijke zorg bij personen die deel uitmaken van de leefeenheid (zie bijlage A en E). Ook wordt er gekeken naar mogelijkheden van mantelzorg (sociaal netwerk), informele zorg en/of inzet van algemeen gebruikelijke voorzieningen als iemand nog thuis woont zoals bijvoorbeeld een maaltijddienst of boodschappendienst. Voor mantelzorg of informele zorg geldt geen verplichting;

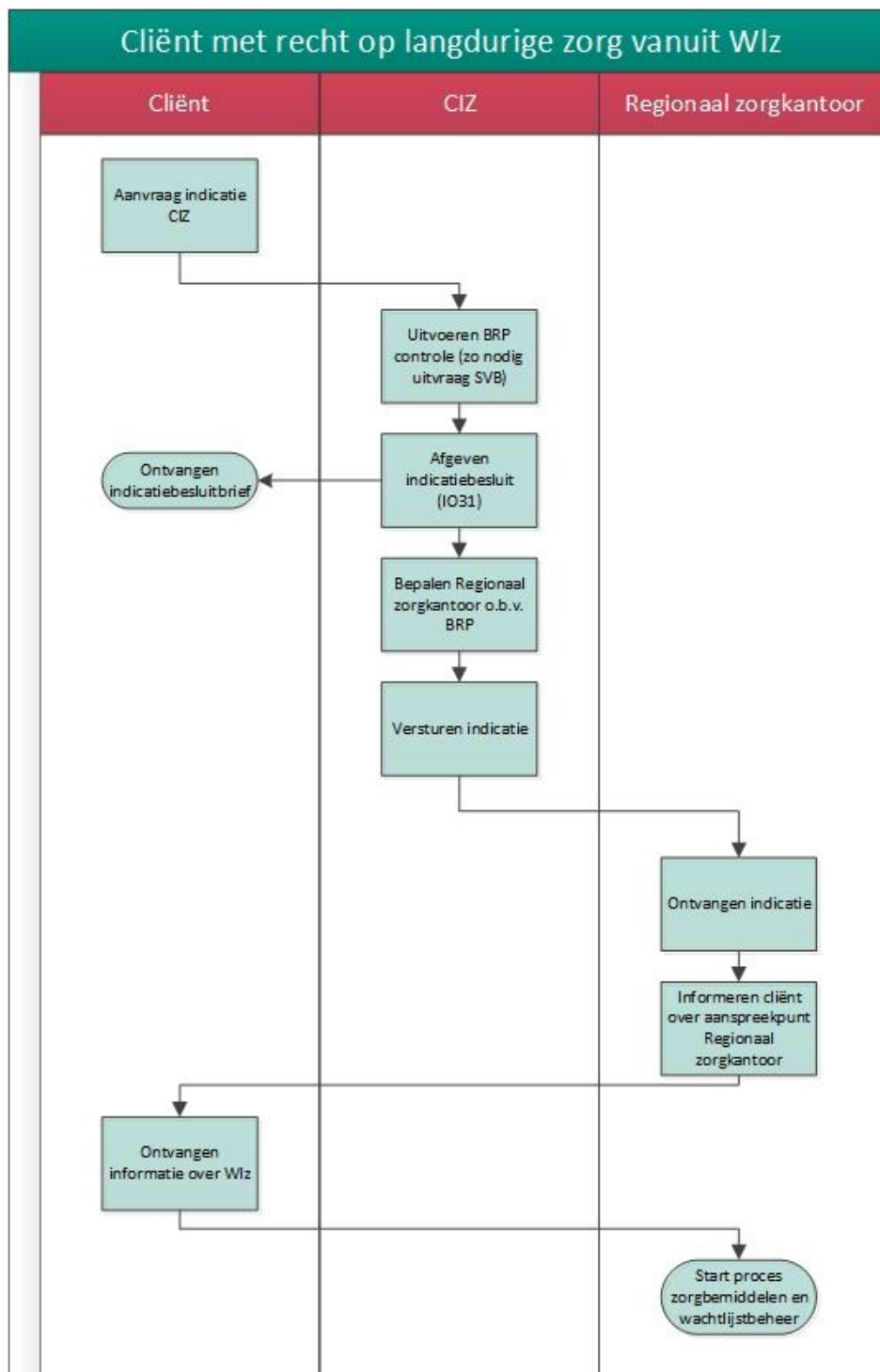
- Voor een rechtmatige inzet van zorg is het indicatiebesluit leidend. Het beschikbare budget moet besteed worden aan publieke (Wlz)-zorg waarbij de geleverde zorg (inhoudelijk) aansluit bij het geïndiceerde of het toegewezen zorgprofiel. Dat laatste is van toepassing als het geïndiceerde zorgprofiel voor de cliënt is omgezet naar een ander passend zorgprofiel (zie bijlage C Vertaaltabel);
- Het zorgkantoor toetst achteraf op rechtmatige inzet van zorg. Het is daarom belangrijk dat de zorgaanbieder het afgesproken zorgarrangement transparant en navolgbaar vastlegt in het (digitale) zorgplan. En een registratie bijhoudt over de uitvoering daarvan;
- Voor een doelmatige inzet van zorg wordt de zorg die bij de cliënt past afgezet tegen het doel dat daarmee voor de cliënt wordt bereikt, de prijs (betaalbaarheid) en de mate waarin de indicatie wordt gebruikt. Het gaat om een optimale balans tussen kosten, volume, en kwaliteit van zorg die aansluit bij de zorgbehoefte en wensen van een cliënt (NZa);
- Zorgkantoren toetsen periodiek en achteraf op doelmatige inzet van zorg (of de gemiddelde kosten binnen het toegestane budget blijven). Dit gebeurt aan de hand van ontvangen declaraties voor een cliënt in een bepaalde periode of bepaald kalenderjaar. Daarnaast vergelijken we ook de kostenontwikkeling tussen zorgaanbieders onderling;
- De declaraties worden bij ontvangst al gecontroleerd tegen de toegewezen leveringsvorm. Wordt bijvoorbeeld een prestatie voor persoonlijke verzorging gedeclareerd dan wordt gecontroleerd of er een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor MPT.

### **Samenstellen zorgarrangement**

- Een zorgaanbieder kan alléén die Wlz-zorg leveren waarvoor hij is gecontracteerd. Heeft een cliënt voorkeur voor een bepaalde zorgaanbieder, dan controleert het zorgkantoor vooraf niet of die gecontracteerd is voor de toegewezen zorg. De zorgaanbieder heeft zelf de verantwoordelijkheid om te bepalen of de zorg op een verantwoorde en passende manier kan worden geleverd. Hij kan eventueel met het zorgkantoor overleggen of in het lopende jaar nieuwe (nog niet-gecontracteerde) prestaties kunnen worden afgesproken;
- Zet een zorgaanbieder zorg in die afwijkt van de gecontracteerde zorg? Dan kan hij deze zorg niet declareren en ligt het financiële risico daarvan bij de zorgaanbieder;
- Kan of mag een zorgaanbieder een bepaald zorgprofiel niet leveren? Dan bespreekt de zorgaanbieder met de cliënt de mogelijkheid voor inzet van een ander, passend zorgprofiel (bij verblijfszorg), een pakket voor zorg thuis óf de mogelijkheid om naar een zorgaanbieder te worden bemiddeld die inhoudelijk gezien beter passende zorg kan leveren. Een cliënt kan hiervoor ook direct terecht bij het zorgkantoor of eventueel een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen die door het zorgkantoor is gecontracteerd.

### 2.2.2 Van indicatie via zorgtoewijzing naar zorglevering

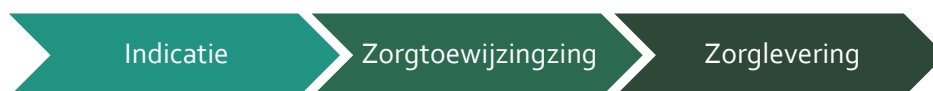
- Ketenpartijen in de Wlz (het CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders en het CAK) wisselen onderling informatie uit over cliënten met een Wlz-recht. Dat gaat via beveiligd, elektronische berichten: het iWlz-berichtenverkeer. Alle informatie over de verschillende iWlz-berichten is terug te vinden op [www.istandaarden.nl](http://www.istandaarden.nl) en komt terug in het voorschrift als dit voor het uitvoeringsproces relevant is;
- Het CIZ heeft de wettelijke taak om bij de indicatiestelling te controleren of iemand recht heeft op Wlz-zorg. Het CIZ vraagt daarvoor het actuele woonadres op van een cliënt via de Basisregistratie Personen (BRP, voorheen GBA). Geeft de BRP geen uitsluitel dan legt het CIZ deze controlevraag voor bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
- Geeft het CIZ een (positief) indicatiebesluit af, dan ontvangt de cliënt van deze beoordeling altijd een schriftelijke besluitbrief van het CIZ. Een cliënt kan zijn positieve Wlz-recht verzilveren via een vorm voor zorg thuis, deeltijdverblijf of via verblijfszorg. De soorten zorg waaruit iemand kan kiezen noemen we in het iWlz-berichtenverkeer: de leveringsvormen;
- Wijst het CIZ een eerste aanvraag van een cliënt voor Wlz-zorg af (negatief indicatiebesluit), dan ontvangt een zorgkantoren hierover geen informatie omdat de cliënt nog niet bekend is bij het zorgkantoor. De cliënt ontvangt hiervan altijd wel een besluitbrief.



Figuur 1

## Regionaal zorgkantoor en zorgtoewijzing

- Het CIZ stuurt het indicatiebesluit via het indicatiebesluitbericht (IO31-bericht) naar het regionale zorgkantoor. Met de ontvangst van dit bericht start bij het zorgkantoor het zorgbemiddelingsproces of het zorgtoewijzingsproces;
- Het regionale zorgkantoor wordt bepaald door het actuele woonadres van een cliënt (BRP);
- Het regionale zorgkantoor is het aanspreekpunt voor een cliënt (en zorgaanbieder) bij vragen over Wlz-zorg en is verantwoordelijk voor het tijdig regelen van passende en kwalitatief goede Wlz-zorg. Ook als een cliënt zorg krijgt uit andere zorgkantoorregio's;
- Verhuist een cliënt naar een nieuw woonadres en ligt dat in een andere zorgkantoorregio? Dan wijzigt het regionale zorgkantoor voor een cliënt en voor zijn betrokken zorgaanbieder(s). Dit proces wordt uitgewerkt in paragraaf 2.4.



## Voorkeurcliënt en/of Voorkeuraanbieder niet bekend

- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al hoe (via welke leveringsvorm) hij zijn zorg wil krijgen? Bijvoorbeeld via Deeltijdverblijf (DTV) of een Modulair Pakket Thuis (MPT)? Dan vult het CIZ deze keuze in het veld VoorkeurCliënt in het indicatiebesluitbericht;
- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al van welke zorgaanbieder hij zijn zorg wil krijgen? Dan vult het CIZ dit in het veld Voorkeuraanbieder. In het indicatiebesluitbericht kan maar één voorkeuraanbieder worden doorgegeven (eerste voorkeur). Een cliënt kan natuurlijk wel meer voorkeuren hebben en/of mag zijn voorkeuraanbieder ieder moment wijzigen<sup>5</sup>.
- Wil een cliënt zijn zorg volledig via een Persoonsgebonden budget (PGB) verzilveren, dan vult het CIZ deze leveringsvorm ook in het veld VoorkeurCliënt. Het proces voor het toekennen van het PGB<sup>6</sup> loopt verder buiten het iWlz berichtenverkeer om. Het iWlz berichtenverkeer richt zich op Zorg in natura (ZIN);
- Weet een cliënt nog niet precies hoe hij zijn zorg (thuis) wil krijgen? Dan is het veld VoorkeurCliënt leeg of gevuld met de waarde Zorg thuis niet nader gespecificeerd. In deze situatie is het regionale zorgkantoor tijdelijk het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor een cliënt en neemt contact op om hem te helpen bij het maken van een keuze. Dat geldt ook voor de situatie waarin nog geen voorkeuraanbieder bekend is;
- Het samen zoeken naar een passende leveringsvorm en/of (tijdelijk) passende zorgaanbieder die gecontracteerd is voor Wlz-zorg noemen we het zorgbemiddelingsproces. Dit proces om partijen bij elkaar te brengen start binnen 1 werkdag ná ontvangst van het indicatiebesluitbericht als dat nodig is. Het zorgbemiddelingsproces speelt zich niet alleen af rond de indicatiestelling. Dit kan ook later aan de orde zijn als de zorgvraag van een cliënt wijzigt of als een cliënt op zoek is naar een

<sup>5</sup> Het ontsluiten van meerdere voorkeuraanbidders zal vermoedelijk via het nog te ontwikkelen cliëntregister plaatsvinden (in de ontwikkeling van estafettemodel naar netwerkmodel).

<sup>6</sup> Inzet van PGB bij gecontracteerde zorgaanbidders is mogelijk, maar het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.6.2.d. sluit in principe uit dat het volledige PGB ingezet kan worden bij één gecontracteerde aanbieder.

ander passend zorgaanbod (zorgaanbieder). Een cliënt kan er eventueel voor kiezen om zijn voorkeur(en) samen met een onafhankelijke cliëntondersteuner uit te zoeken;

- Mensen die nog geen voorkeur hebben uitgesproken weten vaak niet welke keuzemogelijkheden er zijn en/of hebben te weinig tijd gehad om hier goed over na te denken. Het is belangrijk dat ze over de mogelijkheden goed geïnformeerd worden en weten dat een keuze later gewijzigd kan worden;
- In het contact met een cliënt over zijn voorkeuren gaat het zorgkantoor ook altijd na of er nog (onbewust) onterecht een beroep wordt gedaan op zorg uit een ander domein;
- Is de leveringsvorm niet bekend in het indicatiebesluitbericht (IO31-bericht), maar is er wel een voorkeuraanbieder gevuld? Lukt het niet om contact te leggen met een cliënt? Dan kan het zorgkantoor contact opnemen met de voorkeuraanbieder en in onderling overleg besluiten om alvast een zorgtoewijzingsbericht (AW33-bericht) aan te maken. Mogelijk is de cliënt wel bekend bij deze zorgaanbieder en wacht die op een zorgtoewijzing om de zorg op te starten. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder spreken samen ook af welke leveringsvorm (voorlopig) gevuld wordt in de zorgtoewijzing. Het opstarten van de zorg voor deze cliënt door de voorkeuraanbieder wordt zo niet onnodig vertraagd;
- Zolang niet duidelijk is van welke zorgaanbieder een cliënt zorg wil ontvangen, kan een indicatie niet worden toegewezen door het zorgkantoor. Is een cliënt niet bereikbaar en is er geen voorgaande, aansluitende zorgtoewijzing bekend waaruit dit is af te leiden? Dan ontvangt een cliënt hierover (schriftelijk) bericht van het regionale zorgkantoor. Dit gebeurt binnen 3 werkdagen na ontvangst van het IO31-bericht. Daarin wordt de cliënt gevraagd contact op te nemen. Natuurlijk blijft het zorgkantoor de cliënt ook benaderen.

### **VoorkeurCliënt en Voorkeuraanbieder bekend**

Is de voorkeuraanbieder gevuld in de IO31 en weten we hoe een cliënt zijn zorg wil krijgen? Dan:

- verstuurt het regionale zorgkantoor direct (automatisch) een zorgtoewijzing naar de voorkeuraanbieder<sup>7</sup> zodat het inzetten van noodzakelijke zorg zo snel mogelijk kan worden opgestart. Bovendien is voor een cliënt een zorgaanbieder een logisch, zichtbaar aanspreekpunt over zijn zorg. Vanuit het zorgkantoor is in deze situaties geen zorgbemiddeling nodig;
- neemt het regionale zorgkantoor contact op met een cliënt die voor de 1<sup>e</sup> keer een Wlz-indicatie heeft gekregen. Dit gebeurt een aantal werkdagen na het versturen van de zorgtoewijzing. Doel van dit gesprek is om na te gaan of iemand goed geïnformeerd is over de keuzemogelijkheden binnen de Wlz. Of hij zijn keuze nog wil aanpassen, of er vragen zijn en/of iemand graag ondersteuning wil bij het realiseren van zijn zorg. Ook wordt nagegaan of er al contact is geweest met de voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor registreert een kort verslag van dit gesprek bij de cliënt in het eigen systeem. Het zorgkantoor kan besluiten om niet met iedere nieuwe cliënt contact op te nemen. Dat hangt bijvoorbeeld af van het vertrouwen in de betrokken zorgaanbieder. De cliënt ontvangt dan altijd wel een brief met contactgegevens van het zorgkantoor en algemene informatie over de Wlz;
- krijgt deze aanbieder niet alleen het geïndiceerde zorgprofiel toegewezen maar wordt hij (voorlopig) ook het eerste aanspreekpunt voor deze cliënt. Daarvoor;

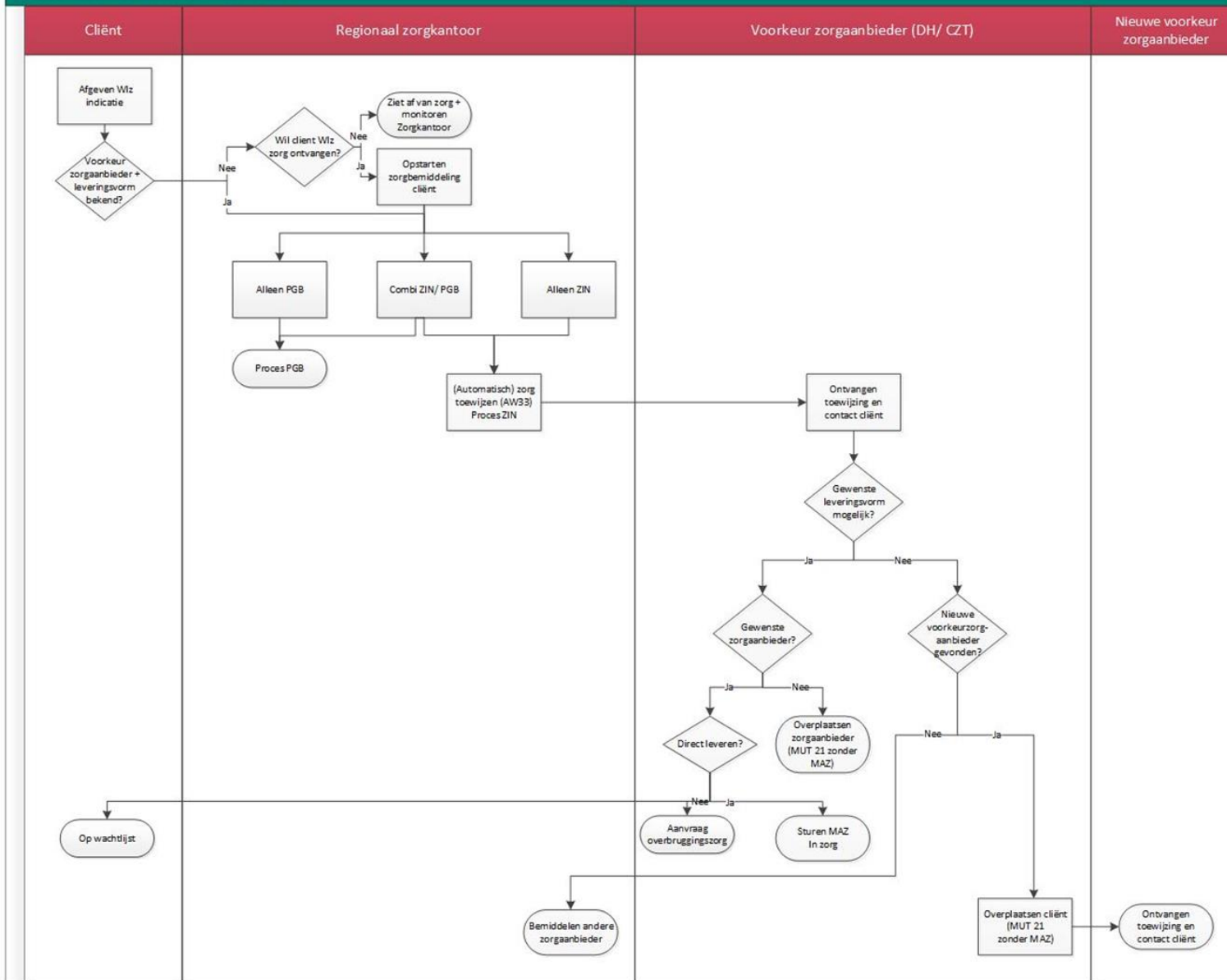
<sup>7</sup> Of naar de eigen afdeling PGB. Bij een voorkeur voor PGB neemt het zorgkantoor altijd contact op met de cliënt voor het plannen van een bewuste keuze gesprek (BKG). Dit proces wordt verder niet in het voorschrift beschreven.

- vult het zorgkantoor in de zorgtoewijzing de voorkeuraanbieder in het veld Coördinator zorg thuis, als de cliënt voorkeur heeft voor een Modulair Pakket Thuis (MPT) óf;
- vult het zorgkantoor in de zorgtoewijzing de voorkeuraanbieder in het veld Dossierhouder, als de cliënt voorkeur heeft voor Deeltijdverblijf (DTV), Volledig Pakket Thuis (VPT) of Verblijfszorg;
- kan een cliënt later altijd een andere aanbieder als eerste aanspreekpunt kiezen. Omdat deze informatie gedeeld wordt via het iWlz-berichtenverkeer is voor alle betrokken aanbieders en het zorgkantoor duidelijk wie op een bepaald moment het eerste aanspreekpunt is voor een cliënt. De rol van coördinator zorg thuis (CZT) of dossierhouder (DH) wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 3 en 4;
- neemt de voorkeuraanbieder zo snel mogelijk contact op met de cliënt om samen zijn zorgvraag door te bespreken en te bepalen hoe het zorgarrangement eruit moet zien. De voorkeuraanbieder doet dit binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing;
- beoordeelt de voorkeuraanbieder vervolgens of hij het benodigde zorgarrangement doelmatig en verantwoord kan leveren, passend bij de wens(en) van de cliënt en vanaf welk moment de zorg ingezet kan worden;
- zo nodig vraagt de zorgaanbieder binnen deze periode alvast een deel van de zorg aan als het zorgarrangement nog niet volledig is uitgekristalliseerd. Kan (een deel van) de zorg direct starten dan wordt zo snel mogelijk een Melding aanvang zorg (MAZ) aangeleverd. Meer informatie over de MAZ of leveringsstatus In zorg staat in paragraaf 2.5.10;
- kan de voorkeuraanbieder de zorg niet passend inregelen? Dan wordt, in overleg met de cliënt, de zorgtoewijzing binnen deze periode gemotiveerd teruggegeven aan het zorgkantoor (zie hoofdstuk 5). De zorgaanbieder gebruikt daarvoor het VECOZO-Notitieverkeer<sup>8</sup>, omdat het iWlz-berichtenverkeer geen mogelijkheid biedt om over een cliënt aanvullende informatie/communicatie uit te wisselen;
- kan het zorgkantoor contact opnemen met de zorgaanbieder over zijn motivatie. Als deze motivatie akkoord is, neemt het zorgkantoor de zorgbemiddeling over en zoekt samen met de cliënt een passende zorgaanbieder. De cliënt kan hiervoor ook een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen of dit samen met zijn huidige voorkeuraanbieder regelen. Als dat lukt, draagt de zorgaanbieder de zorgtoewijzing via het iWlz-berichtenverkeer zelf over via een mutatie-bericht (zie hoofdstuk 3, tabel 2). Deze handelwijze doet recht aan het principe van zelfregie en keuzevrijheid van de cliënt;
- stuurt de zorgaanbieder een mutatiebericht naar het zorgkantoor als het niet lukt om tijdig een zorgarrangement vast te stellen door een reden die bij de cliënt ligt, bijvoorbeeld omdat de cliënt niet bereikbaar is. De zorgaanbieder geeft in dit mutatie-bericht standaard mutatiereiden 18 mee omdat hij de zorg nu nog niet kan leveren. Daarnaast vult de zorgaanbieder in het mutatie-bericht de wachtstatus Wacht op voorkeur met classificatie 'Geen aanvullende wensen'. (De wachtstatussen met classificaties worden verder toegelicht in paragraaf 2.5). Zolang er geen contact is geweest blijft de cliënt zo in beeld op de wachtlijst van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder registreert in het cliëntdossier waarom het niet gelukt is om binnen de gestelde termijn met de cliënt af te stemmen.

<sup>8</sup> In het vervolg van dit document wordt VECOZO-notitieverkeer vervangen door Notitieverkeer. VECOZO gaat het beveiligde Notitieverkeer in de toekomst vervangen door de beveiligde Berichtenbox. De exacte planning is nog niet bekend. Lees Berichtenbox in plaats van Notitieverkeer als die in 2021 wordt geïmplementeerd.



# Eerste contactmoment met cliënt



Figuur 2

## Van zorgtoewijzing naar verantwoorde zorglevering

- Zijn er meerdere zorgaanbieders betrokken bij het leveren van zorg aan een cliënt? Dan bepaalt de cliënt welke zorgaanbieder zijn 1<sup>e</sup> aanspreekpunt is voor het organiseren van zijn zorg (thuis). Hij kan dit natuurlijk ook samen met de betrokken zorgaanbieders afstemmen;
- De zorgaanbieder die het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt is voor een cliënt wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Deze aanbieder overlegt met het zorgkantoor als er bijzonderheden zijn over de zorg aan een cliënt;
- Voor alle zorgaanbieder(s) die betrokken zijn bij een cliëntsituatie geldt dat een relevante wijziging(en) direct wordt afgestemd met de zorgaanbieder die het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt is. Bijvoorbeeld als er een onverantwoorde situatie thuis dreigt te ontstaan of ontstaat. Eventueel kan hierover ook rechtstreeks met het zorgkantoor worden afgestemd;
- Het advies van een zorgprofessional(s) die direct bij de zorg voor een cliënt is betrokken, is van groot belang voor het zorgkantoor als het gaat om beoordeling van verantwoorde inzet van zorg. Het zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder die het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt is voor een cliënt, actuele kennis heeft over de cliëntsituatie en vaak ook contact heeft met de huisarts of behandelend arts over de medische en/of gedragskundige zorg. Zorgkantoren leveren geen daadwerkelijke zorg aan een cliënt en hebben geen compleet beeld van alle concrete afspraken die over zijn zorg zijn gemaakt;
- Een cliënt kan bij het gesprek met een zorgaanbieder over het samenstellen van zijn zorgarrangement of het opstellen van zijn (digitale) zorgplan ondersteuning krijgen van het zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO). Dat geldt ook voor het opstellen en inbrengen van een persoonlijk plan. De cliënt hoort daarbij wel rekening te houden met de professionele standaarden die gelden voor een betrokken zorgprofessional. De zorgprofessional is zelf verantwoordelijk voor het bewaken van deze standaarden;
- Het persoonlijke plan van een cliënt wegen de zorgaanbieder en het zorgkantoor altijd mee bij de beoordeling voor doelmatige en verantwoorde zorg (thuis). Als het nodig is, bespreekt het zorgkantoor dit plan met de cliënt en betrokken zorgprofessional(s). Komen betrokken partijen er samen niet uit, dan kan het zorgkantoor de cliënt bemiddelen naar een andere Wlz-zorgaanbieder, PGB of een combinatie van zorg in natura (ZIN) en PGB.

## Zorgplan

- De coördinator zorg thuis (CZT) of dossierhouder (DH) verwerkt het resultaat van het gesprek met de cliënt over het zorgarrangement in zijn (digitale) zorgplan. Net zoals de beoordeling over verantwoorde zorg thuis. Hij registreert in dit centrale (digitale) zorgplan ook welke andere zorgaanbieder(s) bij de cliënt is betrokken, welke zorg die levert en wanneer<sup>9</sup>. Alle betrokken zorgaanbieders zorgen er samen voor dat de afspraken in dit (digitale) zorgplan actueel blijven. De coördinator zorg thuis (CZT) of dossierhouder (DH) bewaakt dit zodat er altijd een overzicht beschikbaar is van alle actuele zorginzet<sup>10</sup> bij een cliënt. Dit (digitale) zorgplan is voor de cliënt beschikbaar en (direct) te raadplegen;
- De CZT of DH bespreekt een voorgenomen wijziging op het zorgplan met de cliënt en past het (digitale) zorgplan daarop aan. Bij het verwerken van de voorgestelde wijzigingen in het

<sup>9</sup> Het gaat hier niet om de concrete uitvoering (op detailniveau) van de geleverde zorg door de zorgaanbieder(s).

<sup>10</sup> Uitzondering hierop is het PGB.

(digitale) zorgplan houdt de zorgaanbieder zoveel mogelijk rekening met de wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van een cliënt<sup>11</sup>;

- Gaat een cliënt niet akkoord met een voorgestelde wijziging? En kan de cliënt hierover een weloverwogen beslissing nemen? Dan wordt dit in het (digitale) zorgplan geregistreerd, samen met een korte toelichting die met de cliënt is afgestemd. Wil een zorgaanbieder een weloverwogen wens van een cliënt niet volgen? Dan legt de zorgaanbieder dit ook gemotiveerd vast in het (digitale) zorgplan;
- Een cliënt hoeft elke wijziging op zijn (digitale) zorgplan niet expliciet van zijn toestemming, met bijvoorbeeld een handtekening, te voorzien. Omdat het actueel houden van een (digitaal) zorgplan een doorlopend, regulier proces is;
- Is er sprake van onvrijwillige zorg thuis of opname op basis van de Wet zorg en dwang (Wzd) of Wet verplichte GGZ (WvGGZ)? Dan legt de zorgaanbieder dit vast in het zorgplan. Bij voorkeur gebeurt dit voordat hij start met het leveren van de zorg, maar dat is niet altijd mogelijk. Bijvoorbeeld in noodsituaties of in situaties waarin het zorgplan niet voorziet;
- In de situatie van onvrijwillige zorg thuis bevat het zorgplan ook een (landelijk afgesproken) stappenplan. Dit stappenplan beschrijft welke onvrijwillige zorg geleverd wordt en regelt dat er naar andere oplossingen wordt gezocht;
- Een cliënt heeft het wettelijk recht<sup>12</sup> om met zijn zorgaanbieder 2x per jaar de gemaakte afspraken in zijn (digitale) zorgplan te bespreken. Aan de hand van deze evaluatie kunnen afspraken in het (digitale) zorgplan geactualiseerd worden. Een cliënt kan er overigens zelf voor kiezen om dit recht anders in te vullen. Met zijn instemming kan een evaluatie van het (digitale) zorgplan bijvoorbeeld jaarlijks plaatsvinden;
- Van elk evaluatiegesprek wordt in het (digitale) zorgplan opgenomen wanneer het evaluatiegesprek heeft plaatsgevonden, wie daarbij aanwezig waren en wat er in dit gesprek is besproken. Verder staat er ook in of de cliënt instemt met de gemaakte afspraken, die zijn verwerkt in het (digitale) zorgplan. Dat kan bijvoorbeeld door ondertekening van het (digitale) zorgplan of door een aantekening in het (digitale) zorgplan waaruit aantoonbaar blijkt dat dit met de cliënt is besproken. Voorbeeld van een aantekening: "Samen met meneer/mevrouw zijn de volgende onderwerpen besproken...";
- Goede dossiervorming is van belang voor inzage in de zorggeschiedenis van de cliënt en verantwoording over geleverde zorg. Als het nodig is wordt dit, in overleg met de cliënt, beschikbaar gesteld aan het zorgkantoor of een andere betrokken partij.

### **Zijn er meerdere zorgkantoren bij een cliënt betrokken?**

- Dan geldt dat het regionale zorgkantoor eindverantwoordelijk is voor alle berichtenverkeer rondom een cliënt. Ook voor het berichtenverkeer naar het Centraal Administratie Kantoor (CAK) voor het opleggen van de eigen bijdrage en het Zorginstituut (ZiNL) voor de landelijke wachtlijstinformatie. Dat geldt voor de periode dat het zorgkantoor verantwoordelijk<sup>13</sup> is voor een cliënt;

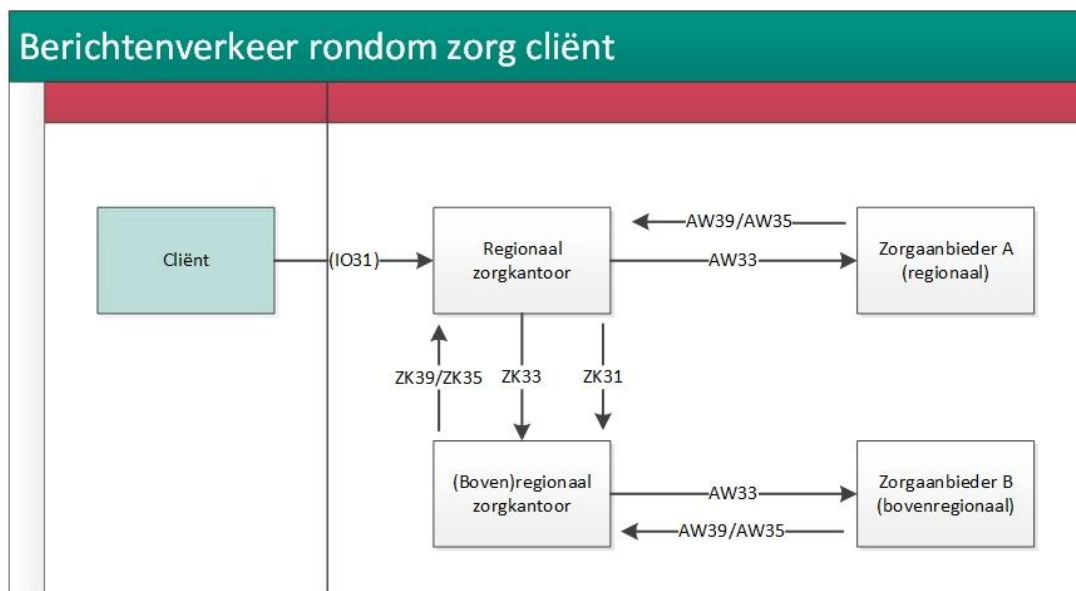
---

<sup>11</sup> De zorgaanbieder streeft ernaar om hierover zoveel mogelijk samen met de cliënt te beslissen maar dat is niet altijd realiseerbaar door bekende mogelijkheden en beperkingen van een cliënt.

<sup>12</sup> Artikel 8.1.1 uit de Wlz.

<sup>13</sup> Vanaf het vierde kwartaal 2019 wisselen zorgkantoren onderling verhuisberichten (ZK31) uit en kan ook de verantwoordelijkheid voor een cliënt aan elkaar overgedragen worden.

- Krijgt een cliënt bijvoorbeeld dagbesteding van een zorgaanbieder in een andere zorgkantoorregio dan waar hij woont? Dan is er een bovenregionale zorgvraag en is er bij deze cliëntsituatie ook een ander, bovenregionaal, zorgkantoor betrokken. Dit bovenregionale zorgkantoor wisselt berichten uit met het regionale zorgkantoor. Het regionale zorgkantoor kan anders niet goed bepalen welke informatie naar het CAK gestuurd moet worden voor het opleggen van de juiste eigen bijdrage aan een cliënt;
- Dan geldt dat de zorgaanbieder een zorgtoewijzing voor een cliënt altijd aanvraagt bij het zorgkantoor waarmee hij zijn contract- en productieafspraken maakt. Dat zorgkantoor is het eerste aanspreekpunt voor deze zorgaanbieder en weet ook of deze zorgaanbieder de zorg kan of mag leveren. Dit zorgkantoor beoordeelt dus zelf eerst de aanvraag. (Het aanvraagproces en bijbehorende berichten worden verder beschreven in hoofdstuk 3 en 4);
- Is de aanvraag akkoord dan stuurt het bovenregionale zorgkantoor deze door naar het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor voor een cliënt. De informatie-uitwisseling tussen zorgkantoren onderling loopt via bovenregionaal berichtenverkeer (ZK-berichten<sup>14</sup>);
- Het regionale zorgkantoor maakt vervolgens een zorgtoewijzingsbericht(en) aan voor de bovenregionale zorgaanbieder van de dagbesteding. Zo zijn alle zorgtoewijzingen rondom een cliënt bekend bij het zorgkantoor waar de cliënt woont (compleet cliëntbeeld);
- Het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor stuurt dit zorgtoewijzingsbericht terug naar het bovenregionale zorgkantoor (via een ZK33-bericht). Het bovenregionale zorgkantoor maakt van dit ZK33-bericht<sup>15</sup> een regulier zorgtoewijzingsbericht (AW33) voor zijn zorgaanbieder. In dit voorbeeld de zorgaanbieder die de dagbesteding levert.



Figuur 3 iWlz berichten rondom cliënt (exclusief retourberichten)

<sup>14</sup> ZK-berichten zijn berichten die Zorgkantoren onderling uitwisselen.

<sup>15</sup> Op [istandaarden.nl](http://istandaarden.nl) vindt u in het informatiemodel voor de Wlz onder de tab berichten een stroomschema met een beeld van alle berichten rondom een cliënt die tussen ketenpartijen worden uitgewisseld.

## 2.3 Regionaal zorgkantoor en ondersteuning cliënt

Het regionale zorgkantoor

- heeft in de Wlz, net zoals zorgaanbieders en onafhankelijke cliëntondersteuners, een nadrukkelijke rol in het begeleiden en bemiddelen respectievelijk ondersteunen van een cliënt naar best passende Wlz-zorg<sup>16</sup>;
- geeft op verschillende manieren informatie aan een Wlz-cliënt en andere geïnteresseerden over het traject van vraag naar zorg, de manier waarop iemand Wlz-zorg kan krijgen (de verschillende leveringsvormen), het beschikbare zorgaanbod, cliëntrechten (zoals het inbrengen van een persoonlijk zorgplan) en cliëntverplichtingen. Dat gebeurt via direct contact met de cliënt, de eigen website, brochures en/of brieven;
- geeft (schriftelijk) informatie aan de cliënt over de rol en bereikbaarheid van het zorgkantoor, zodat het zorgkantoor goed vindbaar is voor de cliënt. Dit proces wordt direct opgestart als het zorgkantoor een eerste indicatiebesluitbericht voor een cliënt ontvangt. Een cliënt moet tijdig bij het zorgkantoor kunnen aankloppen als er vragen of knelpunten zijn over de zorg, als hij de zorg niet krijgt zoals gewenst of als de cliëntsituatie thuis niet meer verantwoord is en er hulp nodig is bij de wachtlijstbemiddeling;
- helpt een cliënt bij het zoeken naar een passende, gecontracteerd zorgaanbieder als een cliënt wil veranderen van zorgaanbieder (bijvoorbeeld omdat hij niet tevreden is of graag een andere leveringsvorm wil). Dat kan ook als de cliënt al zorg krijgt van een aanbieder;
- helpt een cliënt bij het zoeken naar een andere CZT of DH als hij niet tevreden is over zijn huidige 1<sup>e</sup> aanspreekpunt;
- bewaakt dat de cliënt de zorg krijgt die hij als voorkeur heeft opgegeven bij de indicatiestelling, op voorwaarde dat dit doelmatig en verantwoord is. Krijgt een cliënt zijn zorg via een andere leveringsvorm, dan kan het zorgkantoor hierover contact opnemen met de cliënt om na te gaan of dit past bij zijn wens. Denk bijvoorbeeld aan de situatie dat een cliënt bij de indicatiestelling heeft aangegeven zorg thuis te willen via een MPT, maar dat hij zijn zorg thuis nu inkoopt via een PGB of op een wachtlijst staat voor verblijfszorg;
- kan de cliënt begeleiden bij het opstellen, evalueren en bijstellen van een zorgplan of persoonlijk plan (ZIN of PGB). Dit geldt ook voor zorgplanbesprekingen;
- kan de cliënt begeleiden bij ontevredenheid of klachten over de geleverde zorg door zijn zorgaanbieder(s) en de wijze waarop de zorgaanbieder met gemaakte afspraken omgaat;
- is, net zoals de zorgaanbieder, verantwoordelijk voor het informeren van de cliënt over de mogelijkheden van inzet van een onafhankelijke cliëntondersteuner.

### 2.3.1 Onafhankelijke cliëntondersteuner

Een cliënt kan niet alleen begeleiding en bemiddeling van het zorgkantoor krijgen, maar mag daarvoor ook kosteloos een onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO) inschakelen die door het zorgkantoor is gecontracteerd.

Een onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO) ondersteunt een cliënt ook bij het realiseren van zijn recht op zorg, op een manier die past bij de persoonlijke voorkeuren van de cliënt en in samenhang met dienstverlening op andere gebieden (over domeinen heen). De

---

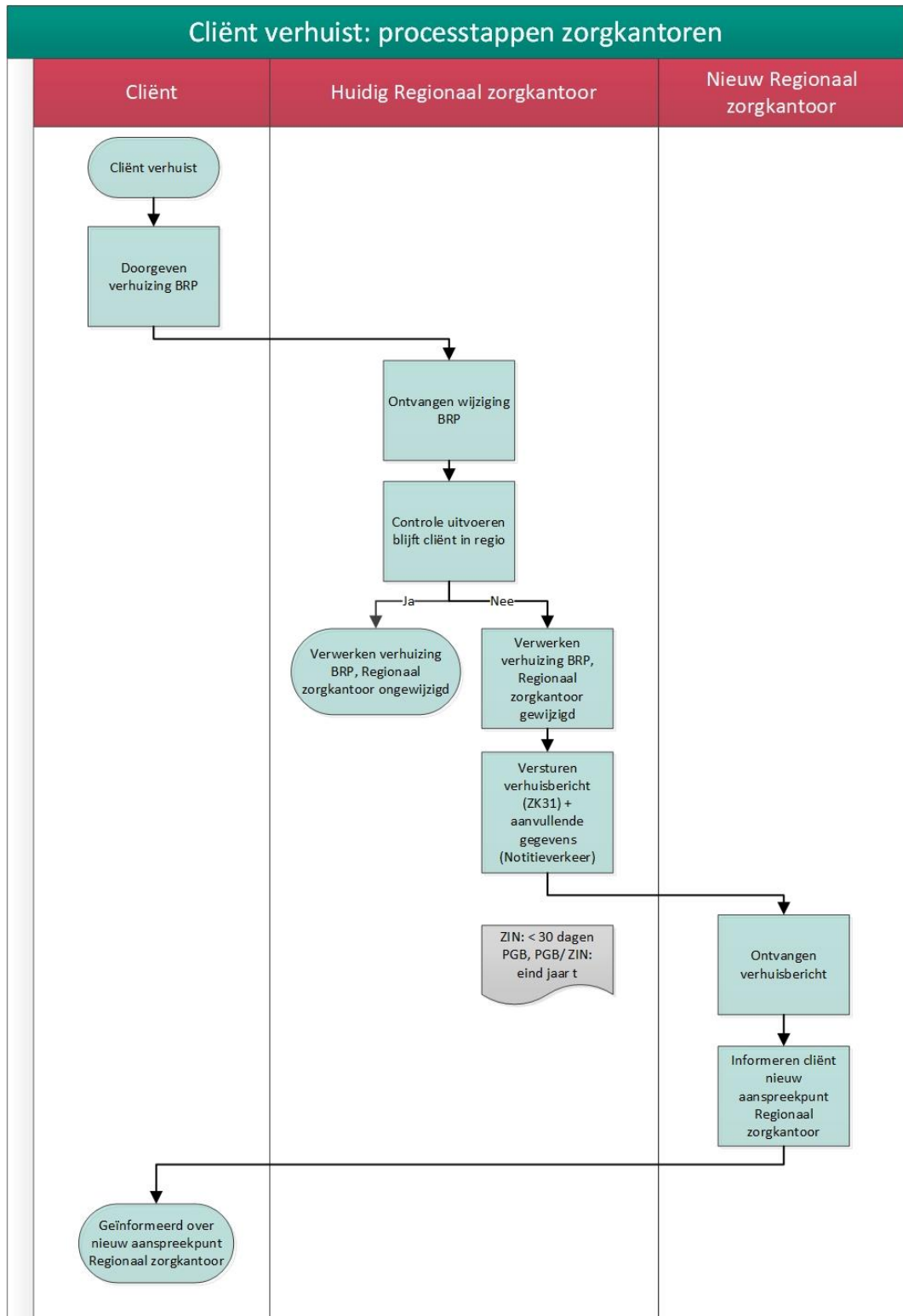
<sup>16</sup> Het regionale zorgkantoor legt daarover ook verantwoording af aan bijvoorbeeld VWS en de NZa.

cliëntondersteuner kan eventueel naar andere vormen van hulp verwijzen of de cliënt helpen de Wlz-zorg op deze aspecten af te stemmen. Het gaat dan niet om de uitvoering van zaken die in een ander domein zijn geregeld, bijvoorbeeld hulp bij schulden of hulp bij het zoeken naar werk.

#### Diensten cliëntondersteuning (Zorg in natura en PGB)

- Informatie en advies geven en hulp bij vraagverheldering;
- Ondersteuning bij het opstellen van een persoonlijk plan;
- Ondersteuning bij het kiezen en regelen van een passende Wlz-zorgaanbieder en passende Wlz-zorg (passende leveringsvorm);
- Ondersteuning bij het opstellen, bijstellen en evalueren van het (digitale) zorgplan.  
Deze dienst bevat ook het ondersteunen of adviseren bij het aanvragen van een indicatie;
- Bemiddeling als zorg niet volgens verwachting en afspraken wordt geleverd;
- Ondersteuning bij klachten, geschillen, bezwaar en beroep.

## 2.4 Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt



Figuur 4

#### 2.4.1 Processtappen zorgkantoor

- Ontvangt het regionale zorgkantoor via de BRP de melding dat een cliënt is verhuisd naar een adres buiten zijn zorgkantoorregio? Dan start het huidige regionale zorgkantoor het proces om de verantwoordelijkheid voor deze cliënt over te dragen aan het nieuwe, regionale zorgkantoor. Dat doen we omdat het niet logisch is dat bijvoorbeeld het zorgkantoor in de regio Utrecht verantwoordelijk blijft voor een cliënt die is verhuisd naar de zorgkantoorregio Twente of Zeeland;
- Voor de overdracht van een cliënt gebruiken zorgkantoren het verhuisbericht (ZK<sub>31</sub>);
- Om de verantwoordelijkheid goed te kunnen overnemen, bevat het verhuisbericht alle actuele zorgtoewijzingen van een cliënt op de overdrachtsdatum én zijn actuele adres;
- De overdrachtsdatum ligt ná de feitelijke verhuisdatum omdat de cliënt al verhuisd is (de trigger vanuit het BRP komt altijd achteraf);
- Het nieuwe regionale zorgkantoor stuurt zelf een MPT of VPT-beschikking naar de cliënt als er een nieuwe zorgtoewijzing wordt aangemaakt (direct na overdracht). Of nadat er een wijziging is opgetreden in de cliëntsituatie die van invloed is op de inhoud en/of duur van de beschikking. Bijvoorbeeld wijziging van MPT naar VPT, wijziging van zorgaanbieder of een nieuw indicatiebesluit;
- Zorgkantoren dragen een MPT of VPT-beschikking onderling alleen over als er sprake is van een bijzondere situatie. Dit gebeurt via het (VECOZO-) Notitieverkeer. Heeft het nieuwe regionale zorgkantoor behoefte aan (meer) informatie dan wordt dit onderling afgestemd;
- Het oude regionale zorgkantoor deelt zo nodig aanvullende informatie over een cliënt met het nieuwe regionale zorgkantoor. Dat wordt alleen gedaan als het noodzakelijk is voor inzet van passende zorg. Bijvoorbeeld als een beschikking MPT voor een beperkte duur is afgegeven omdat er sprake is van een onverantwoorde thuissituatie. Of als iemand een beschikking heeft voor de toeslag Meerzorg thuis (MPT en/of PGB);
- De informatie-uitwisseling gebeurt zo snel mogelijk ná overdracht van een cliënt<sup>17</sup>. Het nieuwe regionale zorgkantoor kan deze informatie zo direct aan het cliëntdossier koppelen;
- Heeft een cliënt in het lopende jaar alleen ZIN ontvangen? Dan kan die het hele jaar worden overgedragen. Ook als na overdracht een cliënt de aanvraagprocedure voor PGB (eerste aanvraag)<sup>18</sup> in gang wil zetten;
- Heeft een cliënt in het lopende jaar een PGB gehad (minimaal 2 dagen aaneengesloten)? Of nog een lopend PGB, eventueel in combinatie met ZIN? Dan vindt overdracht één keer per jaar plaats. Dat gebeurt aan het einde van het lopende kalenderjaar (november/december jaar t). Het nieuwe regionale zorgkantoor is dan vanaf 1 januari van jaar t+1 verantwoordelijk voor deze cliënt;
- Het zorgkantoor heeft voor de overdracht van een cliënt (alléén ZIN in het lopende jaar) maximaal 30 dagen de tijd nádat de melding van het BRP is ontvangen;
- Binnen deze periode van 30 dagen worden nog niet afgehandelde aanvragen voor een zorgtoewijzing, correcties op een zorgtoewijzing of op een Melding aanvang zorg bericht, Mutatie of Melding einde zorg bericht afgehandeld. Het zorgkantoor benadert de betrokken

<sup>17</sup> AVG-proof: geen informatie delen als een cliënt formeel nog niet is overgedragen (doelbinding).

<sup>18</sup> Geeft het CIZ een nieuw indicatiebesluit af en gaat dat direct naar het nieuwe regionale zorgkantoor, en is deze cliënt nog niet overgedragen via een ZK<sub>31</sub>? Dan kan een cliënt bij het nieuwe regionale zorgkantoor een aanvraag PGB opstarten als hij in het lopende jaar geen PGB heeft gehad bij het 'oude' regionale zorgkantoor. Het nieuwe regionale zorgkantoor stemt dit af met de cliënt en/of het 'oude' regionale zorgkantoor.



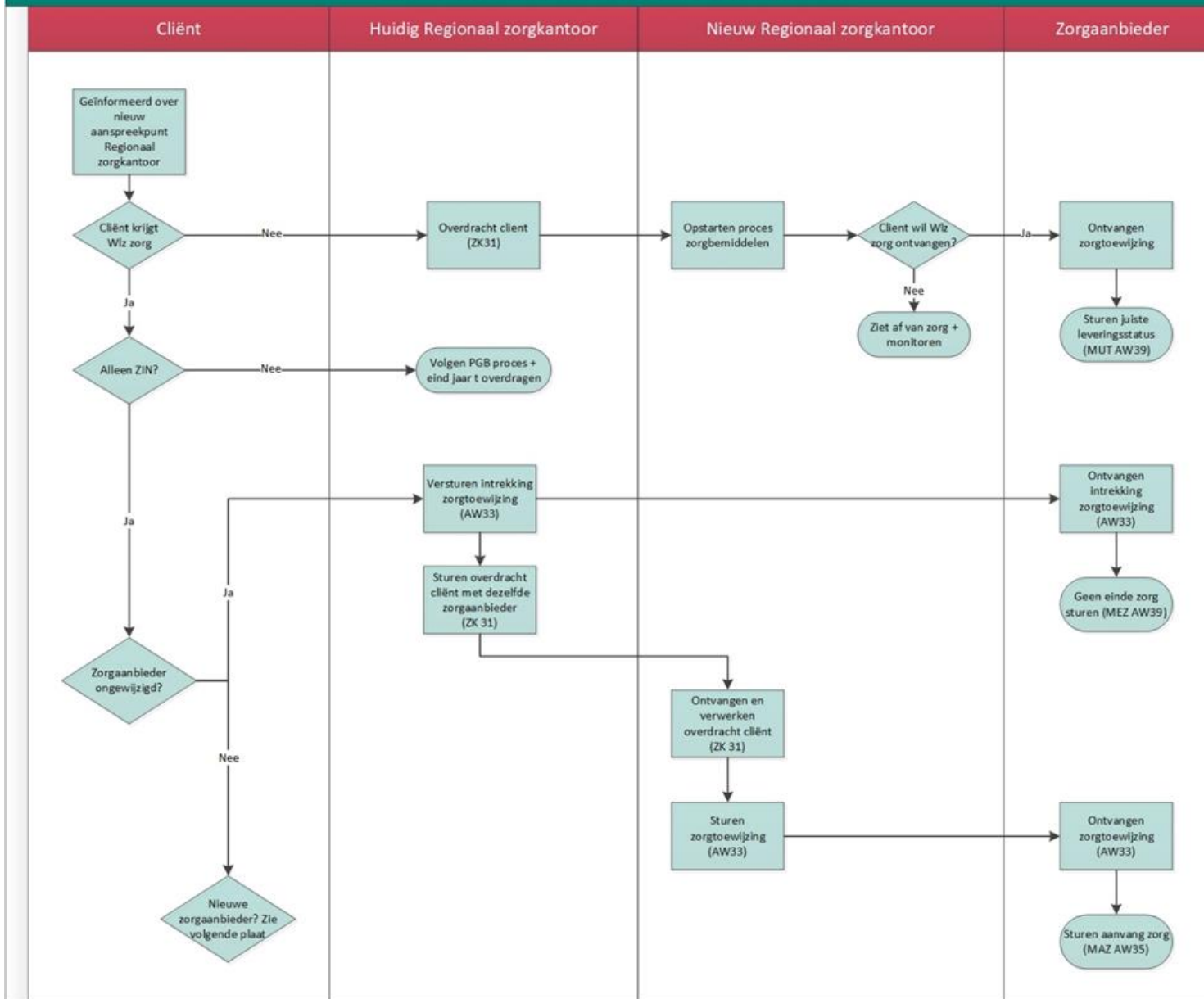
zorgaanbieders daarvoor actief. Dat doen we omdat het achteraf (na overdracht) doorvoeren van wijzigingen of correcties een administratief bewerkelijk proces is;

- Binnen deze periode wordt ook een lopende beoordeling voor afgifte van een beschikking voor zorg thuis of Meezorg afgerond. In de situatie dat er nog een bezwaarprocedure loopt op een besluit van het huidige, regionale zorgkantoor wordt een cliënt niet overgedragen. Dat gebeurt pas als de bezwaarprocedure is afgehandeld;
- Een cliënt ontvangt bericht over wijziging van het zorgkantoor. Als een cliënt alleen ZIN ontvangt kan het nieuwe regionale zorgkantoor hem daarover bijvoorbeeld telefonisch informeren of een brief sturen met contactgegevens. Bij PGB gebeurt dit door het zorgkantoor die de cliënt overdraagt, omdat dan ook het budget dat de cliënt vanuit dit zorgkantoor krijgt stopt;
- Ontvangt het nieuwe regionale zorgkantoor een verhuisbericht voor een cliënt en bevat dat bericht geen actuele zorgtoewijzing, omdat die er niet is? Dan wordt het nieuwe regionale zorgkantoor hierover zo snel mogelijk ná de overdracht geïnformeerd door het oude regionale zorgkantoor. Mogelijk wilde een cliënt nog geen gebruik maken van Wlz-zorg omdat zijn mantelzorger(s) nog veel opvangt. Met deze informatie kan het nieuwe regionale zorgkantoor contact opnemen met deze cliënt om zijn situatie te bespreken en te bepalen of er (toch) zorg nodig is. Dat doet het nieuwe regionale zorgkantoor zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen 10 werkdagen na ontvangst van het verhuisbericht;
- Betrokken zorgkantoren zorgen ervoor dat bij verhuizing van een cliënt, de juiste informatie naar het CAK wordt gestuurd. Belangrijk is dat de eigen bijdrage heffing blijft doorlopen en niet onnodig wordt stopgezet. De zorgaanbieder heeft daarin ook een rol.

#### **2.4.2 Processtappen zorgaanbieder en zorgkantoor**

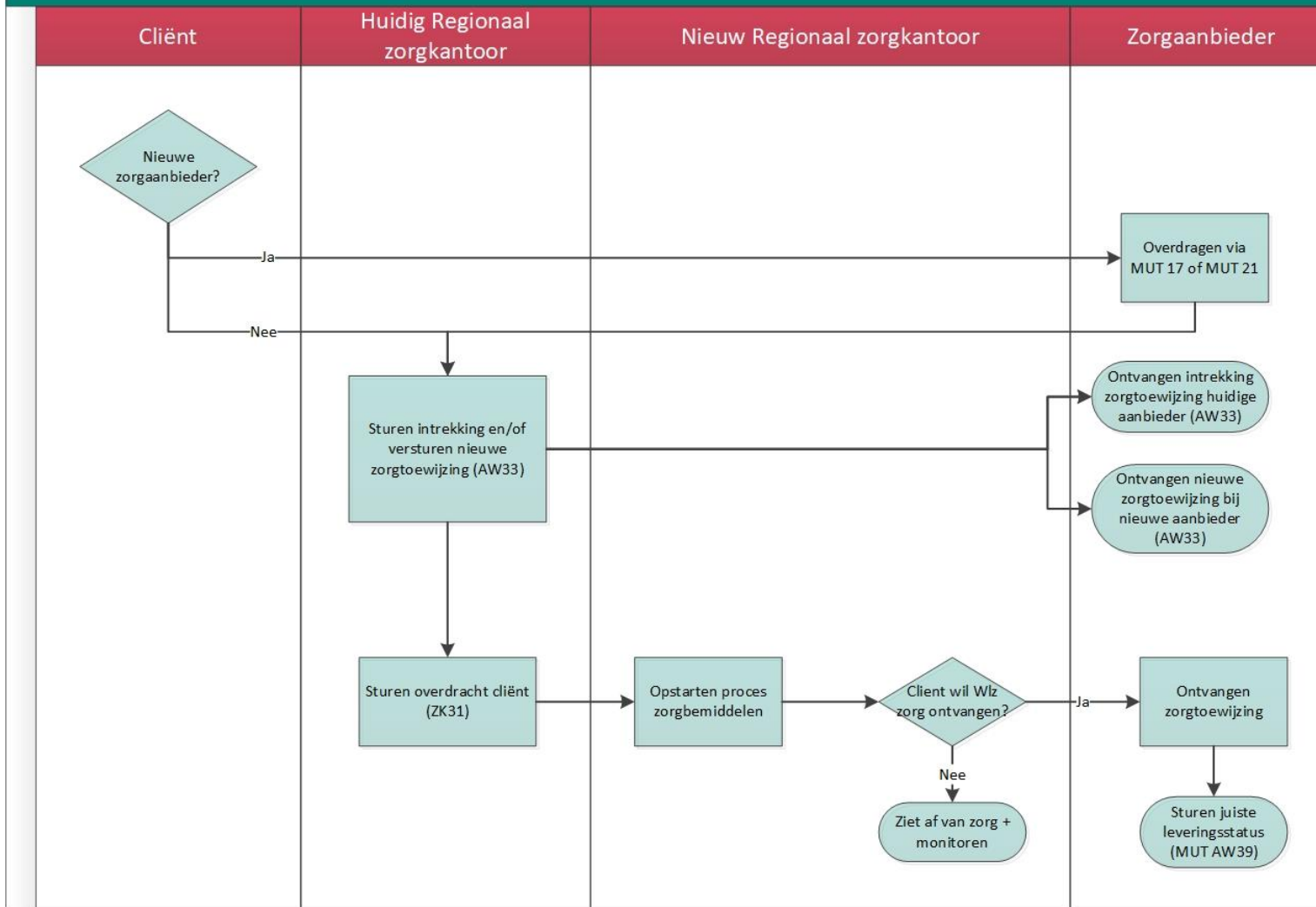
- Wordt een cliënt overgedragen aan een ander regionaal zorgkantoor? Dan trekt het oude regionale zorgkantoor op het overdrachtsmoment alle actuele zorgtoewijzingen in voor deze cliënt, met reden Verhuizing;
- Levert een zorgaanbieder op het overdrachtsmoment zorg en loopt die daarna ongewijzigd door? Dan stuurt die géén melding einde zorg (MEZ/AW39) op de ingetrokken zorgtoewijzing(en). Nadat het nieuwe regionale zorgkantoor de zorgtoewijzing(en) opnieuw heeft aangemaakt, stuurt de zorgaanbieder binnen 5 werkdagen na ontvangst van de nieuwe zorgtoewijzing weer een melding aanvang zorg (MAZ/AW35);
- Staat een cliënt op de wachtlijst en blijft dat ongewijzigd na het overdrachtsmoment? Dan levert de zorgaanbieder binnen 5 werkdagen na ontvangst van de nieuwe zorgtoewijzing weer de juiste wachtstatus (leveringsstatus) met classificatie aan op het nieuwe zorgtoewijzingsbericht. Dat gebeurt via een mutatiebericht (MUT/AW39);
- Stopt een zorgaanbieder met het leveren van zorg vóór de overdrachtsdatum? En heeft hij nog een actuele zorgtoewijzing? Dan stuurt de zorgaanbieder wel een MEZ naar het huidige regionale zorgkantoor als de zorg eerder eindigt dan de einddatum van de zorgtoewijzing;
- Stopt een zorgaanbieder met het leveren van zorg op of na de overdrachtsdatum van een cliënt naar het nieuwe regionale zorgkantoor? En heeft die zorgaanbieder een nieuwe zorgtoewijzing gekregen die langer doorloopt? Dan stuurt deze zorgaanbieder ook een MEZ naar het eigen zorgkantoor. Het oude regionale zorgkantoor stuurt deze MEZ via een ZK-bericht door naar het nieuwe regionale zorgkantoor

## Cliënt verhuist: processtappen zorgaanbieders



Figuur 5a

## Cliënt verhuist: processtappen zorgaanbieders



Figuur 5b

## 2.5 Regionaal zorgkantoor en wachtlijstbeheer

Het regionale zorgkantoor is verantwoordelijk voor het tijdig realiseren van passende (overbruggings)zorg voor iemand met een Wlz-indicatie. Dat geldt ook voor cliënten die op een wachtlijst staan bij een zorgaanbieder die gecontracteerd is door een ander zorgkantoor. Kan de voorkeuraanbieder niet direct passende zorg inzetten dan is dit het startpunt voor het proces Wachtlijstbeheer. Dat geldt ook voor de situatie dat een zorgaanbieder de zorg aan een cliënt niet meer verantwoord kan leveren omdat zijn zorgvraag is veranderd.

### Wens van cliënt leidend in wachtlijstbeheer

Is er sprake van een opnamebehoefte bij een cliënt, dan is zijn wens (voorkeur) voor een bepaalde locatie leidend. Uitgangspunt is dat de zorg in de buurt<sup>19</sup> van waar de cliënt woont, of wenst te wonen, wordt geleverd zodat een cliënt zich zoveel mogelijk thuis voelt. Zorg en ondersteuning in een omgeving die aansluit bij wat iemand belangrijk vindt, versterkt dit gevoel.

Vanuit het belang voor de cliënt (zijn levensfase) en zijn sociale netwerk wordt hier bij cliënten met een (zeer) dringende opnamebehoefte ook zoveel mogelijk rekening mee gehouden. In situaties waarin weinig tijd is om een keuze te maken moet hier aandacht voor blijven. Onnodig lange reistijd voor bezoekers (partner, familie en/of vrienden) en onnodige verhuizingen worden bij voorkeur voorkomen omdat die een nadelig effect kunnen hebben op de cliënt en/of zijn omgeving (aanhoudende overbelasting). Enkele weken extra overbruggingszorg thuis is daarom acceptabel als de zorg thuis verantwoord blijft en een cliënt daarmee direct bij zijn voorkeuraanbieder kan worden geplaatst. Dit is alleen niet altijd haalbaar als er sprake is van een onveilige, onverantwoorde thuissituatie.

### Meerdere voorkeuraanbieders registreren

De wens om een cliënt bij meerdere voorkeuraanbieders op de wachtlijst te kunnen plaatsen, bijvoorbeeld voor verblijfszorg, is in iWlz nog niet gerealiseerd. Voor 2021 is de keuze gemaakt om eerst de nieuwe structuur van wachtstatussen met classificaties in gebruik te nemen, zodat meer inzicht ontstaat in de wachtlijstproblematiek. Daarna wordt opnieuw bekeken hoe en wanneer<sup>20</sup> deze wens ingevoerd kan worden (zowel technisch als procesmatig).

### Schaduwwachtlijsten

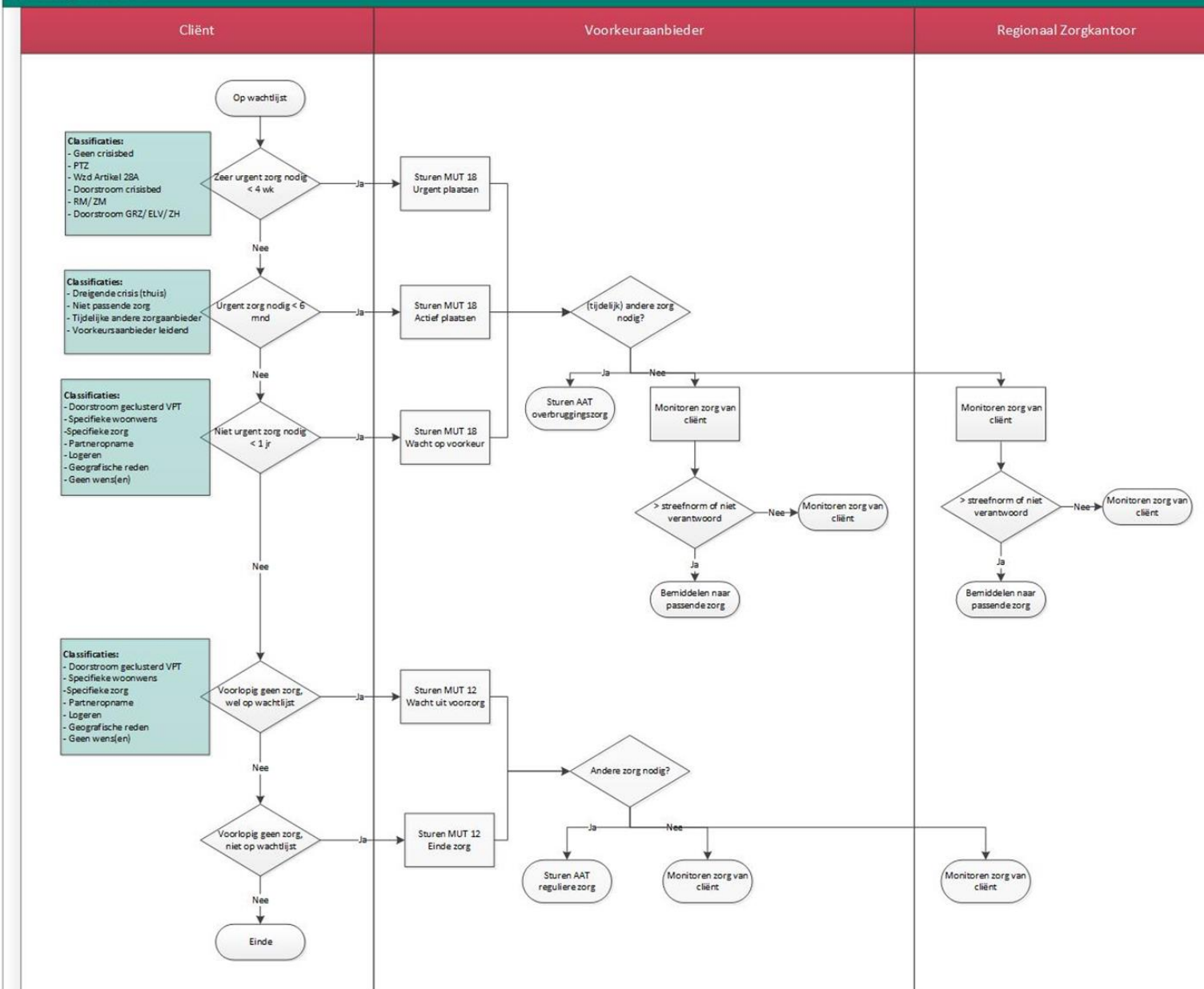
Het probleem van schaduwwachtlijsten voor cliënten die nog geen Wlz-indicatie hebben, lossen we met de nieuwe structuur niet op. Iemand kan pas op een wachtlijst komen voor Wlz-zorg als hij beschikt over een geldige Wlz-indicatie. Het probleem van schaduwwachtlijsten in bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg, omdat niet alle locaties een eigen AGB-code hebben, is ook nog niet opgelost maar blijft punt van aandacht voor een volgende iWlz-release.

<sup>19</sup> In de buurt: op redelijke, acceptabele afstand.

<sup>20</sup> In iWlz via het huidige Estafette-model of via het toekomstige Netwerkmodel (Actieprogramma ZiNL).

### 2.5.1 Algemene uitgangspunten wachtlijstbeheer

- In het voorschrift gebruiken we het begrip wachtstatus omdat niet voor iedereen direct duidelijk is dat de term leveringsstatus uit iWlz naar een wachtlijst verwijst. Een wachtstatus is van toepassing als iemand niet direct de zorg kan krijgen die hij wenst of nodig heeft;
- Een wachtstatus geeft de mate van urgentie voor zorg of opname aan. Dat geldt niet voor de statussen In zorg en Einde zorg. In iWlz wordt daarom de algemene term leveringsstatus gebruikt, deze dekt de lading van alle statussen;
- Voor het wachtlijstbeheer werken zorgkantoren actief samen met de gecontracteerde zorgaanbieders. Deze zorgprofessionals beschikken over actuele kennis van cliënten die op hun wachtlijst staan en hebben vaak een beter beeld bij (regionale) plaatsingsmogelijkheden, zeker in het geval van (dreigende) crisissituaties. Bijvoorbeeld omdat ze deelnemen aan regionaal georganiseerde overlegtafels;
- Het zorgkantoor volgt een signaal op over een onverantwoorde cliëntsituatie (thuis) en stemt hierover af met de cliënt en/of betrokken zorgprofessionals. Met toestemming van de cliënt kan een medisch adviseur van het zorgkantoor daarbij contact opnemen met de behandelaar die betrokken is bij de medische of gedragskundige zorg;
- Een zorgaanbieder houdt de wachtstatus actueel en stemt die af op de cliëntsituatie;
- Een zorgaanbieder stuurt daarvoor binnen 5 werkdagen na ontvangst van een zorgtoewijzing of na verandering in een zorgsituatie een mutatiebericht naar het zorgkantoor om de actuele wacht- of leveringsstatus door te geven en om eventueel andere en/of extra zorg aan te vragen;
- Een zorgaanbieder bespreekt (wijziging van) de wachtstatus en de impact daarvan voor het plaatsingsaanbod altijd vooraf door met een cliënt. Dat geldt ook voor eventuele consequenties bij wijziging van een leveringsvorm of bijvoorbeeld de keuze om niet meer op een wachtlijst te willen staan. De eventueel opgebouwde wachttijd kan dan komen te vervallen;
- Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor behandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van het zorgkantoor;
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor afhandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder.



Figuur 6

## 2.5.2 Wachtstatussen met classificaties

### Wachtstatussen

- Vanaf 2021 wordt in het wachtlijstbeheer gebruik gemaakt van 6 (wacht)statussen<sup>21</sup>: Urgent plaatsen, Actief plaatsen, Wacht op voorkeur, Wacht uit voorzorg, In Zorg en Einde zorg. De definities van deze statussen, de streefnormen en de mogelijkheden voor inzet van bijvoorbeeld extra overbruggingszorg worden verderop in deze paragraaf beschreven;
- Naarmate de noodzaak tot zorg of opname dringender is, weegt de beoordeling van de zorgaanbieder (tijdelijk) zwaarder dan de cliëntvoorkeur;
- De statussen kennen een prioriteitsvolgorde. De status Urgent plaatsen (zeer dringend) heeft de hoogste prioriteit, gevolgd door Actief plaatsen (dringend) en Wacht op voorkeur;
- Deze prioriteitsvolgorde is geen harde afspraak. Er kan casuïstiek voorkomen waarbij een afwijkend besluit op basis van gezond verstand en professionele beoordeling gerechtvaardigd is. Zo kan de afweging gemaakt worden om iemand met de status Actief plaatsen voor te laten gaan op iemand met de status Urgent plaatsen. Bijvoorbeeld in de situatie van een dreigende crisissituatie thuis waarbij er sprake is van een toenemende onveilige situatie voor de cliënt en/of zijn omgeving. Het voorkomen van een acute, onveilige crisissituatie kan dan voor gaan op doorstroom uit een Ziekenhuis, Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) of Eerstelijns verblijf (ELV). Het zorgkantoor kan hierover (achteraf) afstemming zoeken met de zorgaanbieder;
- Een status wordt per toegewezen leveringsvorm gemeld. Dit geldt alleen voor de zorg in natura leveringsvormen (ZIN) en niet voor PGB. Voor een persoon kunnen dus meerdere statussen tegelijkertijd bekend zijn. Een cliënt kan bijvoorbeeld de status Wacht op voorkeur hebben voor de leveringsvorm Verblijf én de status In zorg voor zijn overbruggingszorg thuis via de leveringsvorm MPT;
- Wachtijd wordt opgebouwd bij de statussen Urgent plaatsen, Actief plaatsen en Wacht op voorkeur. Deze statussen zijn daarom relevant voor de (landelijke) wachtlijstinformatie;
- Er wordt géén wachtijd opgebouwd voor iemand die de status Wacht uit voorzorg heeft. Iemand staat daarmee dus feitelijk niet op een wachtlijst;
- Het voordeel van de status Wacht uit voorzorg is dat een cliënt zijn voorkeuraanbieder alvast kan laten weten dat hij voor een bepaalde leveringsvorm een toekomstige zorgwens heeft. Omdat via een rapportage informatie over deze status is te ontsluiten, kan zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor monitoren hoe de zorgvraag zich ontwikkelt voor deze groep. Het is niet nodig om hiervoor (handmatig) een schaduw wachtlijst bij te houden;
- In de (landelijke) wachtlijstinformatie wordt de wachtijd per status bepaald. Wachtijden van verschillende statussen worden niet bij elkaar opgeteld. De context kan namelijk wezenlijk anders zijn. Bovendien kan door het optellen van de wachtijden bij verschillende statussen, al direct de streefnorm worden overschreden. Bijvoorbeeld als bij iemand na 2 maanden de status wijzigt van Actief plaatsen naar Urgent plaatsen (ongeacht classificatie). De streefnorm voor zorglevering bij de status Urgent plaatsen ligt tussen de 0-4 weken;

<sup>21</sup> Vanaf 2021 wordt de status Actief wachtend beëindigd en kan die niet meer worden gebruikt voor nieuwe cliënten. Gelijkijdig worden er 2 nieuwe statussen geïntroduceerd: Urgent plaatsen en Actief plaatsen. De status Niet-actief wachtend (voorheen Wens wachtend) wijzigt van naam naar Wacht op voorkeur. Dat geldt ook voor de status Niet-wachtend, die wordt vervangen door Wacht uit voorzorg.

- Voor het gebruik van een status kan een beperking gelden<sup>22</sup>. Voor bijvoorbeeld de leveringsvorm Deeltijdverblijf (DTV) is het niet logisch dat iemand de status Urgent plaatsen krijgt. Er kan zeker wel een dringende behoefte zijn aan DTV maar dan is de status Actief plaatsen aangewezen. Bij de status Urgent plaatsen ligt de focus op doorstroomproblematiek of het niet meer veilig, verantwoord thuis kunnen blijven wonen. DTV is een combinatie van verblijfszorg met zorg thuis. Op voorwaarde dat die zorg thuis veilig en verantwoord geleverd kan worden;
- Voor iemand met een indicatie voor een SGLVG of LVG-zorgprofiel is de status Wacht op voorkeur niet toegestaan. Afhankelijk van de cliëntsituatie is de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen van toepassing. Landelijk is namelijk afgesproken dat voor een cliënt binnen maximaal 2x 13 weken een plaats in een (SG)LVG-behandelinstelling wordt geregeld;
- Omdat een wachtstatus geen informatie bevat over de cliëntsituatie (zijn context) of over zijn specifieke wensen, wordt vanaf 2021 aan de wachtstatus<sup>23</sup> een classificatie toegevoegd. Het unieke element aan de structuur is dus de combinatie van een status met classificatie;
- De structuur van statussen met classificaties is zo uitgewerkt dat hij van toepassing is op alle sectoren en alle leveringsvormen, met uitzondering van PGB;
- Binnen een status is een keuze uit meerdere classificaties mogelijk;
- Wisselt een status, dan wijzigt normaal gesproken ook de classificatie. Alleen als de status wijzigt van Wacht op voorkeur naar Wacht uit voorzorg (of andersom) kan de classificatie gelijk blijven. Dat komt omdat de classificaties bij deze statussen gelijk zijn;
- Bij een gelijkblijvende status kan een classificatiewissel worden doorgegeven als een cliënt zijn wens(en) wijzigt of als de zorgaanbieder aangeeft dat dit nodig is. Dat kan bijvoorbeeld bij een cliënt met dringende opnamebehoefte (wachtstatus Actief plaatsen met classificatie Voorkeuraanbieder leidend) als er is binnen 6 maanden geen zicht is op plaatsing bij zijn voorkeuraanbieder. De classificatie Voorkeuraanbieder leidend kan dan worden gewijzigd naar Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar. Zie paragraaf 4.2.5, voorbeeld 2;
- Bij een classificatiewissel binnen een wachtstatus kan de wachttijd doortellen omdat de wachtstatus ongewijzigd blijft. Dit is afhankelijk van de cliëntsituatie en classificatiewissel.

### **Wachtstatus met classificaties**

- De combinatie van een wachtstatus met classificatie geeft meer inzicht in een cliëntsituatie, omdat een classificatie informatie geeft over de huidige situatie en/of wens van een cliënt. Hiermee willen we het bijhouden van aanvullende registraties door zorgaanbieders en zorgkantoren op de iWlz-wachtlijst informatie zoveel mogelijk voorkomen. Bovendien kan er zo gericht bemiddeld worden naar (tijdelijk) passende zorg;
- Staat iemand bijvoorbeeld op de wachtlijst voor opname (met de status Wacht op voorkeur en classificatie Geen aanvullende wens), én dreigt er thuis een crisissituatie te ontstaan door overbelasting van de mantelzorg? Blijkt opname op korte termijn toch onvermijdelijk, maar heeft de dossierhouder niet direct plaats en wil hij een crisisopname voorkomen gezien de

<sup>22</sup> Beperking van leveringsvorm(en) en/of zorgprofielen bij een bepaalde status is technisch niet ingeregeld via iWlz. Omdat inzicht hierover kan wijzigen of een uitzonderingssituatie kan voorkomen is het een procesafpraak.

<sup>23</sup> In iWlz wordt gesproken over leveringsstatussen (Urgent plaatsen, Actief plaatsen, Wacht op voorkeur, Wacht uit voorzorg, In zorg en Einde zorg). In het Voorschrift verwijzen de wachtstatussen naar Urgent plaatsen, Actief plaatsen, Wacht op Voorkeur en Wacht uit voorzorg. De term wachtstatus geeft mensen die niet thuis zijn in iWlz-terminologie een duidelijkere verwijzing naar wachtlijst informatie dan de term leveringsstatus.



impact daarvan op een cliëntsituatie? Dan wijzigt de dossierhouder de wachtstatus bij de leveringsvorm Verblijf naar Actief plaatsen met classificatie Dreigende crisis thuis. Het zorgkantoor kan op grond van deze informatie zo snel mogelijk contact opnemen met de zorgaanbieder om de situatie af te stemmen en eventueel te helpen bij het vinden van een (tijdelijk) passende plaats voor de cliënt. Om de thuissituatie te de-escaleren kan de coördinator zorg thuis tijdelijk extra overbruggingszorg aanvragen bij het zorgkantoor;

- Elke wachtstatus kent meerdere classificaties, die zijn zo beschreven dat ze elkaar niet overlappen. Op één moment is er binnen een status één classificatie van toepassing;
- De classificaties bij de status Urgent plaatsen en Actief plaatsen zijn beschreven vanuit de (zeer) dringende behoefte en noodzaak tot zorg of opname. De beoordeling vanuit de zorgaanbieder staat daarom meer op de voorgrond. Er wordt wel zoveel mogelijk geprobeerd rekening te houden met de wensen van een cliënt;
- Binnen de status Urgent plaatsen en Actief plaatsen kennen de classificaties een prioriteitsvolgorde<sup>24</sup>. De veiligheid van een cliënt en/of zijn omgeving zijn daarin bepalend;
- De classificatie helpt zo bij het bepalen van de volgorde van plaatsing als er meerdere cliënten op de wachtlijst staan die allemaal (zeer) dringend zorg nodig hebben. Zo gaat bijvoorbeeld binnen de status Urgent plaatsen de classificatie Palliatief terminale zorg (PTZ) voor op de classificatie Doorstroom uit het ziekenhuis, omdat een cliënt bij het niet goed kunnen regelen van de noodzakelijke PTZ thuis een groter risico loopt;
- Ook voor de prioritering tussen classificaties geldt een afwijking op basis van gezond verstand en professionele beoordeling gerechtvaardigd is. Dit is afhankelijk van individuele casuïstiek en van de mogelijkheden om bijvoorbeeld doorstroom te realiseren;
- De classificaties bij de status Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg zijn beschreven vanuit het cliëntperspectief (wens). De behoefte en noodzaak tot zorg of opname staat daarin minder op de voorgrond;
- Binnen de status Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg kennen de classificaties geen prioriteitsvolgorde. Omdat de zorgvraag voor een bepaalde leveringsvorm minder dringend is, kan de wens van een cliënt binnen de classificaties meer op de voorgrond staan. Wensen lenen zich niet voor prioriteren omdat dit om persoonlijke voorkeuren gaat;
- Wil iemand bijvoorbeeld graag verblijfszorg maar zit er minder druk op het regelen hiervan omdat de zorg thuis nog een adequate oplossing biedt? En wil een cliënt graag wachten totdat hij samen met zijn partner ergens kan wonen of wil hij bij zijn al opgenomen partner gaan wonen? Dan kan dit via de status Wacht op voorkeur kenbaar worden gemaakt met de classificatie Partneropname. Zie paragraaf 4.2.5 voorbeeld 2;
- Een zorgaanbieder geeft (een wijziging van) de actuele status en/of classificatie altijd via een AW39/Mutatie-bericht door aan het zorgkantoor. Dat geldt ook voor een gewijzigde classificatie binnen een wachtstatus. In paragraaf 4.3.4 is dit uitgewerkt in een voorbeeld;
- Het zorgkantoor past nooit een status of classificatie handmatig aan omdat dit het risico met zich meebrengt dat de wachtlijstinformatie bij het zorgkantoor en de zorgaanbieder niet meer gelijk is.

---

<sup>24</sup> Deze prioriteitsvolgorde voor het uitvoeringsproces wijkt af van de volgorde in de technische codering in iWlz.

### 2.5.3 Verantwoorde zorg thuis bij status Urgent plaatsen en Actief plaatsen

Om voor mensen met de status Urgent plaatsen en Actief plaatsen verantwoorde zorg thuis te regelen is meer ruimte gecreëerd voor ondoelmatige (overbruggings)zorg thuis.

#### Nachtzorg en toezicht bij Urgent plaatsen

Naast de directe zorg voor cliënten met de status Urgent plaatsen:

- Kan vanwege de zeer dringende zorgbehoefte en aanwezigheid van een gevaarscriterium, extra budget voor (overbruggings)zorg worden aangevraagd. Dit om verantwoorde zorg en veiligheid voor een thuiswonende cliënt en/of zijn directe omgeving te borgen;
- Het gaat daarbij specifiek om het inregelen van toezicht in de nacht en/of overdag naast de directe zorg die iemand al nodig heeft. Dit kan dus niet aangevraagd worden voor cliëntsituaties waarbij sprake is van doorstroomproblematiek vanuit een instelling naar een andere instelling;
- Voor de volledigheid: door de hoeveelheid (directe) zorg die iemand nodig heeft kan er al sprake zijn van ondoelmatige (overbruggings)zorg thuis vóóordat een aanvraag voor toezicht wordt ingediend. Voor iemand kan dan bijvoorbeeld al gebruik worden gemaakt van de toeslag Extra kosten thuis (extra budget). Dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3;
- De inzet van toezicht in de nacht en/of overdag wordt via een van de extramurale toeslagen voor ondoelmatige zorg thuis aangevraagd (zie paragraaf 3.3.7). Bijvoorbeeld PTZ of ademhalingstoeslag. Daarmee is voor het zorgkantoor direct duidelijk over welke doelgroep het gaat en waarvoor eventueel een Rekenmodule of Adviesformulier nodig is;
- Past alle directe zorg en toezicht die voor een cliënt thuis nodig is niet binnen een van de extramurale toeslagen, dan wordt de toeslag Extra overbruggingszorg gevuld in de aanvraag. Die toeslag is van toepassing als iemand wacht op een verblijfsplaats;
- Voor PTZ geldt dat extra zorg ook thuis kan worden ingezet als iemand thuis kan sterven (zie 3.3.7 Toeslag PTZ);
- Kan bij de classificaties PTZ en Geen crisisbed beschikbaar (inclusief IBS/crisismaatregel GGZ) direct nachtzorg worden ingezet als dat noodzakelijk is. Deze vorm van toezicht kan voor maximaal 8 uur per nacht worden ingezet<sup>25</sup>. Hiervoor is vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor. Uitgangspunt daarbij is wel dat de zorgaanbieder in het zorgplan motiveert waarom inzet van nachtzorg (slaapwacht of actief waken) noodzakelijk was zodat het zorgkantoor hierop achteraf kan toetsen;
- Kan bij de classificatie RM<sup>26</sup> alleen nachtzorg worden ingezet als hiervoor vooraf toestemming is gegeven door het zorgkantoor. De zorgaanbieder levert daarvoor bij de aanvraag zowel een Rekenmodule als een Adviesformulier aan. In het Adviesformulier wordt gemotiveerd waarom toezicht in de vorm van slaapwacht of actief waken nodig is;
- Is het in uitzonderlijke situaties mogelijk om maximaal 24/7 toezicht in te regelen. Dit kan kortdurend en alleen als het zorgkantoor hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. In deze situaties is er altijd sprake van een maatwerk beoordeling. De zorgaanbieder levert daarvoor bij zijn aanvraag altijd een Rekenmodule en Adviesformulier met motivatie aan;

<sup>25</sup> Over de bekostiging van nachtzorg/ toezicht worden afspraken gemaakt met zorginkoop.

<sup>26</sup> Bij de overige classificaties (inclusief Wzd art. 28a) is sprake van doorstroomproblematiek vanuit een instelling.

- Wordt de ondoelmatige (overbruggings)zorg voor maximaal 8 weken<sup>27</sup> toegewezen. Is na deze periode verlenging nodig dan wordt die altijd opnieuw aangevraagd bij het zorgkantoor. Gezien de urgentie van de situatie gaat dit alleen om uitzonderlijke situaties;
- In de situatie van PTZ kan de ondoelmatige (overbruggings)zorg voor maximaal 13 weken worden aangevraagd.

### Nachtzorg en toezicht bij Actief plaatsen

Naast de directe zorg voor cliënten met de status Actief plaatsen:

- Kan door een dreigend gevaarscriterium bij de classificatie Dreigende crisis thuis extra (overbruggings)zorg worden aangevraagd in de vorm van toezicht. Dit om veiligheid en verantwoorde zorg thuis voor een cliënt en/of zijn omgeving te borgen;
- Deze vorm van extra zorg is bedoeld om de thuissituatie te ontlasten en/of te stabiliseren zodat langer thuis wonen mogelijk blijft en een (crisis)opname wordt voorkomen. Of;
- Deze vorm van extra zorg is bedoeld om een periode tot opname, thuis verantwoord te overbruggen zodat een crisisopname wordt voorkomen omdat die altijd ingrijpender is voor een cliënt en/of zijn mantelzorg;
- In principe gaat het hier om een aanvraag voor nachtzorg en/of toezicht overdag. Die kan worden aangevraagd voor maximaal 24 uur per week voor een periode van maximaal 6 weken. Hiervoor is altijd vooraf toestemming van het zorgkantoor nodig;
- Het inzetten van toezicht overdag wordt gemotiveerd aangevraagd bij het zorgkantoor en gaat om uitzonderlijke situaties<sup>28</sup>;
- Is het niet mogelijk om 24/7 toezicht aan te vragen. Dit is voorbehouden aan de status Urgent plaatsen;
- Bij de aanvraag voor deze extra (overbruggings)zorg wordt naast de Rekenmodule altijd een Adviesformulier aangeleverd met motivatie;
- De extra zorg tijdens de wachtperiode voor opname wordt via een van de toeslagen voor zorg thuis aangevraagd (zie paragraaf 3.3.7). Past de aanvraag niet binnen een van deze toeslagen, dan wordt in de aanvraag Bijzonder situatie Extra overbruggingszorg gevuld (code 1);
- Is het doel om het thuis wonen langer mogelijk te maken door tijdelijk de situatie thuis te ontlasten? En past de extra zorg niet binnen een van de toeslagen thuis? Dan wordt in de aanvraag Bijzondere situatie Overig, Overig gevuld (code 5);
- De extra zorg wordt kortdurend toegewezen voor een periode van maximaal 6 weken met mogelijkheid tot verlenging van maximaal 6 weken. Voor deze verlenging is altijd weer toestemming van het zorgkantoor nodig. Een verlenging wordt gemotiveerd aangevraagd;
- Is meer nacht zorg nodig en/of voor een langere periode dan is de classificatie Dreigende crisis thuis mogelijk niet passend. De wachtstatus wordt daarom binnen 6 weken opnieuw beoordeeld door de zorgaanbieder en eventueel besproken met het zorgkantoor. Stabiliseert de cliëntsituatie niet dan wordt deze zo nodig aangepast naar Urgent plaatsen.

<sup>27</sup> Om onnodig administratieve last in deze situaties te voorkomen is gekozen voor een langere toewijspriode dan de streefnorm. Uitgangspunt is dat voor iemand met deze wachtstatus sneller een passende oplossing is geregeld.

<sup>28</sup> Vooraf wordt bekeken of hiervoor andere oplossingen voorhanden zijn, bijvoorbeeld inzet/uitbreiding van dagbesteding of inzet van vrijwilligers.

#### 2.5.4 Toelichting tabellen wachtstatus met classificaties

In deze paragraaf wordt iedere wachtstatus afzonderlijk beschreven. Per wachtstatus zijn daarvoor 2 tabellen uitgewerkt:

- De 1<sup>e</sup> tabel start met de algemene definitie van de specifieke wachtstatus, aangevuld met een algemene beschrijving van de toetsingscriteria, de streefnorm voor zorglevering of opname en budgetmogelijkheden voor zorg (thuis) tijdens de wachtperiode;
- In de regels daaronder zijn op dezelfde manier de classificaties uitgewerkt. Bij iedere combinatie van de status met een classificatie staat informatie over de toepassing daarvan;
- De streefnormen zijn niet algemeen per status vastgesteld, maar voor een combinatie tussen een wachtstatus en een bepaalde classificatie;
- Door de streefnormen aan de combinatie wachtstatus/ classificatie te koppelen wordt een betere aansluiting gezocht bij de cliëntsituatie en zijn context. De streefnormen wijken daarmee af van de landelijke Treeknormen die al geruime tijd als referentie worden gebruikt voor het tijdige leveren van passende zorg;
- Door de onderliggende problematiek zijn de streefnormen bij de wachtstatus Urgent plaatsen korter dan de Treeknormen. Vanuit cliëntperspectief zijn de streefnormen voor de wachtstatus Actief plaatsen, bij een aantal classificaties ruimer gesteld. Daarmee is er meer ruimte om een cliënt direct bij zijn voorkeuraanbieder te plaatsen. Iemand hoeft minder snel een aanbod te accepteren dat niet aansluit bij zijn wens(en), waardoor bijvoorbeeld uitwijken naar de wachtstatus Wacht op voorkeur minder vaak voorkomt. Dit heeft mogelijk een positief effect op de vervuiling van de wachtlijst-informatie;
- Per tabel staat bovenaan in de 2<sup>e</sup> kolom of de classificaties een prioriteit kennen. Zo ja, dan staan de classificaties in de tabel al op de juiste volgorde geprioriteerd (dat geldt voor de statussen Urgent plaatsen en Actief plaatsen);
- In de tweede tabel staan de rollen en verantwoordelijkheden beschreven van de betrokken zorgaanbieder en het zorgkantoor. Ook hier staat per status in de eerste regel een algemene omschrijving van de rollen, die vervolgens per status/ classificatie combinatie per rol verder worden ingevuld;
- Daarnaast staat er in de 2<sup>e</sup> tabel een kolom waarin globaal wordt beschreven welke keuzevrijheid een cliënt heeft rondom het accepteren van een zorgaanbod;
- Bij de uitwerking voor de rollen is in het wachtlijstbeheer extra aandacht voor wachtende cliënten die nog thuis wonen en geen enkele vorm van Wlz-zorg krijgen. De aanname is dat deze cliënten een groter risico kunnen lopen op een onverantwoorde of onveilige thuissituatie. Zeker als het gaat om de status Urgent Plaatsen of Actief plaatsen.

## 2.5.5 Wachtstatus Urgent plaatsen: beschrijving en rollen

### 2.5.5.1 Beschrijving wachtstatus Urgent plaatsen

Classificaties Urgent plaatsen	Beschrijving Urgent plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Urgent plaatsen	Streefnorm Urgent plaatsen	Budgetmogelijkheden Urgent plaatsen
Prioriteit in classificaties. Classificaties staan op volgorde van prioriteit.	Er is een directe noodzaak voor (intramuraal) doorplaatsen, opname vanuit de thuissituatie of het uitbreiden van zorg thuis bij PTZ. In de situatie dat opname zeer dringend nodig is, heeft de beschikbaarheid van een plek voorrang op de wens/voorkeur van een cliënt en/of zijn directe omgeving.	Eventuele ophoging van zorg thuis of extra ambulante begeleiding lost het gevaarscriterium niet op. Of. De huidige opnamesituatie biedt door een gevaarscriterium geen verantwoorde oplossing voor een cliënt en/of de veiligheid voor (andere cliënten in) zijn directe omgeving. Of. Het (behandel)doel van de huidige opname is gerealiseerd en doorstroom is noodzakelijk om een (behandel)plek voor iemand anders vrij te maken.	De streefnorm (voor opname) is maximaal 4 weken. Per classificatie is de streefnorm verder geconcretiseerd.	Budgetmogelijkheden voor inzet van extra (overbruggings)zorg, nachtzorg/toezicht en/of begeleiding zijn afhankelijk van de classificatie.
1. Geen Crisisbed beschikbaar	Er is sprake van een IBS/Crisismaatregel GGZ óf van een crisissituatie bij de cliënt door een acuut gewijzigde situatie waardoor het gevaarscriterium op de voorgrond staat. Het lukt de (regionale) crisisregisseur en/of crisiszorgaanbieder(s) niet om voor de cliënt een crisisbed te regelen binnen de streefnorm.	Door een afgegeven IBS óf een acute crisissituatie met gevaarscriterium is direct een (tijdelijke) intramurale opname noodzakelijk. De crisisregisseur of crisiszorgaanbieder constateert dat er geen crisisbed beschikbaar is voor de cliënt binnen de streefnorm.	IBS/ Crisismaatregel: 0-24 uur  Overige crisis: V&V: 0 - 24 uur GZ: 0 - 48 uur GGZ(via Zvw): 0-72 uur	Ruime mogelijkheden voor inzet van noodzakelijke (overbruggings)zorg thuis, inclusief toezicht (zie 2.5.3). Dit op voorwaarde dat mantelzorg en/of vrijwilligerszorg niet (direct) kan worden ingezet of geen passende oplossing kan bieden.
2. PTZ	Er is sprake van een terminale levensfase bij de cliënt (PTZ) waardoor inzet van extra zorg thuis, opname in een hospice of intramurale opname noodzakelijk is. De noodzakelijke zorg kan niet direct (volledig) worden ingezet.	De behandelend (huis)arts geeft aan dat de cliënt terminaal is. De levensverwachting is maximaal 3 maanden.	0-5 dagen (opname)	Ruime mogelijkheden voor inzet van noodzakelijke (overbruggings)zorg thuis, inclusief toezicht (zie 2.5.3). Dit op voorwaarde dat mantelzorg en/of vrijwilligerszorg niet (direct) kan worden ingezet of geen passende oplossing kan bieden.

3.	RM-WZD Art. 28a	Gedwongen opname voor een cliënt is noodzakelijk op grond van een afgegeven RM (WZD Art.28a) door de strafrechter. Cliënt verblijft veelal in een Penitiaire Inrichting (PI) of een setting voor Forensische Zorg. Doorstroom naar een Wlz-plaats is de best passende oplossing.	Voor een cliënt is een Rechterlijke Machtiging afgegeven door de strafrechter, maar het is nog niet duidelijk of een passende zorgaanbieder gevonden kan worden voor deze cliënt en/of deze cliënt tijdig opgenomen kan worden binnen een passende (beveiligde) locatie.	0 - 5 werkdagen na afgifte datum zorgtoewijzing of na afstemming met zorgkantoor (als indicatiebesluit nog niet is afgegeven).	n.v.t.
4.	Doorstroom Crisisbed	Cliënt verblijft op een crisisbed. Doorstroom vanuit het crisisbed naar een reguliere plaats is een betere oplossing voor de cliënt én noodzakelijk om plaats te maken voor een nieuwe crisisopname.	Er is bij de cliënt een blijvende noodzaak voor verblijfszorg. De voorkeuraanbieder (dossierhouder) heeft voor de cliënt geen reguliere, passende plaats beschikbaar binnen de streefnorm. Hierdoor kan cliënt niet uitstromen van het crisisbed. Voor de GGZ geldt zo spoedig mogelijke doorstroom vanuit Zvw (crisisopname) naar Wlz (reguliere opname). Ruimte voor verlenging is daarom zeer beperkt.	V&V: 0 - 4 weken (incl. verlenging 2x2) GZ: 0 - 12 weken (incl. verlenging 2x6) GGZ: 0 - 2 weken	n.v.t.
5.	RM/ ZM	Voor de cliënt is een Rechterlijke Machtiging (V&V/GZ) of ZorgMachtiging (GGZ) afgegeven omdat er verzet is tegen opname. Gedwongen opname van deze cliënt is dringend/ urgent nodig.  Deze classificatie geldt nadrukkelijk niet voor iemand met een Besluit tot opname en verblijf (BOV art. 21 verklaring). Iemand kan met deze verklaring niet meer aangeven of hij het eens of oneens is met opname (geen bereidheid of geen verzet) óf kan de gevolgen van een keuze niet goed meer overzien. Inhoudelijk moet voor deze cliënten de best passende wachtstatus met classificatie gekozen worden maar niet de combinatie Urgent plaatsen/ RM.	Deze classificatie wordt alleen gebruikt als er een actuele RM of ZM aanwezig is, maar géén zicht is op plaatsing binnen de ten uitvoeringleggingstermijn van de machtiging (maximaal vier weken geldig). Een RM of ZM kan na 4 weken niet verlengd worden als er geen opname heeft plaatsgevonden. Omdat een RM niet verlengd kan worden is de streefnorm voor opname krap geformuleerd (0-2 weken na afgifte datum RM/ ZM). Hierdoor is er enige uitloopruimte om samen op tijd een oplossing te realiseren. Als een opname bijvoorbeeld binnen 3 weken gerealiseerd wordt is dat dus geen reden om een zorgaanbieder daarop aan te spreken.	0 - 2 weken	Ruime mogelijkheden voor inzet van noodzakelijke (overbruggings)zorg thuis, inclusief toezicht (zie 2.5.3). Dit op voorwaarde dat mantelzorg en/of vrijwilligerszorg niet (direct) kan worden ingezet of geen passende oplossing kan bieden.
6.	Doorstroom GRZ	Cliënt verblijft op een plaats voor Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) via de Zvw of Wlz maar	Er is geen medische noodzaak meer voor verblijf op een GRZ plaats. Op basis van zijn	0 - 4 weken	n.v.t.

		is uitbehandeld. Op basis van zijn Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat de GRZ plaats zo spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een nieuwe cliënt. Onder het wachtlijstbeheer voor de Wlz valt niet de uitstroom naar een ander domein (Zvw, Wmo of JW).	Wlz-indicatie moet deze cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg.		
7.	Doorstroom ELV	Cliënt verblijft op een plaats voor Eerstelijnsverblijf (ELV) maar de noodzaak hiervoor is niet meer aanwezig. Op basis van zijn Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat de ELV plaats zo spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een nieuwe cliënt.	Er is geen medische noodzaak meer voor verblijf op een ELV plaats. Op basis van zijn Wlz-indicatie moet deze cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg.	0 - 4 weken	n.v.t.
8.	Doorstroom Ziekenhuis	Cliënt verblijft in het ziekenhuis maar er is geen medische specialistische behandeling meer nodig (verkeerd bed problematiek). Op basis van zijn Wlz-indicatie moet de cliënt zo spoedig mogelijk doorstromen naar verblijfszorg, naar een plaats waar VPT geboden wordt of naar huis waar passende zorg thuis geboden wordt.	Er is geen medische noodzaak meer voor medisch specialistische behandeling in het ziekenhuis. Op basis van zijn Wlz-indicatie moet deze cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg. De cliënt maakte voor de ziekenhuisopname geen gebruik van verblijfszorg en kan niet (direct) terug naar de thuissituatie. Of De zorgvraag van de cliënt is zo veranderd dat hij niet kan terugkeren naar de Wlz- instelling waar hij voor de ziekenhuisopname woonde. Of In de thuissituatie van de cliënt moet nog adequate en/of specifieke zorg thuis geregeld worden.	0 - 4 weken	n.v.t.

Tabel 1 Beschrijving wachtstatus Urgent plaatsen

## 2.5.5.2 Rollen wachtstatus Urgent plaatsen

Classificaties Urgent plaatsen	Rol Zorgkantoor Urgent plaatsen	Rol Zorgaanbieder Urgent plaatsen	Verwachtingen cliënt Urgent plaatsen
<p>Prioriteit in classificaties. Classificaties staan op volgorde van prioriteit.</p>	<p>Het zorgkantoor heeft een pro-actieve rol en biedt (on)gevraagd ondersteuning na het binnenkomen van een melding (als er nog geen indicatiebesluit aanwezig is) of mutatiebericht (op een actuele zorgtoewijzing).</p> <p>Het zorgkantoor bewaakt dat voor een cliënt een adequate oplossing wordt geregeld binnen de streefnorm. Alternatieve mogelijkheden en vervolgstappen worden tijdig met betrokken partijen besproken.</p> <p>Het zorgkantoor neemt geen taken van de zorgaanbieder over als dat geen toegevoegde waarde heeft. De rol van het zorgkantoor is per classificatie geconcretiseerd, door de urgentie van de zorgbehoefte is er geen verschil tussen cliënten met of zonder overbruggingszorg.</p>	<p>De (voorkeur)aanbieder zorgt voor een tijdige melding van de wachtstatus Urgent Plaatsen via een mutatiebericht als er een zorgtoewijzing aanwezig is. Of doet dit zo snel mogelijk na ontvangst van een zorgtoewijzing als er nog geen actueel indicatiebesluit aanwezig is. Dit laatste kan alleen bij het ontstaan van een crisissituatie.</p> <p>De (voorkeur)aanbieder pakt de hoofdrol en vraagt actief om ondersteuning door het zorgkantoor als dat nodig is, dat kan ook voordat een zorgtoewijzing is ontvangen. Er wordt een duidelijk rolverdeling afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.</p>	<p>De situatie van de cliënt is zorgelijk. Het is noodzakelijk dat de cliënt zo snel mogelijk opgenomen of doorgeplaatst wordt. In de meeste gevallen betekent dit dat de cliënt niet direct bij de aanbieder van voorkeur terecht kan maar (tijdelijk) bij een andere aanbieder terecht komt die een plaats beschikbaar heeft.</p>
<p>1. Geen Crisisbed beschikbaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V&amp;V/ GZ Binnen 2 werkdagen na ontvangst van deze wachtstatus wordt contact opgenomen met de regionale crisisregisseur, crisiszorgaanbieder of voorkeuraanbieder, als die zelf nog geen initiatief hebben genomen tot contact. (Voor de GGZ geldt dat de crisiszorg via de Zvw loopt.)</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> <li>• Het zorgkantoor kan om aanvullende informatie vragen als er extra overbruggingszorg en/of nachtzorg/ toezicht wordt geleverd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschikt een cliënt nog niet over een indicatie voor Wlz-zorg, dan wordt die zo snel mogelijk aangevraagd bij het CIZ als de inschatting is dat iemand recht heeft op Wlz-zorg. (Zie bijlage G, daarin staan ook de overige verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen bij een crisissituatie beschreven).</li> <li>• Binnen 2 werkdagen na het ontstaan van de crisissituatie (of na ontvangst van de zorgtoewijzing) wordt op de aanwezige zorgtoewijzing een MAZ of mutatiebericht verstuurd naar het zorgkantoor om de status door te geven.</li> <li>• Binnen 2 werkdagen na het ontstaan van een crisissituatie met een (verwacht) Wlz-recht wordt contact gezocht met het zorgkantoor als er in de regio geen crisisbed beschikbaar is.</li> <li>• Verdere frequentie van afstemming tussen de (crisis)zorgaanbieder of crisisregisseur en het zorgkantoor is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> <li>• VV: Als er een actuele zorgtoewijzing aanwezig is en de dossierhouder kan een cliënt niet direct plaatsen, dan regelt de</li> </ul>	<p>De situatie van de cliënt is zorgelijk. Het is noodzakelijk dat de cliënt zo snel mogelijk op een crisisbed opgenomen wordt. In deze fase wordt niet meer gekeken naar de wens van de cliënt maar naar een aanbieder die een plaats beschikbaar heeft.</p>



		dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT) de noodzakelijke overbruggingszorg tot crisisopname.		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• GZ: Als er een actuele zorgtoewijzing aanwezig is en er is niet direct een crisisbed beschikbaar, dan regelt de DH/ CZT, in afstemming met de crisisregisseur, de noodzakelijke overbruggingszorg tot crisisopname.</li> <li>• GGZ: Als er een actuele zorgtoewijzing aanwezig is regelt de DH/ CZT de noodzakelijke overbruggingszorg tot crisisopname.</li> </ul>		
2.	PTZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 2 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact opgenomen met de (voorkeurs)aanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming is geweest.</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> <li>• Het zorgkantoor kan om extra informatie vragen als er overbruggingszorg en/of toezicht geleverd wordt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 2 werkdagen na het ontstaan van een vraag om PTZ wordt op de aanwezige zorgtoewijzing een MAZ of mutatiebericht verstuurd naar het zorgkantoor om de status door te geven. (Is er nog geen zorgtoewijzing aanwezig dan gebeurt dit binnen 2 werkdagen of na ontvangst van de zorgtoewijzing).</li> <li>• Binnen 2 werkdagen na het ontstaan van vraag om PTZ wordt contact opgenomen met het zorgkantoor als niet alle noodzakelijke zorg, nachtzorg en/of toezicht kan worden ingeregeld.</li> <li>• Verdere frequentie van afstemming tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	Is er palliatief terminale zorg (PTZ) nodig, dan is het belangrijk dat de zorg zo snel mogelijk wordt uitgebreid. Dat kan zijn in de thuissituatie, in een hospice of intramuraal. Het kan betekenen dat de cliënt (tijdelijk) bij een andere aanbieder terecht komt die een plaats beschikbaar heeft.
3.	RM- WZD Art. 28a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 10 werkdagen na ontvangst van de strafrechtelijke machtiging (via de rechtbank/OM) heeft het zorgkantoor een passende zorgaanbieder geselecteerd. Het zorgkantoor stemt af met deze zorgaanbieder en draagt cliënt aan hen over. Is er een indicatiebesluit aanwezig dan maakt het zorgkantoor een zorgtoewijzing aan.</li> <li>• Beschikt het zorgkantoor na ontvangst van de strafrechtelijke machtiging nog niet over een indicatiebesluit, dan wordt contact opgenomen met het CIZ.</li> <li>• Het zorgkantoor zoekt contact met de IGJ als het de aanbieder niet lukt om een cliënt binnen de afgesproken termijn te plaatsen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De zorgaanbieder is volgens de WZD verplicht om een toegewezen cliënt met een strafrechtelijke machtiging binnen 7 dagen op te nemen.</li> <li>• Binnen 2 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing wordt een MAZ of mutatiebericht verstuurd naar het zorgkantoor om de status door te geven. (Is er nog geen zorgtoewijzing aanwezig dan gebeurt dit binnen 2 werkdagen of na ontvangst van de zorgtoewijzing).</li> <li>• Lukt het niet om de cliënt binnen 7 dagen een passende plaats te bieden, dan neemt de zorgaanbieder zo snel mogelijk contact op met het zorgkantoor omdat de strafrechtelijke machtiging maximaal 4 weken geldig is.</li> </ul>	De situatie van de cliënt is zorgelijk. Het is noodzakelijk dat de cliënt zo snel mogelijk opgenomen wordt bij de aanbieder die deze wachtstatus plaatst. Het zorgkantoor wijst deze aanbieder aan. Deze plekken zijn schaars.
4.	Doorstroom Crisisbed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VV: Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact opgenomen met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing wordt een MAZ of mutatiebericht verstuurd naar het</li> </ul>	De situatie van de cliënt is zorgelijk. Het is noodzakelijk dat

	<p>nog geen contact heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GZ: Binnen 20 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact opgenomen met de crisisregisseur en/of crisiszorgaanbieder als er tot die tijd nog geen contact heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.</li> <li>• GGZ: Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status wordt, als de status ongewijzigd is, contact opgenomen met de voorkeuraanbieder om de doorstroom vanuit een Zvw crisisbed zo snel mogelijk te regelen.</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	<p>zorgkantoor om de status door te geven. (Is er nog geen zorgtoewijzing aanwezig dan gebeurt dit binnen 2 werkdagen of na ontvangst van de zorgtoewijzing).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De dossierhouder blijft tijdens de crisisopname verantwoordelijk voor het tijdig regelen van doorplaatsing naar een reguliere plaats of reguliere zorg thuis.</li> <li>• Is de verwachting dat het niet lukt om een cliënt binnen de streefnorm te laten doorstromen naar een reguliere zorg? Dan zoekt de voorkeuraanbieder of crisisregisseur contact met het zorgkantoor.</li> </ul>	<p>de cliënt zo snel mogelijk doorgeplaatst wordt.</p> <p>In de meeste gevallen betekent dit dat de cliënt niet direct bij de aanbieder van voorkeur terecht kan maar (tijdelijk) bij een andere aanbieder terecht komt die een plaats beschikbaar heeft.</p>
5. RM/ ZM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tussen 5 en 10 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie. • Het zorgkantoor kan om extra informatie vragen als er overbruggingszorg en/of toezicht geleverd wordt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing wordt een MAZ of mutatiebericht verstuurd naar het zorgkantoor om de status door te geven. (Is er nog geen zorgtoewijzing aanwezig dan gebeurt dit binnen 2 werkdagen of na ontvangst van de zorgtoewijzing).</li> <li>• Binnen 5 werkdagen na afgiftedatum van een RM of ZM zoekt de voorkeuraanbieder contact met het zorgkantoor als tijdige plaatsing niet gaat lukken. Het zorgkantoor ontvangt namelijk geen informatie over de aanwezigheid van een RM of ZM als dat niet direct bij de indicatiestelling bekend is en kan dan niet tijdig anticiperen;</li> <li>• Verdere frequentie en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	<p>De situatie van de cliënt is zorgelijk. Het is noodzakelijk dat de cliënt uiterlijk voor de vervaldatum van de RM opgenomen of doorgeplaatst wordt. De cliënt moet zo snel mogelijk terecht komen bij een aanbieder die een geschikte plaats beschikbaar heeft. Deze plekken zijn schaars.</p>
6. Doorstroom GRZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 10 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 2 werkdagen na melding of zorgtoewijzing neemt de voorkeuraanbieder contact op met een contactpersoon van de GR- afdeling van deze zorgaanbieder om over de cliëntsituatie en mogelijkheden voor zorglevering af te stemmen.</li> <li>• De contactpersoon van de GRZ-afdeling kan ook direct schakelen met het zorgkantoor voor ondersteuning.</li> <li>• Binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing wordt een MAZ of mutatiebericht verstuurd naar het zorgkantoor om de status door te geven. (Is er nog geen</li> </ul>	<p>De situatie van de cliënt is zorgelijk. Het is noodzakelijk dat de cliënt zo snel mogelijk doorgeplaatst wordt. In de meeste gevallen betekent dit dat de cliënt niet direct bij de aanbieder van voorkeur terecht kan maar (tijdelijk) bij een andere aanbieder terecht komt die een plaats beschikbaar heeft.</p>

			<p>zorgtoewijzing aanwezig dan gebeurt dit binnen 2 werkdagen of na ontvangst van de zorgtoewijzing).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdere frequentie en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	
7.	<p>Doorstroom ELV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 10 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen contact heeft plaats gevonden.</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 2 werkdagen na melding of zorgtoewijzing neemt de voorkeuraanbieder contact op met een contactpersoon van de ELV-afdeling van deze zorgaanbieder om over de cliëntsituatie en mogelijkheden voor zorglevering af te stemmen. .</li> <li>• De contactpersoon van de ELV-afdeling kan ook direct schakelen met het zorgkantoor voor ondersteuning.</li> <li>• Verdere frequentie en opvolging is afhankelijk van de situatie.</li> </ul>	<p>De situatie van de cliënt is zorgelijk. Het is noodzakelijk dat de cliënt zo snel mogelijk doorgeplaatst wordt. In de meeste gevallen betekent dit dat de cliënt niet direct bij de aanbieder van voorkeur terecht kan maar (tijdelijk) bij een andere aanbieder terecht komt die een plaats beschikbaar heeft.</p>
8.	<p>Doorstroom Ziekenhuis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 10 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen contact heeft plaats gevonden</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 2 werkdagen na melding of zorgtoewijzing neemt de voorkeuraanbieder contact op met de transferverpleegkundige van het ziekenhuis.</li> <li>• De transfer-afdeling kan ook direct schakelen met het zorgkantoor voor ondersteuning.</li> <li>• Verdere frequentie en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	<p>De situatie van de cliënt is zorgelijk. Het is noodzakelijk dat de cliënt zo snel mogelijk doorgeplaatst wordt. In de meeste gevallen betekent dit dat de cliënt niet direct bij de aanbieder van voorkeur terecht kan maar (tijdelijk) bij een andere aanbieder terecht komt die een plaats beschikbaar heeft.</p>

Tabel 2 Rollen wachtstatus Urgent plaatsen

## 2.5.6 Wachtstatus Actief plaatsen: beschrijving en rollen

### 2.5.6.1 Beschrijving wachtstatus Actief plaatsen

Classificatie Actief plaatsen	Beschrijving Actief plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Actief plaatsen	Streefnorm opname Actief plaatsen	Budgetmogelijkheden Actief plaatsen
Prioriteit in classificaties. Classificaties staan op volgorde van prioriteit.	Er is een noodzaak tot opname (bij een andere aanbieder), VPT of DTV maar die kan tijdelijk worden uitgesteld. Bijvoorbeeld door inzet van extra (ondoelmatige) overbruggingszorg. Met de toename van urgentie tot opname of einde streefnorm, kan er minder rekening worden gehouden met de voorkeur van de cliënt en/of zijn omgeving. Of. Door tijdelijk inzet van extra (ondoelmatige) zorg thuis kan opname worden voorkomen en blijft langer thuis wonen mogelijk.	Tijdelijke inzet van extra (overbruggings)zorg voorkomt een onveilige, onverantwoorde situatie voor de cliënt en/of zijn directe omgeving.	Streefnorm voor opname is maximaal 6 maanden. Per classificatie is de streefnorm verder geconcretiseerd.	Budgetmogelijkheden voor inzet van extra (overbruggings)zorg, nachtzorg/toezicht en/of begeleiding zijn afhankelijk van de classificatie.
1. Dreigende crisis thuis	De dreigende crisis (thuis) onderscheidt zich van de acute crisis door een geleidelijke achteruitgang of wijziging van de omstandigheden. Omdat de zorg thuis voor langere duur niet verantwoord en doelmatig is in te regelen, is er noodzaak voor opname. De cliëntsituatie is thuis tijdelijk wel verantwoord te organiseren door inzet van extra (ondoelmatige) overbruggingszorg en/of mantelzorg en/of vrijwilligerszorg. Of. Er is tijdelijk extra zorg thuis nodig om een dreigende crisis af te wenden en de thuissituatie te stabiliseren zodat opname wordt voorkomen.	<p>Er is sprake van een toenemend risico op het gevaarscriterium en de daarmee samenhangende noodzaak tot toezicht. Door op korte termijn een opname te realiseren (binnen 6 of 13 weken) kan een crisissituatie worden voorkomen. Verder kan er sprake zijn van een toenemende overbelasting in de thuissituatie die op termijn niet te compenseren is. Of.</p> <p>Er is sprake van een dreigende crisis thuis die af te wenden is door tijdelijk inzet van extra zorg zoals nachtzorg en/ of toezicht. Hiermee kan de thuissituatie gestabiliseerd worden en eventueel een opname voorkomen. Of.</p> <p>Er is sprake van een indicatie voor een SGLVG/LVG zorgprofiel. bij deze cliëntsituaties geldt dat het noodzakelijk behandeltraject op korte termijn</p>	V&V: 0 - 6 weken GZ: 0 - 13 weken GGZ: 0 - 6 weken	Ruimere mogelijkheden voor inzet van noodzakelijke (overbruggings)zorg thuis, inclusief toezicht. Dit op voorwaarde dat mantelzorg en/of vrijwilligerszorg niet (direct) kan worden ingezet of geen passende oplossing biedt.

		(binnen 6 tot 13 weken) moet worden opgestart in een behandelinstelling.			
2.	Niet passende zorg (zorg-aanbieder)	De zorgaanbieder waar de cliënt nu (verblijfs)zorg van krijgt, kan geen passende zorg meer leveren door een gewijzigde situatie bij de cliënt. En/ of door de cliëntsituatie kan (het gevoel) van veiligheid van andere bewoners niet meer goed ingeregeld worden. Er is geen sprake van een acute dreiging voor de cliënt en/ of zijn omgeving. Om kwaliteit van zorg te borgen en de veiligheid van andere bewoners is overplaatsing noodzakelijk. In deze cliëntsituaties kan er geen sprake zijn van een eenzijdige zorgbeëindiging.	Door een wijziging in de cliëntsituatie is de huidige zorgaanbieder aantoonbaar niet meer in staat om passende (verblijfs)zorg te leveren. Het is niet mogelijk om de situatie via extra scholing, aanpassing leefomgeving of tijdelijke extra ondersteuning via experts bijvoorbeeld inzet van CCE op te lossen.	VV: 0 - 6 weken GZ: 0 - 13 weken GGZ: 0 - 6 weken	n.v.t.
3.	Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar	Cliënt heeft, gezien zijn situatie/ opnamebehoefte op korte termijn, geen bezwaar tegen tijdelijke opname/ zorg van een andere (voorkeurs)aanbieder.	Door de noodzaak tot opname binnen maximaal 6 maanden, is de cliënt bereid tijdelijke een plaats bij een andere zorgaanbieder te accepteren. (Dat geldt ook voor tijdelijke inzet van zorg thuis door een andere zorgaanbieder.)	0-6 maanden	Ruimere mogelijkheden voor inzet van noodzakelijke zorg thuis (directe zorg, geen toezicht).
4.	Voorkeur-aanbieder/ clientwens leidend	Cliënt heeft, ondanks zijn situatie/ opnamebehoefte op korte termijn, bezwaar tegen het loslaten van zijn voorkeursaanbieder. Cliënt wil, binnen de toegestane termijn, zo lang mogelijk wachten op zijn voorkeursaanbieder.	Noodzaak tot opname binnen maximaal 6 maanden. Ondanks deze noodzaak houdt de cliënt vast aan zijn voorkeursaanbieder. Overbruggingszorg thuis is ondoelmatig maar verantwoord te organiseren door tijdelijk inzet van extra, directe zorg. Of.  Cliënt verblijft tijdelijk bij andere aanbieder (niet zijn voorkeur) en wil blijven wachten op een plaats bij zijn voorkeursaanbieder.	0-6 maanden	Ruimere mogelijkheden voor inzet van noodzakelijke zorg thuis (directe zorg, geen toezicht).

Tabel 3 Beschrijving wachtstatus Actief plaatsen

## 2.5.6.2 Rollen wachtstatus Actief plaatsen

Classificatie Actief plaatsen	Rol Zorgkantoor Actief plaatsen	Rol Zorgaanbieder Actief plaatsen	Verwachtingen cliënt Actief plaatsen
<p>Prioriteit in classificaties. Classificaties staan op volgorde van prioriteit.</p>	<p>Het zorgkantoor heeft een proactieve rol en biedt (on)gevraagd actief ondersteuning na het binnenkomen van een mutatiebericht (altijd een actuele zorgtoewijzing aanwezig). Het zorgkantoor bewaakt dat voor een cliënt een adequate oplossing wordt geregeld binnen de streefnorm Alternatieve mogelijkheden en eventuele vervolg stappen worden tijdig met betrokken partijen besproken.</p> <p>Het zorgkantoor neemt geen taken van de zorgaanbieder over als dat geen toegevoegde waarde heeft.</p> <p>Per classificatie is de rol van het zorgkantoor verder geconcretiseerd, daarbij kan verschil worden gemaakt in cliëntsituaties zonder zorg en cliëntsituaties met zorg.</p>	<p>De voorkeuraanbieder zorgt voor een tijdige melding van de wachtstatus Actief Plaatsen via een mutatiebericht op de aanwezige zorgtoewijzing.</p> <p>De voorkeuraanbieder pakt de hoofdrol en vraagt actief om ondersteuning door het zorgkantoor als dat nodig is, dat kan ook voordat een zorgtoewijzing is ontvangen.</p> <p>Er wordt een duidelijk rolverdeling afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.</p> <p>Per classificatie is de rol van de voorkeuraanbieder verder geconcretiseerd.</p>	<p>In de situatie van de cliënt is opname noodzakelijk, maar opname kan tijdelijk uitgesteld worden door de inzet van overbruggingszorg. Er wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt, maar naarmate de noodzaak tot opname toeneemt en de tijd verstrijkt betekent dit dat de cliënt niet direct bij de voorkeuraanbieder terecht kan.</p> <p>De cliënt kan niet onbeperkt een aanbod weigeren als het aanbod conform de wens is. Bij een weigering kan in overleg met de cliënt de status aangepast wordt (behalve bij een zwaarwegende reden).</p>
<p>1. Dreigende crisis (thuis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaatsgevonden.</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> <li>• Het zorgkantoor kan om extra informatie vragen als er overbruggingszorg en/of toezicht geleverd wordt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT) doet er alles aan om een crisissituatie te voorkomen door de thuissituatie te stabiliseren of de-escaleren. Dat kan door (tijdelijke) inzet van extra zorg, ondersteuning of toezicht thuis. Of eventueel door een expertise team in te schakelen (bijvoorbeeld een COT, na overleg met crisisregisseur GZ).</li> </ul> <p>Met tijdig, preventief ingrijpen, wordt (crisis)opname voorkomen als langdurig thuis wonen verantwoord in te regelen is en een passende oplossing voor de cliëntsituatie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De CZT vraagt tijdig een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan bij het zorgkantoor voor de extra zorg,</li> </ul>	<p>In de situatie van de cliënt waar opname noodzakelijk is, en opname tijdelijk uitgesteld kan of moet worden omdat er duidelijkheid is binnen welke termijn er een plaats beschikbaar gaat komen. Tot het moment van opname kan er overbruggingszorg ingezet worden. Er wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt, maar naarmate de noodzaak tot opname toeneemt ,</p>

		<p>ondersteuning of toezicht. Is de CZT niet in staat om de extra zorg (volledig) zelf te leveren dan schakelt hij hiervoor een andere aanbieder in. Zo nodig wordt het zorgkantoor ingeschakeld om te helpen bij het zoeken naar een passende oplossing;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is langdurig thuis wonen geen optie meer? Dan stemt de CZT hierover tijdig af met de DH. De DH gaat actief op zoek naar een plaats voor de cliënt. Het liefst binnen de eigen organisatie (aansluitend bij de voorkeur van de cliënt), maar eventueel ook buiten de organisatie als een oplossing op korte termijn niet gerealiseerd kan worden. Dit gebeurt in overleg met de cliënt. Zo nodig wordt het zorgkantoor ingeschakeld om te helpen bij het zoeken naar een passende oplossing;</li> <li>• De DH of CZT levert zo spoedig mogelijk een gewijzigde status Actief plaatsen en/of classificatie Dreigende crisis thuis aan om de cliëntsituatie bij het zorgkantoor in beeld te brengen. (Levert de CZT zelf al zorg dan is dit niet mogelijk, de status blijft dan In zorg);</li> <li>• De DH en CZT monitoren dat de situatie van de cliënt niet verslechterd en beoordelen continue welke zorg ingezet moet worden om de periode tot de opname voor de cliënt verantwoord te overbruggen.</li> </ul>	<p>de tijd verstrijkt en er niet binnen gestelde termijn een plaats beschikbaar komt betekent dit dat de cliënt niet direct bij de voorkeuraanbieder terecht kan.</p> <p>De cliënt kan niet onbeperkt een aanbod weigeren als het aanbod conform de wens is. Bij een ze weigering kan in overleg met de cliënt de status aangepast wordt (behalve bij een zwaarwegende reden).</p>
<p>2. Niet passende zorg (zorg-aanbieder)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 10 werkdagen wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder om plaatsing binnen de norm door te spreken en samen naar een passende oplossing te kijken.</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zodra bij de huidige DH/CZT duidelijk wordt dat aan een cliënt geen passende zorg meer geboden kan worden (ook niet met bijvoorbeeld inzet van een expertise team of scholing) gaat de DH/CZT zelf actief op zoek naar een (tijdelijk) beter passende zorgaanbieder en schakelt daarvoor zo nodig het zorgkantoor in;</li> <li>• Woont een cliënt nog thuis en staat hij op een wachtlijst bij een DH? Is er geen sprake van een dreigende crisis thuis maar is een oplossing binnen 6-13 weken wel gewenst? Dan wijzigt de DH de status naar Actief Plaatsen met classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder). Dat geldt</li> </ul>	<p>In deze situatie is de cliënt al opgenomen bij een aanbieder maar is het aanbod niet passend. De cliënt moet doorgeplaatst worden naar een andere zorgaanbieder die passende zorg kan bieden. Er wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt maar naarmate de tijd verstrijkt betekent dit de cliënt hier niet direct terecht kan.</p>

		<p>eventueel ook als een andere thuiszorgaanbieder de zorg nog niet direct kan inzetten;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is er een tijdelijke oplossing nodig en kan de cliënt daarna weer terugkeren naar de huidige intramurale zorgaanbieder? Dan wijzigt de DH niet en blijft de huidige aanbieder verantwoordelijk voor een cliënt;</li> <li>• Is er structureel een andere (intramurale) oplossing nodig dan gaat de rol van DH/CZT over naar de nieuwe voorkeuraanbieder als die de zorg aan de cliënt ook feitelijk gaat leveren. Tot die tijd blijft de huidige DH/CZT verantwoordelijk voor een cliënt;</li> <li>• De nieuwe voorkeuraanbieder en de leverende zorgaanbieder (DH/CZT) stemmen onderling af over de prognose voor overname van de zorg. Als de nieuwe zorgaanbieder niet direct kan starten met de zorg stuurt hij zo snel mogelijk de status Actief Plaatsen met classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder) naar het zorgkantoor;</li> <li>• De huidige, leverende zorgaanbieder zoekt contact met het zorgkantoor als de cliëntsituatie dreigt te escaleren en de verwachting is dat er binnen de streefnorm geen (tijdelijke) oplossing is ingeregeld.</li> </ul>	<p>De cliënt kan niet onbeperkt een aanbod weigeren als het aanbod conform de wens is. Bij een ze weigering kan in overleg met de cliënt de status aangepast wordt (behalve bij een zwaarwegende reden).</p>
3. Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar	<p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 10 werkdagen na ontvangst van het indicatiebesluit(bericht) wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder en/of de cliënt om de thuissituatie door te spreken. En wat de reden is dat er nog geen overbruggingszorg is aangevraagd. Daarnaast worden samen de mogelijkheden besproken voor tijdelijke plaatsing bij een andere zorgaanbieder binnen de streefnorm.</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zodra duidelijk wordt dat een cliënt niet meer (volledig) thuis kan wonen vraagt de CZT een passende zorgtoewijzing aan als die nog niet aanwezig is (bijvoorbeeld voor verblijfszorg of DTV);</li> <li>• Is wijziging van leveringsvorm binnen 6 maanden nodig? Dan levert de DH de status Actief Plaatsen aan. Geeft de cliënt direct aan dat het geen probleem is als een andere aanbieder die zorg tijdelijk gaat leveren? Dan vult de DH de classificatie Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar;</li> <li>• Dat geldt ook voor de situatie dat de cliënt wacht op zijn voorkeuraanbieder maar die niet binnen de streefnorm de gewenste zorg kan leveren. De voorkeuraanbieder zoekt dan tijdig een (tijdelijke) passende plaats binnen de eigen organisatie of elders in de (sub)regio. Hij kan hierover</li> </ul>	<p>In de situatie van de cliënt is opname noodzakelijk, maar opname kan tijdelijk uitgesteld worden door de inzet van overbruggingszorg. Er wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt. De cliënt heeft aangegeven dat een (tijdelijke) plek bij een andere aanbieder bespreekbaar is.</p> <p>De cliënt kan niet onbeperkt een aanbod weigeren als het aanbod conform de wens is. Bij een ze</p>



	<p>Met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 3 maanden na ontvangst van de status wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder om de haalbaarheid van plaatsing binnen de norm door te spreken en samen eventueel naar een tijdelijke oplossing bij een andere aanbieder te kijken.</li> <li>• tussen de 2 - 3 maanden controleert het zorgkantoor bij de cliënt of de beschreven cliëntsituatie juist is en of het plaatsingsproces nog naar wens loopt.</li> <li>• Het zorgkantoor kan om extra informatie vragen als er overbruggingszorg en/of toezicht geleverd wordt.</li> </ul>	<p>overleggen/ afstemming in de regionaal georganiseerde overlegtafels en/of met het zorgkantoor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder schakelt actief met het zorgkantoor bij knelpunten en/of bij een ondersteuningsvraag. Dit gebeurt zo snel mogelijk als een knelpunt bekend is, maar binnen 3 - 4 maanden na het ontstaan van de gewijzigde zorgbehoefte;</li> <li>• Zodra een cliënt via een tijdelijke zorgaanbieder zijn zorg krijgt, wijzigt de DH de classificatie weer naar Voorkeuraanbieder leidend bij (een ongewijzigde) wachtstatus Actief plaatsen.</li> </ul>	<p>weigering kan in overleg met de cliënt de status aangepast wordt (behalve bij een zwaarwegende reden).</p>
4. Voorkeur-aanbieder/ cliëntwens leidend	<p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 10 werkdagen na ontvangst van het indicatiebesluit(bericht) wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder en/of cliënt om de thuissituatie door te spreken. En wat de reden is dat er nog geen overbruggingszorg is aangevraagd. Daarnaast worden samen de mogelijkheden te besproken voor plaatsing binnen de streefnorm.</li> <li>• Verdere monitoring en opvolging is afhankelijk van de cliëntsituatie. Met zorg</li> <li>• Binnen 3 maanden na ontvangst van de status wordt (nogmaals) contact gezocht met de voorkeuraanbieder om de haalbaarheid van plaatsing binnen de norm door te spreken en samen eventueel naar een (tijdelijke) oplossing te kijken.</li> <li>• Tussen de 2 - 3 maanden controleert het zorgkantoor bij de cliënt of de beschreven cliëntsituatie juist is en of het plaatsingsproces nog naar wens loopt.</li> <li>• Het zorgkantoor kan om extra informatie vragen als er Extra overbruggingszorg geleverd wordt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zodra duidelijk wordt dat een cliënt niet meer (volledig) thuis kan wonen vraagt de CZT een passende zorgtoewijzing aan als die nog niet aanwezig is (bijvoorbeeld voor verblijfszorg of DTV);</li> <li>• Is wijziging van leveringsvorm binnen 6 maanden nodig? Dan levert de DH de status Actief Plaatsen aan. Geeft de cliënt aan dat hij voorlopig alleen bij zijn voorkeuraanbieder op de wachtlijst wil? Dan vult de DH de classificatie Voorkeuraanbieder leidend;</li> <li>• De DH overlegt periodiek met de cliënt over de plaatsingsmogelijkheden bij zijn voorkeurslocatie en schetst hierover een eerlijk perspectief. Hij bespreekt ook direct met de cliënt dat als plaatsing niet mogelijk is binnen 6 maanden, dat er voor de cliënt dan een tijdelijke andere aanbieder wordt geregeld. De cliënt kan hier dan tijdig in meedenken en zelf eventueel een tijdelijke zorgaanbieder zoeken;</li> <li>• Blijkt op korte termijn (toch) geen perspectief voor plaatsing bij zijn voorkeurslocatie, dan zoekt de voorkeuraanbieder (nogmaals) contact met de cliënt. Dat gebeurt uiterlijk 3 maanden voor het verstrijken van de streefnorm.</li> <li>• In overleg met de cliënt zoekt de voorkeuraanbieder een tijdelijk, passende plaats binnen de eigen organisatie of</li> </ul>	<p>In de situatie van de cliënt is opname noodzakelijk, maar opname kan tijdelijk uitgesteld worden door de inzet van overbruggingszorg. Er wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt, maar naarmate de noodzaak tot opname toeneemt en de tijd verstrijkt betekent dit dat de cliënt niet direct bij de voorkeuraanbieder terecht kan.</p> <p>De cliënt kan niet onbeperkt een aanbod weigeren als het aanbod conform de wens is. Bij een ze weigering kan in overleg met de cliënt de status aangepast wordt (behalve bij een zwaarwegende reden).</p>

elders in de (sub)regio (afstemming in de regiotafels) en stemt over de mogelijkheden actief af met de cliënt. De DH wijzigt de classificatie naar Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar;

- De voorkeuraanbieder schakelt actief met het zorgkantoor bij knelpunten en/of bij een ondersteuningsvraag. Dit gebeurt zo snel mogelijk als een knelpunt bekend is, maar binnen 3 - 4 maanden na het ontstaan van de gewijzigde zorgbehoefte.

- Zodra een cliënt via een tijdelijke zorgaanbieder zijn zorg krijgt, wijzigt de DH de classificatie weer naar Voorkeuraanbieder leidend bij (een ongewijzigde) wachtstatus Actief plaatsen.

Had een cliënt de status Urgent plaatsen en is die niet direct bij zijn voorkeuraanbieder geplaatst dan geldt dezelfde werkwijze maar dan wijzigt de status van Urgent plaatsen naar Actief plaatsen met classificatie Voorkeuraanbieder leidend

Tabel 4 Rollen wachtstatus Actief plaatsen

## 2.5.7 Wachtstatus Wacht op voorkeur: beschrijving en rollen

### 2.5.7.1 Beschrijving wachtstatus Wacht op voorkeur

Classificaties Wacht op voorkeur	Beschrijving Wacht op voorkeur	Toegangskaders/ Criteria Wacht op voorkeur	Streefnorm opname Wacht op voorkeur	Budgetmogelijkheden Wacht op voorkeur
Géén prioriteit in volgorde classificaties	Er is sprake van een opnamewens of een wens voor VPT, DTV of logeren binnen de normtijd. De voorkeur/wens van de cliënt is bepalend.	De zorg thuis kan verantwoord worden geregeld. Inzet van zorg past binnen de (extra) budgetmogelijkheden. Toezicht is niet nodig en geen onderdeel van de zorginzet. De cliënt is bereid een aanbod binnen 12 maanden te accepteren als zijn voorkeuraanbieder hiervoor een passend voorstel doet. Ofwel de cliënt is bereid binnen 12 maanden te verhuizen. Is een cliënt niet bereid om binnen 12 maanden te verhuizen, dan is de status Wacht uit voorzorg van toepassing.	Streefnorm voor opname is 0 - 12 maanden ongeacht de classificatie.	Er kan geen tijdelijke ophoging voor zorg thuis worden aangevraagd, aanvullend op de bestaande toeslagen voor zorg thuis.
Specifieke locatie/ gespecialiseerde zorg	Cliënt wil wachten op een locatie bij zijn voorkeuraanbieder die de gespecialiseerde verblijfszorg of DTV kan leveren. De cliënt heeft een zorgbehoefte voor deze gespecialiseerde zorg. Het wachten op deze locatie veroorzaakt geen onverantwoorde thuissituatie omdat de noodzakelijke zorg en begeleiding passend kan worden ingeregeld.	Voor de acceptatie van een aanbod wordt voldaan aan de voorwaarden voor de gespecialiseerde zorg.	0-12 maanden	n.v.t.
Doorstroom naar geclusterd wonen VPT	Cliënt wil zijn zorg via VPT binnen een geclusterde woonvorm ontvangen, maar de woonvorm is niet beschikbaar. Formeel maakt het huren van een woning (zelfstandig wonen) geen onderdeel uit van de Wlz. Het niet beschikbaar zijn van een woning verklaart in deze situatie de wachtlijstproblematiek. Niet het wachten op VPT bij zijn voorkeuraanbieder.	Wil een cliënt graag VPT ontvangen van zijn voorkeuraanbieder maar is er een wachtlijst voor het VPT (en ligt er géén relatie met de beschikbaarheid van een woonvorm)? Dan wordt bij de leveringsvorm VPT, de wachtstatus Wacht op voorkeur aangeleverd met de classificatie die dan het best passend is. Bijvoorbeeld: Geen aanvullende wensen.	0-12 maanden	n.v.t.

Logeren	Cliënt wil wachten op de mogelijkheid voor logeren bij zijn voorkeuraanbieder. Logeren is onderdeel van het MPT, maar is daarbinnen niet onderscheidend weer te geven. Via deze classificatie kan de behoefte aan logeren zichtbaar worden gemaakt. Let op: krijgt een cliënt zijn zorg thuis/ MPT van dezelfde zorgaanbieder (zelfde agb-code) als waar hij wil gaan logeren? Dan kan iemand bij deze zorgaanbieder/ agb-code nu niet gelijktijdig In Zorg zijn én op de wachtlijst staan voor logeren.	n.v.t.	0-12 maanden	n.v.t.
Specifieke geografische redenen	Cliënt wil wachten op zorgaanbod in een specifieke geografische regio. Bijvoorbeeld omdat zijn familie daar woont of omdat hij terug wil naar de regio waar hij oorspronkelijk vandaan komt. Cliënt heeft een voorkeuraanbieder aangegeven maar heeft geen specifieke voorkeur voor een zorgaanbieder en staat open voor een alternatief (dit is bespreekbaar).	n.v.t.	0-12 maanden	n.v.t.
Specifieke locatie/ woonwens	Cliënt wil wachten op een verblijfslocatie bij zijn voorkeuraanbieder die voldoet aan zijn/haar woonwensen. Bijvoorbeeld de mogelijkheid om een huisdier mee te nemen of ligging in een bepaalde wijk van een stad.	n.v.t.	0-12 maanden	n.v.t.
Partneropname	Cliënt wil wachten totdat hij/zij samen met of bij zijn/haar partner kan worden opgenomen bij hun voorkeuraanbieder.	n.v.t.	0-12 maanden	n.v.t.
Geen aanvullende wens(en)	Cliënt wil wachten tot er plaats is bij zijn voorkeuraanbieder en heeft daarbij verder geen aanvullende (woon)wensen.	n.v.t.	0-12 maanden	n.v.t.

Tabel 5 Beschrijving wachtstatus Wacht op voorkeur

### 2.5.7.2 Rollen wachtstatus Wacht op voorkeur

Classificaties Wacht op voorkeur	Rol Zorgkantoor Wacht op voorkeur	Rol Zorgaanbieder Wacht op voorkeur	Verwachtingen cliënt Wacht op voorkeur
<p>Géén prioriteit in volgorde classificaties</p>	<p>Het zorgkantoor heeft een actieve houding en biedt (on)gevraagd ondersteuning aan na het binnenkomen van een mutatiebericht (altijd een actuele zorgtoewijzing aanwezig). Daarnaast bewaakt het zorgkantoor dat voor de cliëntsituaties een adequate oplossing is gevonden binnen de streefnorm. Het zorgkantoor neemt geen werkzaamheden van de zorgaanbieder over als dat geen toegevoegde waarde heeft. De rol van het zorgkantoor is voor alle classificaties bij deze status verder gelijk (en wordt daarom niet per classificatie apart beschreven).</p> <p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 4 weken na ontvangst van het indicatiebesluit(bericht) wordt contact gezocht met de cliënt en/of de voorkeuraanbieder over de reden van het uitblijven van een aanvraag voor overbruggingszorg.</li> <li>• Afhankelijk van de reden wordt een nieuw contactmoment afgesproken.</li> </ul> <p>Met Zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rond de 9 maanden wordt contact gezocht met de cliënt en/of de voorkeuraanbieder om de stand van zaken door te spreken als de cliënt de toegewezen zorg nog niet volledig ontvangt.</li> <li>• Afhankelijk van de cliëntsituatie wordt een nieuw contactmoment afgesproken.</li> </ul>	<p>De voorkeuraanbieder zorgt binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing voor een mutatiebericht met de status Wacht op voorkeur als de gevraagde zorg niet direct geleverd kan worden en de zorgvraag van de cliënt niet dringend is.</p> <p>Na ontvangst van de 1e zorgtoewijzing heeft een DH/CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen omdat eerst met de cliënt besproken moet worden wat zijn situaties is en zijn zorgbehoefte/wens. Met de cliënt wordt besproken wat zijn wensen zijn. De classificatie bij de wachtstatus wordt daarop ingevuld.</p> <p>Kan een zorgaanbieder de cliënt niet bereiken? Dan wordt een mutatie-bericht gestuurd met de wachtstatus Wacht op voorkeur en classificatie Geen aanvullende wensen. Zolang er geen contact is geweest blijft de cliënt zo in beeld op de wachtlijst van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder registreert in het cliëntdossier waarom het niet gelukt is om binnen de gestelde termijn met de cliënt af te stemmen.</p> <p>Bij deze status pakt de voorkeuraanbieder de hoofdrol en vraagt waar nodig actief ondersteuning door het zorgkantoor. Er wordt dan eventueel een duidelijke rolverdeling afgesproken. De voorkeuraanbieder monitort doorlopend of de cliëntsituatie thuis nog verantwoord is. En past zo nodig de wachtstatus bij de cliënt aan.</p>	<p>Voor alle classificaties bij de status Wacht uit voorzorg geldt dat de cliënt zijn wens(en) kan aangeven en dat zijn wens leidend is.</p> <p>De cliënt woont thuis, de situatie is verantwoord en de ingezette zorg is doelmatig. De cliënt wil graag binnen 12 maanden opgenomen worden bij de voorkeursaanbieder. Als er na 9 maanden geen zicht is op opname binnen 12 maanden worden de alternatieven besproken met de cliënt.</p> <p>Voor de classificatie Partneropname geldt aanvullend dat het kan betekenen dat de cliënt en partner niet gelijktijdig kunnen worden opgenomen/ niet direct bij elkaar kunnen wonen. Dit is afhankelijk van de situatie en de zorgzwaarte in de thuissituatie.</p> <p>De cliënt kan niet onbeperkt een aanbod weigeren als het aanbod conform zijn wens is. Bij een 2e weigering wordt in overleg met de cliënt de status aangepast (behalve bij een zwaarwegende reden).</p>

De DH/CZT bespreekt met een cliënt vooraf dat deze status betekent dat, bij een passend aanbod, opname binnen 1 jaar zal plaatsvinden. Tenzij er zwaarwegende redenen zijn om het aanbod niet te accepteren. (Bij kinderen is beperkte uitloop mogelijk bijvoorbeeld vanwege een gewenningsperiode voor kinderen). Als een cliënt niet akkoord gaat met een passend aanbod, kan zijn wachtstatus worden omgezet naar Wacht uit voorzorg (of eventueel Einde zorg als een cliënt dit wil). Daarmee vervalt de opgebouwde wachttijd;

#### Zonder zorg

- De voorkeuraanbieder vraagt overbruggingszorg aan of stelt vast dat de client dit niet wenst en dat de situatie thuis, zonder zorginzet, verantwoord is. En controleert hierbij of er feitelijk geen Wlz-zorg wordt ingezet vanuit de andere domeinen.
- De voorkeuraanbieder neemt periodiek (maandelijks) contact op met de cliënt om de thuissituatie zonder zorg te volgen. Zo nodig wordt er overbruggingszorg thuis aangevraagd en/of de status met bijbehorende classificatie aangepast.
- De voorkeuraanbieder bespreekt rond de 9 maanden met de cliënt welke alternatieven er (nodig) zijn als er geen zicht is op tijdige plaatsing.

#### Met zorg

- De voorkeuraanbieder heeft een signaleringsfunctie vanuit de overbruggingszorg (zelf of via CZT) over de juiste status en classificatie.
- De voorkeuraanbieder bespreekt rond de 9 maanden met de cliënt welke alternatieven als er geen zicht is op tijdige plaatsing.

Tabel 6 Rollen wachtstatus Wacht op voorkeur

## 2.5.8 Wachtstatus Wacht uit voorzorg: beschrijving en rollen

### 2.5.8.1 Beschrijving wachtstatus Wacht uit voorzorg

Classificaties Wacht uit voorzorg	Beschrijving Wacht uit voorzorg	Toegangskaders/ Criteria Wacht uit voorzorg	Streefnorm opname Wacht uit voorzorg	Budgetmogelijkheden
Géén prioriteit in volgorde classificaties	De cliënt heeft geen directe opnamewens, maar wil graag in beeld zijn en blijven bij zijn voorkeuraanbieder (vangnetfunctie). De voorkeur/wens van de cliënt is bepalend.	Cliënt wil voorlopig nog geen (verblijfs)zorg of alleen zorg thuis. De situatie thuis is verantwoord. De noodzakelijke zorg en begeleiding kan passend worden ingeregeld en past binnen de budgetmogelijkheden. Cliënt wil voor de zekerheid op een wachtlijst staan voor een eventueel toekomstige zorgvraag voor verblijfszorg, geclusterd wonen VPT of DTV.	n.v.t.	Bestaande toeslagen voor zorg thuis. Er kan geen tijdelijke ophoging voor zorg thuis worden aangevraagd, aanvullend op de toeslagen voor zorg thuis.
Specifieke locatie/ gespecialiseerde zorg	Cliënt staat uit voorzorg op de wachtlijst bij zijn voorkeuraanbieder voor een locatie die gespecialiseerde verblijfszorg, VPT of DTV kan leveren. De cliënt heeft een zorgbehoefte voor deze gespecialiseerde zorg.	Een eventueel toekomstig zorgaanbod moet voldoen aan de voorwaarden voor de noodzakelijke, gespecialiseerde zorg.	n.v.t.	n.v.t.
Doorstroom naar geclusterd wonen VPT	Cliënt wil zijn zorg in de toekomst mogelijk via een VPT binnen een geclusterde woonvorm ontvangen (zelfstandig wonen). En heeft daarbij een wens voor een bepaalde geclusterde woonvorm waarbij het VPT geleverd wordt door zijn voorkeuraanbieder.	Wil een cliënt graag in de toekomst VPT ontvangen van zijn voorkeuraanbieder (en ligt er géén relatie met de beschikbaarheid van een woonvorm)? Dan wordt bij de leveringsvorm VPT, de wachtstatus Wacht uit voorzorg aangeleverd met de classificatie die dan het best passend is. Bijvoorbeeld: Geen aanvullende wensen.	n.v.t.	n.v.t.
Logeren	Cliënt wil in de toekomst mogelijk gebruik maken van logeren. Het logeren is onderdeel van het MPT maar is daarbinnen niet onderscheidend weer te geven. Via deze classificatie kan de toekomstige wens voor logeren zichtbaar worden gemaakt bij zijn voorkeuraanbieder. Let op: krijgt een cliënt zijn		n.v.t.	n.v.t.

	zorg thuis/MPT van dezelfde zorgaanbieder (zelfde agb-code) als waar hij in de toekomst wil gaan logeren? Dan kan iemand bij deze zorgaanbieder/ agb-code nu niet gelijktijdig In Zorg zijn én uit voorzorg op de wachtlijst staan voor logeren.			
Specifieke geografische redenen	Clïënt wil in de toekomst mogelijk zijn zorgbehoefte verzilveren in een specifieke geografische regio omdat zijn familie daar bijvoorbeeld woont of omdat hij terug wil naar de regio waar hij oorspronkelijk vandaan komt. Clïënt heeft daarbij geen specifieke voorkeur voor een zorgaanbieder en staat open voor een alternatief (dit is bespreekbaar).	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Specifieke locatie / woonwens	Clïënt wil in de toekomst mogelijk verblijfszorg ontvangen bij zijn voorkeuraanbieder, op een locatie die voldoet aan zijn specifieke woonwensen. Bijvoorbeeld ligging in een buitengebied of bepaald dorp.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Partneropname	Clïënt wil in de toekomst mogelijk samen met zijn/haar partner of bij zijn/haar partner opgenomen worden bij hun voorkeuraanbieder.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Geen aanvullende wens(en)	Clïënt wil in de toekomst mogelijk zorg van zijn voorkeuraanbieder en heeft daarbij verder geen aanvullende (woon)wensen.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Tabel 7 Beschrijving wachtstatus Wacht uit voorzorg



### 2.5.8.2 Rollen wachtstatus Wacht uit voorzorg

Classificaties Wacht uit voorzorg	Rol Zorgkantoor Wacht uit voorzorg	Rol Zorgaanbieder Wacht uit voorzorg	Verwachtingen cliënt Wacht uit voorzorg
<p>Géén prioriteit in volgorde classificaties</p>	<p>Het zorgkantoor neemt bij inzet van zorg geen actieve houding aan, maar is wel alert op eventuele veranderingen die gemeld worden door de cliënt, zijn vertegenwoordiger of betrokken zorgaanbieder(s). De rol van het zorgkantoor is voor alle classificaties bij deze status verder gelijk (en wordt daarom niet per classificatie apart beschreven).</p> <p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 4 weken na ontvangst van het indicatiebesluit(bericht) wordt contact gezocht met de cliënt en/of zijn voorkeuraanbieder over de reden van het uitblijven van zorg inzet.</li> <li>• Afhankelijk van de reden wordt een nieuw contactmoment afgesproken.</li> </ul> <p>Met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het zorgkantoor informeert de cliënt jaarlijks via e-mail/brief of neemt contact op om bij de cliënt te informeren of de situatie ongewijzigd is;</li> <li>• Het zorgkantoor bespreekt jaarlijks de cliënten op de lijst Wacht uit voorzorg met de zorgaanbieder.</li> </ul>	<p>De voorkeuraanbieder zorgt binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing voor een mutatiebericht met de status Wacht uit voorzorg als de gevraagde zorg voorlopig niet geleverd hoeft te worden maar iemand wel in beeld wil blijven bij de voorkeuraanbieder. Na ontvangst van de 1e zorgtoewijzing heeft een DH/CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen omdat eerst met de cliënt besproken moet worden wat zijn situaties is en zijn zorgbehoefte/wens. Met de cliënt wordt ook besproken wat zijn eventuele toekomstige wensen zijn. De classificatie bij de wachtstatus wordt daarop ingevuld. De voorkeuraanbieder monitort periodiek of de cliëntsituatie thuis nog verantwoord is. De frequentie hiervan wordt afgestemd met de cliënt en is afhankelijk van de cliëntsituatie. Uitgangspunt is dat dit contact minimaal jaarlijks plaats vindt. De voorkeuraanbieder pakt de hoofdrol en vraagt waar nodig actief ondersteuning door het zorgkantoor. Er wordt dan een duidelijk rolverdeling afgesproken.</p> <p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder zorgt voor reguliere zorg of stelt vast dat de client dit niet wenst en dat de situatie thuis verantwoord is zonder zorginzet. En controleert hierbij of er feitelijk geen Wlz-zorg wordt ingezet vanuit de andere domeinen.</li> <li>• De voorkeuraanbieder neemt periodiek contact op met de cliënt om de thuissituatie zonder zorg te volgen. Hij maakt hierover concrete afspraken met de</li> </ul>	<p>Voor alle classificaties bij de status Wacht uit voorzorg geldt dat de wens van de cliënt leidend is.</p> <p>De cliënt woont thuis en wil voorlopig nog geen verblijfszorg. De zorg thuis is verantwoord en doelmatig en de cliënt wil graag uit voorzorg op een wachtlijst staan. De cliënt bouwt geen wachttijd op. De cliënt mag verwachten dat de voorkeuraanbieder regelmatig contact heeft met de cliënt over de situatie. De cliënt kan bij een opnamewens ook zelf contact opnemen met de voorkeuraanbieder.</p>

cliënt. De cliënt kan daarbij ook zelf het initiatief nemen.

- Bij wijzingen in de zorgvraag wordt zo nodig (overbruggings)zorg thuis aangevraagd en/of de status met bijbehorende classificatie aangepast.

Met zorg

- De voorkeuraanbieder heeft een signaleringsfunctie vanuit de reguliere zorg (zelf of via de CZT) over de juiste status en classificatie. Iemand kan namelijk gelijktijdig zorg thuis ontvangen vanuit de Wlz én Uit voorzorg op een wachtlijst staan voor bijvoorbeeld leveringsvorm Verblijf of DTV.

Tabel 8 Rollen wachtstatus Wacht uit voorzorg

### 2.5.9 Aanvullend wachtlijstbeheer zorgkantoor

Aanvullend op de beschreven rol bij de diverse statussen, voert het zorgkantoor nog de volgende stappen uit in het wachtlijstbeheer:

- Kan, na indicatiestelling niet meteen een zorgtoewijzing worden aangemaakt omdat bijvoorbeeld de voorkeuraanbieder nog niet bekend is, dan krijgt een cliënt op de (landelijke) wachtlijst automatische de wachtstatus Actief plaatsen. Dat gebeurt omdat er nog geen status bekend is;
- Bij een cliënt waarvoor het zorgkantoor nog geen zorgtoewijzing kan aanmaken omdat zijn keuze(s) niet bekend zijn, registreert het zorgkantoor tijdelijk dat hij afziet van zorg. Deze registratie wordt vertaald naar de wachtstatus Wacht uit voorzorg;
- Blijkt uit het contact dat het zorgkantoor met de cliënt heeft, dat hij voorlopig afziet van Wlz-zorg én wordt er geen beroep gedaan op zorg uit een ander domein die feitelijk onder de Wlz valt? Dan krijgt deze cliënt in het landelijke wachtlijstbericht (AW317) ook de status Wacht uit voorzorg. Ontbreekt in deze situatie nog een zorgtoewijzing, dan vult het zorgkantoor daarvoor handmatig informatie in het eigen systeem ('Ziet af van zorg'). In alle andere gevallen wordt een status via het berichtenverkeer gemeld door de betrokken zorgaanbieder(s);
- Het zorgkantoor maakt met wachtende cliënten afspraken over zorgbemiddeling en de wijze en frequentie voor vervolcontact. Hierbij wordt rekening gehouden met de wens van zelfregie door de cliënt (de cliënt neemt zelf contact op met het zorgkantoor als dit nodig is) en de wijze waarop de CZT of DH hun rol invullen (ervaring cliënt);
- Heeft een cliënt Wlz-zorg gehad maar zijn er op een bepaald moment geen actuele zorgtoewijzingen meer omdat de zorg is afgesloten? En is er nog sprake van een geldig indicatiebesluit, dan neemt het zorgkantoor contact op met de cliënt om na te gaan of er echt geen Wlz-zorg meer nodig is. Als er geen Wlz-zorg nodig is vult het zorgkantoor dit handmatig in het systeem (Ziet af van zorg). Hierdoor komt een cliënt niet opnieuw op de landelijke wachtlijst met de status Actief plaatsen, maar met de status Wacht uit voorzorg (zie paragraaf 2.5.3 voor de procesafspraken);
- Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor tijdige en juiste aanlevering van informatie aan het Zorginstituut voor publicatie van de landelijke wachtlijstinformatie (AW317-bericht). Dit gebeurt iedere maand.

### **2.5.10 Leveringsstatussen In zorg en Einde zorg**

Naast de statussen Urgent plaatsen, Actief plaatsen, Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg zijn er nog 2 andere statussen. Dit zijn de statussen In zorg en Einde zorg. Bij deze statussen wordt er niet gewacht op zorg. Deze statussen geven de situatie rondom de zorglevering weer (leveringsstatus).

#### **2.5.10.1 Leveringsstatus In Zorg**

De leveringsstatus In zorg levert een zorgaanbieder altijd aan via een Melding aanvang zorg (MAZ/ AW35-bericht). Dat wordt zo snel mogelijk gedaan na start van de zorglevering bij een cliënt op de daarvoor toegewezen leveringsvorm. Specifiek voor verblijfszorg geldt dat de juiste sleuteldatum van belang is (dat is de datum wanneer iemand de sleutel voor zijn verblijfsplaats heeft ontvangen). De sleuteldatum ligt vaak voor de start van de verblijfszorg.

#### **2.5.10.2 Leveringsstatus Einde zorg**

De leveringsstatus Eind zorg is van toepassing als:

- Bepaalde zorg niet meer nodig is, beëindigd wordt en/of overgedragen wordt aan een andere zorgaanbieder. Daarvoor zijn verschillende mutatiecodes beschikbaar (MUT-code: 12, 17, 19, 20 of 21. Dit wordt verder uitgewerkt in paragraaf 3.3.3);
- De aan te leveren mutatie-code is afhankelijk van de situatie. De eerder ontvangen zorgtoewijzing wordt dan ingetrokken via een nieuwe AW33 (met reden van intrekking);
- Blijft er na de intrekking een zorgtoewijzing van 1 dag, dan kan de zorgaanbieder die zorgtoewijzing negeren als op deze dag geen zorg is geleverd. Zorgtoewijzingen van 1 dag worden uitgesloten van de (landelijke) wachtlijstinformatie;
- Is op deze dag wel zorg geleverd dan levert de zorgaanbieder opnieuw een MAZ aan, anders kan de zorg op deze dag niet gedeclareerd worden. Een melding einde zorg (MEZ/ AW39-bericht) aanleveren is niet nodig, omdat de zorgtoewijzing ook eindigt op die dag;
- Een zorgaanbieder levert géén MEZ aan voor alle situaties waar de zorg eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing. Het zorgkantoor maakt in deze situaties zelf een 'MEZ' aan in het eigen systeem. En bepaalt of deze informatie naar het CAK moet worden gestuurd voor bijvoorbeeld het beëindigen van de eigen bijdrage oplegging. Dat gebeurt alleen als alle Wlz-zorg bij een cliënt is gestopt. De zorgaanbieder kan in deze situaties natuurlijk wel (handmatig) een MEZ in het eigen systeem zetten om de zorg af te sluiten als dit voor de interne processen en/of verantwoording nodig is;
- Voorbeeld. Iemand heeft bij het CIZ een voorkeur voor verblijfszorg aangegeven maar wil toch liever zorg thuis van een andere zorgaanbieder. Daarnaast wil hij voor de verblijfszorg niet op een wachtlijst staan. Ook niet alvast uit voorzorg. Is er voor de cliënt al een actuele zorgtoewijzing voor verblijfszorg aanwezig? Dan levert deze zorgaanbieder een MUT12 (Cliënt wil de zorg (nog) niet) aan op zijn zorgtoewijzing voor verblijfszorg én vraagt een zorgtoewijzing aan voor MPT voor de andere aanbieder. De zorgtoewijzing voor verblijfszorg wordt ingetrokken waarbij altijd 1 dag resteert (een zorgtoewijzing wordt nooit volledig verwijderd);
- Stopt de zorg eerder dan de einddatum van de zorgtoewijzing? Dan levert de zorgaanbieder altijd een MEZ aan om een Einde zorg kenbaar te maken bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor bepaalt of deze MEZ ook naar het CAK moet worden gestuurd om het opleggen van de eigen bijdrage te beëindigen;

- Stopt de zorg eerder dan de einddatum van de zorgtoewijzing omdat een cliënt is overleden? Dan levert een zorgaanbieder géén MEZ aan bij het zorgkantoor. Zorgkantoren en het CAK ontvangen overlijdensdata namelijk rechtstreeks vanuit het Basisregistratie Personen (BRP). Het CAK gebruikt deze BRP-meldingen voor een juiste beëindiging van de eigen bijdrage. Dat is bij een overlijden anders dan bij een reguliere beëindiging van de zorg. Eindigt de zorg (thuis) voor een terminale cliënt eerder omdat hij bijvoorbeeld in het ziekenhuis is opgenomen, dan kan er gewoon een MEZ worden aangeleverd.

### 2.5.10.3 Rollen leveringsstatus In zorg en Einde Zorg

Classificatie	Rol Zorgkantoor	Rol Zorgaanbieder
<b>In zorg</b>		
n.v.t	Monitoren tijdige en juiste aanlevering MAZ-bericht.	Tijdige en juiste aanlevering van MAZ-bericht. Binnen 5 werkdagen na: <ul style="list-style-type: none"> <li>• start van de zorg of</li> <li>• overdracht van de sleutel (bij opname) of</li> <li>• ontvangst van de zorgtoewijzing als de zorg al is gestart vóór ontvangst van de zorgtoewijzing. De zorgtoewijzing gaat dan met terugwerkende kracht in.</li> </ul>

Tabel ga Rollen leveringsstatus In zorg

Classificatie	Rol Zorgkantoor	Rol Zorgaanbieder
<b>Einde zorg</b>		
n.v.t.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoren tijdige en juiste aanlevering MUT/MEZ-bericht.</li> <li>• Afstemmen met de cliënt en/of voorkeuraanbieder als er geen enkele vorm van zorg gewenst is of de geleverde zorg volledig wordt gestopt.</li> <li>• Afhankelijk van de reden wordt een nieuw contactmoment met de cliënt afgesproken.</li> <li>• Heeft een cliënt een nog geldig indicatiebesluit, dan registreert het zorgkantoor zo nodig dat de cliënt voorlopig afziet van zorg. Anders wordt deze cliënt meegeteld in de landelijke wachtlijst-informatie.</li> </ul>	Tijdige en juiste aanlevering van MUT/MEZ-bericht binnen 5 werkdagen na: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ontvangst van de zorgtoewijzing voor melding van de status Einde zorg als de cliënt geen gebruik wil maken van de toegewezen leveringsvorm en hiervoor ook niet op een wachtlijst wil staan of in beeld wil blijven bij de zorgaanbieder. Na ontvangst van de 1e zorgtoewijzing heeft een DH/CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen omdat eerst met de cliënt besproken moet worden wat zijn situaties is en zijn zorgbehoefte/wens. Of</li> <li>• na beëindiging van de zorglevering (als de zorg eerder eindigt dan de einddatum van de zorgtoewijzing). Of</li> <li>• ontvangst van de zorgtoewijzing als deze met terugwerkende kracht ingaat en de zorg al voor de toewijzdatum is gewijzigd of beëindigd.</li> </ul>

Tabel gb Rollen leveringsstatus Einde zorg

## 2.6 Regionaal zorgkantoor en eigen bijdrage

Krijgt iemand Wlz-zorg dan betaalt hij hiervoor vanaf 18 jaar een eigen bijdrage. Het regionale zorgkantoor regelt daarvoor dat op tijd de juiste informatie naar het CAK gaat. Daarvoor zijn de iWlz-berichten Melding Aanvang Zorg (MAZ/ AW35-bericht) of Mutatie/ Melding Einde Zorg (MUT/ AW39-bericht) belangrijk. Het zorgkantoor stuurt daarom op een tijdige en juiste aanlevering van deze berichten door de zorgaanbieders aan het zorgkantoor. Dit voorkomt dat er een verkeerde eigen bijdrage wordt opgelegd, dat een cliënt geconfronteerd wordt met een achterstand in de eigen bijdrage betaling (stapelfactuur) of dat de cliënt te lang een eigen bijdrage moet betalen.

### Eigen bijdrage en Melding aanvang zorg, Mutatie/Melding einde zorg

- Voor het opleggen van de juiste eigen bijdrage<sup>29</sup> zijn de leveringsvorm, de ingangsdatum, de sleuteldatum (verblijf) en de einddatum van belang. Voor elke leveringsvorm (MPT, PGB, VPT, Deeltijdverblijf of Verblijf) geldt namelijk een andere eigen bijdrage systematiek. Het CAK vermeldt daarom de leveringsvorm op de factuur aan de cliënt;
- Daarnaast wordt bij een aantal leveringsvormen de hoogte van de eigen bijdrage bepaald door de omvang van de geleverde zorg;
- Deeltijdverblijf kan wekelijks worden geleverd voor 3,5 of 4 of 4,5 etmaal. Omdat er voor 3,5 etmaal een andere eigen bijdrage geldt dan voor 4 of 4,5 etmaal, is het veld Etmalen toegevoegd aan het Melding Aanvang Zorg bericht (MAZ/AW35). In hoofdstuk 4 wordt deeltijdverblijf verder uitgewerkt;
- Aansluitend op deeltijdverblijf geldt dat de leveringsvorm Verblijf van toepassing is voor 5 of 6 of 7 etmalen verblijfszorg. Vanaf 2020 maakt het CAK daarbij geen onderscheid meer in de hoogte van de eigen bijdrage en wordt altijd uitgegaan van verblijfszorg voor 7 etmalen<sup>30</sup>. Dat betekent dat zowel voor 5 of 6 of 7 etmalen de hoge intramurale eigen bijdrage van toepassing is;
- Voor de leveringsvorm VPT geldt ook dat het CAK voor het opleggen van de eigen bijdrage altijd uitgaat van 7 etmalen;
- Voor het MPT is de omvang van de geleverde zorg belangrijk in het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage. Het CAK krijgt van de zorgkantoren informatie over de leveringsvorm MPT. En via Vektis<sup>31</sup> ontvangt het CAK informatie over de zorg thuis die voor een cliënt is gedeclareerd. Is dat minder dan 20 uur zorg per maand dan geldt een lagere eigen bijdrage;
- Het zorgkantoor bepaalt of een ontvangen MAZ (AW35-bericht) wordt doorgestuurd naar het CAK. Dat gebeurt in iWlz via CA-berichten. Belangrijk daarin is of het de eerste MAZ is (juiste ingangsdatum) of een MAZ na wijziging van een leveringsvorm;
- Het zorgkantoor bepaalt ook of een MUT / MEZ (AW39-bericht) wordt aangeleverd bij het CAK. Daarvoor kan een ontvangen MUT/MEZ van een zorgaanbieder worden gebruikt of een 'MEZ' die het zorgkantoor zelf heeft aangemaakt. Om te voorkomen dat een cliënt zijn

<sup>29</sup> Informatie over de eigen bijdrage heffing is terug te vinden op de website van het CAK.

<sup>30</sup> Het CIZ geeft bij het geïndiceerde zorgprofiel altijd 7 etmalen mee in de klasse, ongeacht de voorkeur van een cliënt voor een bepaalde leveringsvorm.

<sup>31</sup> Vektis verwerkt voor zorgverzekeraars en zorgkantoren de declaratiegegevens van verzekerden en gegevens van zorgaanbieders in het AGB register. Deze gegevens worden gebruikt voor analyses naar bijvoorbeeld de zorgkosten en voor ondersteuning bij het uitvoeren van wettelijke taken.

eigen bijdrage te lang doorbetaalt of een verkeerde eigen bijdrage betaalt, moet een zorgaanbieder een MEZ op tijd aanleveren bij het zorgkantoor. Let op: alleen als het nodig is om een MEZ aan te leveren (zie 2.5.9);

- Wordt er een nieuw, positief indicatiebesluit afgegeven, dan worden de geldende zorgtoewijzingen 'geveegd' in het systeem van het zorgkantoor. Deze zorgtoewijzingen worden ingetrokken met reden Herindicatie. Gelijktijdig worden er nieuwe zorgtoewijzingen aangemaakt. Op de ingetrokken zorgtoewijzingen hoeft de aanbieder geen MEZ aan te leveren. Voor nieuwe zorgtoewijzingen moet er altijd wel een MAZ worden aangeleverd, als er zorg wordt geleverd. Zo weet het zorgkantoor dat de eigen bijdrage moet blijven doorlopen bij een cliënt. Wordt dezelfde zorg (leveringsvorm) gecontinueerd? Dan levert het zorgkantoor geen nieuw bericht (MAZ) bij het CAK aan;
- Om er zeker van te zijn dat het CAK en het zorgkantoor allebei over dezelfde informatie beschikken die belangrijk is voor de eigen bijdrage oplegging aan een cliënt, wordt regelmatig een vergelijking uitgevoerd;
- Eindigt de zorg door overlijden van een cliënt, dan levert de zorgaanbieder géén MEZ aan bij het zorgkantoor. Het CAK ontvangt via het BRP informatie over overleden cliënten en beëindigt dan zelf de eigen bijdrage<sup>32</sup>. De datum in BRP is leidend. Doordat de aanbieder bij overlijden geen MEZ aanlevert, kan er geen verschil in overlijdensdata ontstaan;
- Het zorgkantoor levert tijdig informatie aan bij het CAK over de ingangsdatum van een beschikking voor PGB. Dit proces wordt in het voorschrift verder niet beschreven.

---

<sup>32</sup> Om deze reden wordt mutatiecode 02 (Overlijden) niet meer gebruikt in het mutatie bericht (AW39).

## 2.7 Wet zorg en dwang en wachtlijstbeheer

Vanaf 2020 is de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) vervangen door de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte GGZ (WvGGZ). Zorgaanbieders mogen beide wetten uitvoeren.

Door de instroom van de nieuwe groep GGZ-cliënten (zorgprofiel GGZW) en cliënten met combinatieproblematiek (bijvoorbeeld VG/GGZ of PG/GGZ), worden uitvoeringsprocessen in de Wlz niet alleen geraakt door de Wzd maar ook door de WvGGZ<sup>33</sup>.

Hoe de WvGGZ doorwerkt op de Wlz-uitvoeringsprocessen die in het voorschrift staan is nog niet voldoende uitgekristalliseerd. Daarnaast lopen er landelijk diverse discussies over de uitvoering van beide wetten (bijvoorbeeld rondom de uitvoering crisiszorg/IBS). Als hierover meer duidelijk is kan de WvGGZ worden ingepast in het voorschrift.

### **Besluit tot opname en verblijf<sup>34</sup>**

Voor iemand met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, die zelf geen weloverwogen beslissing kan nemen over zijn zorg, kan het CIZ onderzoeken of verblijfszorg de beste oplossing is. Dit kan bijvoorbeeld op verzoek van de familie of een betrokken zorgaanbieder. Het CIZ onderzoekt dan of de cliënt ernstig nadeel ondervindt of dat hij een gevaar is voor zichzelf of zijn omgeving. Bijvoorbeeld omdat er sprake is van ernstige verwaarlozing of omdat hij het gas niet meer uitzet. Er wordt dan ook onderzocht of dit nadeel weggenomen kan worden door opname in een instelling. Over het resultaat van dit onderzoek geeft het CIZ altijd een Besluit tot opname en verblijf af en deelt dat schriftelijk met de cliënt. Het Besluit tot opname en verblijf vanuit de Wet zorg en dwang (Wzd art. 21) is alleen van toepassing op cliënten die geen bereidheid tonen om opgenomen te worden maar zich hiertegen ook niet verzetten.

Geeft het CIZ het Besluit tot opname en verblijf gelijktijdig af met het indicatiebesluit voor een zorgprofiel? Dan ontvangt de zorgaanbieder hierover informatie via het zorgtoewijzingsbericht.

Wordt het Besluit tot opname en verblijf ná indicatiestelling afgegeven en wijzigt het zorgprofiel niet? Dan deelt het CIZ een kopie van het besluit met de vertegenwoordiger van de cliënt en de cliënt zelf. De zorgaanbieder en de Wzd-functionaris krijgen ook een kopie als er al verblijfszorg of onvrijwillige zorg thuis wordt geleverd (in de periode tot opname). Het zorgkantoor ontvangt bij deze situaties geen afschrift (kopie) van dit besluit.

Onvrijwillige zorg (opname)<sup>35</sup> mag alleen geleverd worden als de zorgaanbieder en/of zorgverlener een Wzd-registratie heeft die voldoet aan de wettelijke eisen voor de Wzd en staat ingeschreven in het Locatieregister<sup>1</sup>: <https://locatieregister.dwangindezorg.nl>. Dit is een openbaar register. Dat geldt zowel voor zorgaanbieders of zorgverleners die zorg in natura

<sup>33</sup> Of een cliënt te maken kan krijgen met de Wzd of WvGGZ wordt bepaald door de 1<sup>e</sup> grondslag in het indicatiebesluit.

<sup>34</sup> Vanaf 1 januari 2020 is de Wet Bopz vervangen door de Wet zorg en dwang (Wzd) én de Wet verplichte GGZ (WvGGZ). Zie [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl). In de Wzd is de Bopz artikel 60-toets vervangen door het Besluit tot opname en verblijf.

<sup>35</sup> Voor onvrijwillige zorg thuis (ambulante Wzd) geldt geen registratieplicht in het Locatieregister. Het Locatieregister is alleen bestemd voor intramurale Wzd.



leveren of waar zorg ingekocht wordt met PGB. Kan/wil de zorgaanbieder zich niet in het Locatieregister registreren en/of onvrijwillige zorg bieden? Dan geldt de procedure zoals beschreven in hoofdstuk 5 Zorgweigering en zorgbeëindiging.

### **Onvrijwillige zorg thuis**

Met de nieuwe Wet zorg en dwang kan iemand ook onvrijwillige zorg thuis krijgen als hij minder goed kan beslissen of zorg thuis nodig is en/of deze weigert. Het gaat dan om bijvoorbeeld medische handelingen, insluiten, beperken van de bewegingsvrijheid, onderzoek van kleding of lichaam en/of controle op aanwezigheid van beïnvloedende middelen. Dat kan alleen als thuis wonen zonder zorg of begeleiding niet meer veilig (verantwoord) is en gevaar oplevert voor een cliënt of zijn omgeving (bijvoorbeeld door ernstige verwaarlozing, drugs of medicijngebruik). Bij (inzet van) onvrijwillige zorg thuis ligt er geen formele rol voor het CIZ, een rechter of burgemeester. De beslissing of dit noodzakelijk is, en of er geen alternatieve oplossingen zijn, wordt genomen door de betrokken behandelaren of zorgprofessionals. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om bepaalde (medische) handelingen, toezicht of controle op medicijngebruik.

Wordt er alleen vrijwillige zorg thuis geleverd en is de zorgaanbieder van mening dat een cliënt moet worden opgenomen? Dan is alleen de vertegenwoordiger van een cliënt bevoegd om hiervoor een verzoek in te dienen bij het CIZ. Weigert de vertegenwoordiger dit? Dan kan de zorgaanbieder een verzoek tot mentorschap indienen bij de rechtbank. Via deze route kan de mentor dan het verzoek tot opname en verblijf bij het CIZ aanvragen.

### **Wet zorg en dwang en Rechterlijke machtiging (RM)**

Is familie of een zorgaanbieder van mening dat een cliënt, met Wlz-indicatie, niet meer verantwoord thuis kan wonen en dat opname in het belang van de cliënt is maar weigert of verzet een cliënt zich tegen opname? Dan kan het CIZ gevraagd worden om een aanvraag in te dienen voor een Rechterlijke machtiging bij de rechtbank. Het CIZ beoordeelt dit op basis van het cliëntdossier van de zorgaanbieder dan binnen 3 weken en vraagt daarbij ook een medische verklaring op bij een specialistische arts. Het CIZ dient vervolgens het verzoek tot afgifte van de rechterlijke machtiging in bij de rechtbank.

Wordt er een Rechterlijke machtiging afgegeven (zo spoedig mogelijk na de aanvraag), dan moet de cliënt binnen 4 weken worden opgenomen. Na de termijn van 4 weken vervalt namelijk de rechterlijke machtiging. Het is niet toegestaan om aansluitend weer een RM af te geven.

### **Wachtstatus met classificatie tijdens aanvraagperiode RM**

Tijdens de aanvraagperiode voor een RM (of ZM) is de wachtstatus Urgent plaatsen met classificatie RM (of ZM) nog niet van toepassing. Er is namelijk nog geen machtiging afgegeven. Is er ook geen sprake van een acute crisissituatie (acuut gevaarscriterium) dan levert de zorgaanbieder in deze situatie de wachtstatus Actief plaatsen aan met classificatie Dreigende crisis thuis. Dit geeft de urgentie van de situatie thuis aan en biedt de ruimte om thuis extra zorg in te zetten. Bovendien kan, rekening houdend met de aanvraagprocedure, opname binnen de streefnorm gerealiseerd worden.

Kan een cliënt, na afgifte van de RM (of ZM) binnen 4 weken geplaatst worden bij een (voorkeur)aanbieder? Dan hoeft de zorgaanbieder geen nieuwe wachtstatus met classificatie aan te leveren. De status Actief plaatsen met classificatie Dreigende crisis thuis volstaat om tijdig een oplossing te realiseren.

Is een zorgaanbieder niet in staat om een cliënt met een RM binnen deze periode op te nemen en is er geen passende zorgaanbieder in beeld die dit wel tijdig kan? Dan is het van belang om hierover snel mogelijk met het zorgkantoor contact te zoeken zodat die kan helpen bij het vinden van een zorgaanbieder. Daarom levert de aanbieder in deze situaties via een MUT-bericht (MUT18) de status Urgent plaatsen aan met de classificatie RM<sup>36</sup>. Hierdoor ontstaat een extra signaal voor betrokken partijen. En levert deze informatie inzicht op in eventuele plaatsingsproblematiek.

### **Wet zorg en dwang en beschikking tot Inbewaringstelling (IBS)**

Zijn mensen uit de omgeving van een cliënt bang dat die zichzelf, andere mensen of de omgeving iets kan aandoen én dat hiervoor een acuut, dreigend gevaar is? Dan kan op bevel van de burgemeester een IBS worden afgegeven voor gedwongen opname. Een cliëntsituatie is zo spoedeisend dat niet meer gewacht kan worden op een Rechterlijke machtiging (bijlage G). Kan een aanbieder niet direct zorg leveren? Dan is het, net zoals bij de RM, van belang om hierover zo snel mogelijk contact te zoeken met het zorgkantoor. De zorgaanbieder levert in deze situaties de status Urgent plaatsen aan met de classificatie Geen crisisbed beschikbaar.

### **Wet zorg en dwang en onvrijwillige opname via strafrechter (art. 28a)**

De Wet zorg en dwang omvat artikel 28a. Dit artikel gaat over een procedure van onvrijwillige opname als gevolg van een strafrechtelijke procedure. In deze situaties is altijd het Openbaar Ministerie (OM) of een rechter betrokken die een verdachte vervolgt en van mening is dat de verdachte geen straf nodig heeft maar zorg. Het gaat hier om onvrijwillige zorg en niet om TBS. Processtappen:

- Het OM bereidt een verzoekschrift voor om de rechter te vragen de verdachte onvrijwillig te laten opnemen. Het gaat bij een verzoekschrift Wzd art. 28a altijd om een onvrijwillige opname van 6 maanden. Moet de opname na 6 maanden gecontinueerd worden, dan wordt er als dat nodig is een regulier RM aangevraagd;
- Het verzoekschrift van het OM bevat een advies van het CIZ. Dit advies is leidend. Het CIZ adviseert het best passende domein;
- Is er een actuele Wlz-indicatie aanwezig, dan adviseert het CIZ altijd de Wlz. Anders kan het ook een onvrijwillige opname worden in het WMO- of Zvw-domein als niet wordt voldaan aan de toegangscriteria voor de Wlz;
- De strafrechter besluit op basis van dit verzoekschrift en geeft al dan niet een Rechterlijke Machtiging (RM) af om een verdachte, binnen 4 weken na ingangsdatum van de RM, gedwongen te laten opnemen;

<sup>36</sup> Omdat de Rechterlijke Machtiging (RM/ Wzd) en ZorgMachtiging (ZM / WvGGZ) een gelijk uitvoeringsproces hebben wordt de beschrijving van de classificatie RM in de volgende iWlz-release uitgebreid met ZorgMachtiging (ZM).

- Is er sprake van gedwongen opname in het Wlz-domein dan stuurt het OM de beschikking met rechtelijke machtiging via een beveiligde route naar het verantwoordelijke zorgkantoor;
- Het zorgkantoor dat de RM ontvangt van het OM voert eerst een check uit op het BRP-adres van de cliënt. Woont de cliënt in een andere zorgkantorregio, dan informeert het zorgkantoor het OM over het juiste regionale zorgkantoor. Het OM is verantwoordelijk<sup>37</sup> voor het toezenden van de RM aan het juiste zorgkantoor;
- Het zorgkantoor voert vervolgens een inhoudelijke beoordeling uit op de beschikking en het ontvangen dossier. Voor plaatsing bij een passende zorgaanbieder is zicht op de onderliggende problematiek van belang en bijvoorbeeld het vereiste beveiligingsniveau;
- Is er op het moment van afgifte van een Rechterlijke Machtiging nog geen Wlz-indicatie? En heeft het CIZ geconstateerd dat de Wlz voor de cliënt wel het passende domein is? Dan overlegt het zorgkantoor met het CIZ over de af te geven indicatie. Het CIZ geeft in deze situaties een (tijdelijke) indicatie af voor de Wlz;
- Is er al een actueel indicatiebesluit en een voorkeuraanbieder bekend? Dan zoekt het zorgkantoor afstemming met deze voorkeuraanbieder en bespreekt of de gedwongen opname bij deze zorgaanbieder passende gerealiseerd kan worden;
- Is de voorkeuraanbieder in staat om passende zorg aan de cliënt leveren en beschikt de locatie over een Wzd-registratie in het Locatieregister met het vereiste beveiligingsniveau? Dan routeert het zorgkantoor de beschikking (inclusief cliëntdossier) via het Notitieverkeer naar de zorgaanbieder;
- Is er geen indicatiebesluit of voorkeuraanbieder bekend óf mag de huidige zorgaanbieder deze zorg niet leveren? Dan zoekt het zorgkantoor zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen de geldigheidstermijn van de RM, een passende Wlz-zorgaanbieder die beschikt over een Wzd-registratie en het juiste beveiligingsniveau. Het zorgkantoor spant zich daarbij in om afstemming te zoeken met de beoogde zorgaanbieder over de cliënt;
- Het zorgkantoor zoekt geen afstemming met de cliënt over de gekozen aanbieder. De zorgaanbieder neemt zelf contact op met de cliënt of een contactpersoon van de instelling waar de cliënt verblijft bijvoorbeeld een Penitentiare Inrichting, om de opname te realiseren;
- Zodra de verblijfszorg is toegewezen, levert de zorgaanbieder binnen de norm een MAZ aan. Dit kan bij binnenkomst van de beschikking zijn, maar ook later<sup>38</sup> als er nog een Wlz-indicatie aangevraagd moet worden;
- Vanuit art. 28a Wzd heeft de zorgaanbieder de plicht om een cliënt binnen 7 dagen nadat de zorg is toegewezen (of aangemeld) op te nemen. Lukt dat niet dan koppelt de aanbieder dit rechtstreeks terug aan het zorgkantoor. Is er een zorgtoewijzing voor verblijfszorg aanwezig dan wordt **de status Urgent plaatsen** aangeleverd met **classificatie Wzd art. 28a**;
- Het zorgkantoor moet volgens de Wzd de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) informeren als opname binnen deze periode niet lukt en stelt de betrokken zorgaanbieder daarvan op de hoogte. De IGJ kan in deze situatie een handhavingsmaatregel opleggen aan de betrokken zorgaanbieder.

<sup>37</sup> In het kader van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) mag een zorgkantoor de gegevens niet doorsturen naar het juiste verantwoordelijke zorgkantoor.

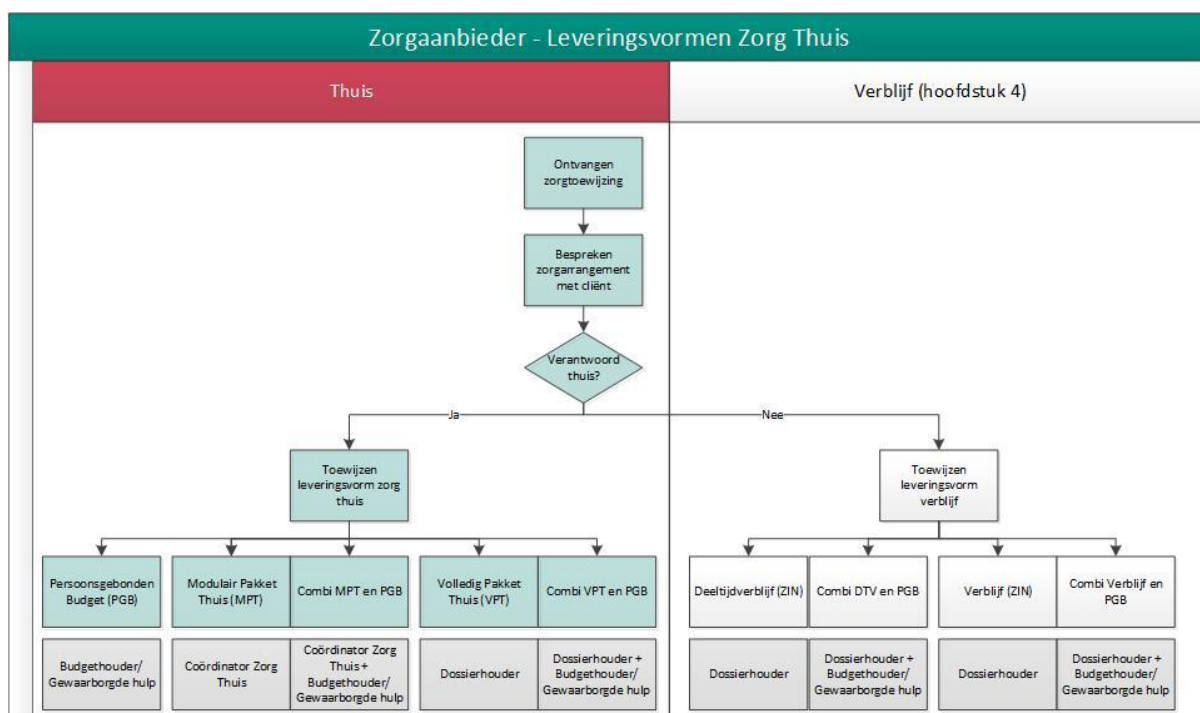
<sup>38</sup> Bij berekening van tijdigheid van de MAZ wordt dan rekening gehouden met de afgifte datum van het indicatiebesluit.

# 3. Wlz-zorg bij thuis wonen

## 3.1 Inleiding

Een van de doelstellingen van de Wlz is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Daarom beschrijven we in eerst het zorgtoewijzingsproces voor zorg thuis. Dat wordt gedaan aan de hand van de situatie dat iemand geen opnemewens of -behoefte heeft én zorg thuis doelmatig en verantwoord kan worden ingezet.

Zorg thuis is mogelijk via een Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) en/of (deels) via een Persoonsgebonden budget (PGB). Deze zorg kan later worden omgezet naar overbruggingszorg thuis als er sprake is van een opnemewens of opnamebehoefte. Het zorgtoewijzingsproces voor verblijfszorg (inclusief overbruggingszorg) en Deeltijdverblijf (DTV)<sup>39</sup> wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4. Iemand die thuis woont (met zorg) kan gebruik maken van DTV. Het zwaartepunt van de zorg ligt dan bij DTV. DTV is een vorm van verblijfszorg.



Figuur 7

<sup>39</sup> Vanaf 1 januari 2020 is Deeltijdverblijf (DTV) een nieuwe vorm van zorg in de Wlz.

## 3.2 Algemene uitgangspunten zorg thuis

### Algemene uitgangspunten voor zorg thuis

- Iemand met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (V&V), de Gehandicaptenzorg (GZ)<sup>40</sup> of Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kan zorg thuis krijgen als dit de gewenste en best passende zorgvorm is. Uitzondering hierop zijn mensen met een indicatie voor een GGZB, SGLVG, LVG of een laag zorgprofiel (VV1, VV2, VV3, VG1, VG2 of LG1). Dit wordt verder toegelicht in hoofdstuk 4 en bijlage D<sup>41</sup>;
- In de Wlz kan een GGZB-zorgprofiel alleen worden verzilverd in een GGZ-instelling die gericht is op behandeling. Als de noodzaak voor verblijfszorg in een GGZ-instelling voor behandeling vervalt, is er geen recht meer op Wlz-zorg tenzij er een indicatie is voor een ander zorgprofiel. Is dat niet het geval en is er nog zorg, begeleiding of behandeling thuis nodig? Dan is een van de andere domeinen voorliggend (Wmo, Jw of Zvw<sup>42</sup>);
- Een SGLVG of LVG-zorgprofiel wordt door het CIZ alleen geïndiceerd als er noodzaak is voor verblijfszorg in een (SG)LVG-behandelcentrum en een cliënt nog niet is uitbehandeld<sup>43</sup>. Deze indicaties mogen daarom niet structureel in de vorm van zorg thuis worden verzilverd. Dat geldt zowel voor ZIN als PGB. Had iemand op 31 december 2019 nog een PGB voor een zorgprofiel LVG1 of LVG2? Dan mag de budgethouder dit PGB houden tot uiterlijk de einddatum van dat indicatiebesluit. Dit recht is vastgelegd in de Rlz, artikel 5.5.

### Maatwerk

- Een zorgarrangement thuis wordt altijd samen met een cliënt ingevuld en zoveel mogelijk afgestemd op zijn wensen en zorgbehoefte (maatwerk). Dit op voorwaarde dat de cliënt een afgewogen beslissing kan maken en kan overzien wat de consequenties en/of risico's van een beslissing zijn. Een aanbieder vertaalt het geïndiceerde zorgprofiel dus niet naar een standaardpakket zorg;
- Wil een cliënt bepaalde individuele zorg van meerdere aanbieders krijgen? Bijvoorbeeld verpleging. Dan kan dat bij MPT (of PGB). Alle vormen van individuele zorg thuis (persoonlijke verzorging, verpleging, individuele begeleiding of behandeling) zijn daarvoor samengevoegd onder één leveringsvorm MPT (zie paragraaf 3.3);
- Een cliënt kan zijn dagbesteding of dagbehandeling bij MPT of VPT ook verdelen over meerdere aanbieders en/of PGB. Dat geldt voor zorgprofielen uit de GZ en GGZ (GGZW). Hij kan bijvoorbeeld 4 dagdelen dagbesteding rechtstreeks bij een zorgboerderij afnemen en 4 dagdelen inkopen met PGB. Voor het PGB kan dit alleen voor dagbesteding omdat behandeling nooit met een PGB mag worden ingekocht. Heeft een budgethouder behandeling nodig dan kan hij hiervoor altijd contact opnemen met het zorgkantoor voor begeleiding of bemiddeling naar ZIN.

<sup>40</sup> De gehandicaptenzorg onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

<sup>41</sup> Let op: voor aantal ZG en LG profiel is er een splitsing in 2 perioden (bijlage D).

<sup>42</sup> Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw).

<sup>43</sup> Besluit het CIZ een indicatie voor Wlz-zorg af te geven en is opname in een behandelinstelling niet in het belang van een individuele cliënt? Handhaaft het CIZ het indicatiebesluit na overleg? Dan kan alleen op dringend advies van het CCE, het zorgkantoor besluiten een uitzondering te maken voor deze cliënt en Wlz-zorg thuis toe te staan.

### 3.2.1 Coördinator zorg thuis

#### Eerste aanspreekpunt zorg thuis<sup>44</sup>

De zorgaanbieder die een cliënt als 1<sup>e</sup> aanspreekpunt wil voor het organiseren van zijn MPT heet coördinator zorg thuis (CZT). Voor een VPT<sup>45</sup> is dat de dossierhouder (DH). Bij zorg thuis zijn de rol van CZT en DH vrijwel gelijk. Waar de rol afwijkt wordt dit benoemd.

De CZT (of DH bij VPT):

- Is als rol ingevoerd omdat een DH niet altijd direct betrokken is bij de dagelijkse thuissituatie van een cliënt. Hij is daardoor onvoldoende in staat om ontwikkelingen rondom de cliënt van dichtbij goed te volgen en passende zorg thuis te organiseren. Dat kan bijvoorbeeld als een cliënt in de regio Utrecht woont, maar naar een instelling wil verhuizen in de regio Midden-Limburg om dicht bij zijn familie te wonen. Of als een DH alleen intramurale zorg biedt en geen kennis en deskundigheid heeft voor het organiseren van zorg thuis. Bijkomend voordeel voor de DH in deze situaties is ook dat hij niet onnodig belast is met het aanvragen van zorgtoewijzing voor het MPT, die lopen via de CZT;
- Is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren én coördineren van alle Wlz-zorg thuis en de communicatie daarover met de cliënt. Dit is onafhankelijk van de soort zorgtoewijzing (Regulier of Overbrugging) én geldt ook als er meerdere Wlz-zorgaanbieders bij de cliënt zijn betrokken;
- Levert altijd zelf (een deel van de) zorg thuis. Dit in tegenstelling tot de DH, die hoeft niet altijd zelf al (een deel van de) zorg te leveren. Heeft een cliënt naast zorg thuis ook dagbesteding, dan is het aannemelijk dat de rol CZT wordt ingevuld door degene die het beste zicht heeft op de thuissituatie. Belangrijk daarbij is wel dat een cliënt vertrouwen heeft in deze zorgaanbieder;
- Neemt na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt om afspraken te maken over de zorgverlening. Dit gebeurt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen twee werkdagen ná de dag waarop de zorgtoewijzing is ontvangen. Bij dit contact met de cliënt kan een derde partij betrokken zijn, zoals een (wettelijk) vertegenwoordiger of (onafhankelijke) cliëntondersteuner. Als een cliënt overbruggingszorg nodig heeft bij een opnamewens, ligt dit eerste contact (en de eerste aanvraag voor overbruggingszorg) altijd bij de DH;
- Bespreekt dat de zorgaanbieder en/of CZT gewijzigd kan worden als de cliënt dat wil;
- Is verantwoordelijk voor het onderhouden van contact met de andere betrokken (medische) zorg of hulpverleners bij de cliënt. De CZT bewaakt de urgentie van de situatie en onderneemt actie als dit noodzakelijk is;
- Signaleert tijdig dat er problemen zijn in de zorg en bespreekt deze problemen met de cliënt. Andere betrokken aanbieders hebben ook een signalerende rol en koppelen dit terug aan de cliënt en de CZT;
- Kan voor het organiseren van zorg thuis voor doelgroepen met een intensieve zorgvraag een beroep doen op extra toeslagen (budget). Bijvoorbeeld de toeslag Extra kosten thuis (EKT), Palliatief terminale zorg thuis (PTZ), de toeslag Beademing thuis (invasieve beademing of non-invasieve beademing) of Meerzorg MPT. Deze mogelijkheden worden

<sup>44</sup> Wlz-zorg aan thuiswonende cliënten wordt ook wel extramurale zorg genoemd en omvat ook deelname aan dagbesteding of (dag)behandeling in een instelling.

<sup>45</sup> De rol dossierhouder geldt ook voor deeltijdverblijf en verblijfszorg (zie hoofdstuk 4).

verderop in dit hoofdstuk toegelicht. Het Persoonlijk assistentiebudget (PAB) is niet beschreven in het voorschrift omdat een cliënt dit alleen via PGB<sup>46</sup> kan krijgen;

- Overlegt met het zorgkantoor als door inzet van een van deze toeslagen het thuis wonen met een VPT, MPT en/of PGB in principe duurder is dan de kosten van (medische en gedragskundige) zorg voor deze cliënt bij verblijf in een instelling. De CZT kan in deze situaties dan extra budget aanvragen. Het zorgkantoor kan hiervan afwijken als dit in het belang is van een individuele cliënt, zorg thuis verantwoord is en die zorg door het zorgkantoor als 'doelmatig' wordt beoordeeld. Zorgkantoren hebben een eigenstandige rol bij beoordeling van individuele casuïstiek en kunnen besluiten extra budget toe te kennen;
- Bespreekt met een cliënt hoe en met welke frequentie hij zijn zorg(plan) wil evalueren;
- Voert de evaluatie volgens afspraak uit en bespreekt daarin hoe de integrale zorg thuis wordt ingevuld en of de cliënt nog verantwoord thuis kan blijven wonen. Het resultaat van dit gesprek wordt vastgelegd in het (centraal) (digitaal) zorgplan;
- Neemt minimaal twee keer per jaar contact op met de cliënt om de thuissituatie door te spreken als de cliënt (nog) geen zorg wil. Afhankelijk van de cliëntsituatie kan dit volgens een andere afgesproken frequentie of kan afgesproken worden dat de cliënt zelf contact opneemt. In de laatste situatie bewaakt de CZT of er in jaar t een contact moment is geweest. Is dat niet het geval dan neemt de CZT zelf initiatief tot contact om de actualiteit van de situatie en de status te toetsen omdat iemand niet zomaar een Wlz-indicatie krijgt);
- Vraagt een zorgtoewijzing voor de leveringsvorm Verblijf aan via een AAT, als de leveringsvorm Verblijf (nog) niet is toegewezen en zorg thuis niet meer doelmatig of verantwoord kan worden geleverd (zie ook hoofdstuk 4);
- Houdt regelmatig contact met de DH over de cliëntsituatie als er een opnamebehoefte of opnamewens is (en signaleert of er nog sprake is van een juiste wachtstatus/leveringsstatus met classificatie);
- Geeft, net zoals de DH, via iWlz door dat hij deze rol heeft. Dit gebeurt via een apart veld in het mutatie-/ AW39-bericht waarmee een (nieuwe) zorgtoewijzing wordt aangevraagd. Deze informatie wordt vervolgens via de zorgtoewijzing gedeeld met alle aanbieders die betrokken zijn bij een cliënt. Zo is duidelijk wie benaderd kan worden bij bijvoorbeeld vragen over of wijzigingen (in de zorgtoewijzing) van een cliëntsituatie. In het (digitale) zorgplan is ook vastgelegd wie de CZT of DH is;
- Let op: wijzigt alleen de rol van CZT of DH en blijven alle overige zorgtoewijzingsgegevens ongewijzigd? Dan wordt deze wijziging niet via een AAT aangevraagd, maar via het Notitieverkeer doorgegeven aan het regionale zorgkantoor. De betrokken zorgaanbieder(s) en het zorgkantoor(en) verwerken deze wijziging dan zelf in hun systeem buiten het iWlz berichtenverkeer om. Dat geeft minder administratieve last;
- Vraagt een gewijzigde zorgtoewijzing (AAT) aan bij het zorgkantoor als zorg wordt bijgesteld en/of er een aanpassing van de zorgtoewijzing nodig is. Hij levert daarbij eventueel een Rekenmodule en het Adviesformulier aan, bijvoorbeeld als zorg thuis ondoelmatig moet worden ingezet om de periode tot opname verantwoord te overbruggen. Als er meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij een cliënt, dan regelt de CZT dat er één rekenmodule en één Adviesformulier wordt aangeleverd bij het zorgkantoor.

---

<sup>46</sup> Informatie over het Persoonlijk AssistentieBudget is terug te vinden via de websites van het ministerie van VWS, het Zorginstituut, Per Saldo en de zorgkantoren.

### **De rol van CZT (of DH) bij meerdere zorgaanbieders en/of PGB**

- Wordt een deel van de zorg geregeld met een PGB, dan houdt de CZT samen met de cliënt (of gewaarborgde hulp) het totaaloverzicht. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg die met een PGB wordt ingekocht;
- De CZT is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die door een andere zorgaanbieder wordt geleverd of die met een PGB wordt ingekocht. Hij signaleert wel tijdig bij de cliënt en/of het zorgkantoor als deze zorg leidt tot onverantwoorde zorg thuis;
- De CZT is (inhoudelijk) niet verantwoordelijk voor de geleverde zorg door andere betrokken Wlz-zorgaanbieders<sup>47</sup>. Deze zorgaanbieder(s) hebben een eigen verantwoordelijkheid in het naleven van afspraken over de te leveren zorg;
- Aanvullend op de beschreven rol voor de CZT geldt voor een DH die een VPT levert dat hij het overzicht bewaakt over de gehele zorg thuis voor de cliënt. Ook als (een deel van) de dagbesteding naast het VPT bij een andere aanbieder of via PGB wordt verzilverd. En of behandeling naast het VPT tijdelijk door een andere aanbieder wordt geleverd.

De rol van een CZT of DH stopt als:

- een cliënt bewust afziet van Wlz-zorg;
- een cliënt zijn zorg volledig omzet van zorg in natura (ZIN) naar PGB.

De CZT of DH wijzigt als:

- een cliënt een andere aanbieder, die ook zorg levert, als 1<sup>e</sup> aanspreekpunt wil;
- de zorg voor een cliënt volledig wordt overgedragen aan een andere zorgaanbieder. Dat kan voor dezelfde leveringsvorm of voor een andere leveringsvorm zijn.

### **3.2.2 Beschikking**

Zorgkantoren zijn verplicht om te beoordelen of inzet van zorg thuis een verantwoorde en/of doelmatige oplossing is voor de cliënt. Dat geldt ook voor situaties waar een MPT of VPT gecombineerd wordt met een toeslag, bijvoorbeeld PTZ of een ademhalingstoeslag.

### **Algemeen**

- Het regionale zorgkantoor (waar een cliënt woont), geeft de beschikking af voor een cliënt;
- Zijn er meerdere zorgkantoren bij een cliëntsituatie betrokken, dan stemmen die de inhoud van de beschikking onderling af als dat nodig is. Bijvoorbeeld omdat een deel van de zorg of het PGB nog via een ander zorgkantoor loopt of omdat de zorg thuis niet verantwoord geregeld kan worden;
- Voor het afgeven van een beschikking is er verschil tussen reguliere zorg of overbruggingszorg. Alleen bij reguliere zorg thuis wordt een beschikking afgegeven. Er wordt géén beschikking afgegeven voor overbruggingszorg thuis;
- Voor de beoordeling van een aanvraag maakt het niet uit of een cliënt zijn zorg krijgt in een geclusterde- of niet geclusterde woonvorm. Maar wonen er meerdere cliënten op één adres

---

<sup>47</sup> Tenzij de coördinator zorg thuis zelf een zorgaanbieder als onderaannemer heeft ingezet.



of in één geclusterd woonvorm? Dan kijkt het zorgkantoor bij de beoordeling wel of de zorg efficiënt (doelmatig) wordt georganiseerd;

- Het zorgkantoor informeert een cliënt over het resultaat van zijn beoordeling via een (positieve of negatieve) beschikking<sup>48</sup>. Die wordt rechtstreeks naar de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger gestuurd. (Zie bijlage H voor specifieke afspraken rondom de toekenning van Meezorg voor VPT of verblijfszorg);
- In de beschikking staat dat de cliënt, CZT of DH een relevante wijziging van de cliëntsituatie bij het zorgkantoor moet melden als er sprake is van ondoelmatige en/of onverantwoorde zorg thuis of als deze situatie dreigt te ontstaan;
- In de beschikking staat ook dat een cliënt tegen een beschikking bezwaar & beroep kan aantekenen als hij het niet eens is met de beslissing van het zorgkantoor.

### **Positieve beschikking**

- Een positieve beschikking wordt voor de duur van het indicatiebesluit afgegeven. Tenzij het zorgkantoor hier gemotiveerd van wil afwijken. Bijvoorbeeld als een betrokken zorgaanbieder twijfelt over verantwoorde zorg thuis;
- Voor zorg in de vorm van een PGB wordt per kalenderjaar of bij gewijzigd budget altijd een nieuwe toekenningsbeschikking afgegeven;
- Wordt PGB gecombineerd met een MPT of VPT, dan krijgt de budgethouder voor het MPT of VPT én PGB een aparte beschikking. (Bij meerdere leveringsvormen wordt er dus per leveringsvorm een beschikking afgegeven);
- Een toeslag Meezorg MPT of het Persoonlijk assistentie budget (PAB) wordt ook altijd apart beschikt. Er is dan dus zowel een beschikking voor het MPT<sup>49</sup> als voor Meezorg MPT. Voor de beschikking Meezorg MPT geldt in zijn algemeenheid een maximale periode van 3 jaar. Voor de beschikking PAB geldt dat zolang de situatie hetzelfde blijft, het PAB behouden blijft. Tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt met het zorgkantoor;
- Een beschikking heeft een directe relatie met het zorgtoewijzingsproces: de zorgaanbieder(s) ontvangt een (nieuwe) zorgtoewijzing(en) van het zorgkantoor voor de leveringsvorm die in de beschikking staat. De periode van de zorgtoewijzing is gelijk aan de duur van de beschikking;
- Een deel van de aanvragen voor zorg thuis wordt niet 1:1 beoordeeld door het zorgkantoor. Bijvoorbeeld als de aanbieder bij de aanvraag aangeeft dat zorg thuis doelmatig en verantwoord wordt ingezet (zie paragraaf 3.4). De Melding aanvang zorg (MAZ) op een reguliere zorgtoewijzing voor MPT of VPT is dan een trigger voor zorgkantoren voor het afgeven van een beschikking. Lever als zorgaanbieder daarom tijdig een MAZ aan.

### **Negatieve beschikking**

Een negatieve beschikking voor zorg thuis (MPT of VPT):

- kan volgen op een negatief advies over doelmatige en/of verantwoorde zorg thuis door een partij die betrokken is bij de cliëntsituatie. Dat gebeurt alleen na zorgvuldig overleg met alle betrokken partijen. Het zorgkantoor bespreekt het besluit om een negatieve beschikking af

---

<sup>48</sup> Het zorgkantoor heeft na ontvangst van een aanvraag voor een zorg thuis formeel 8 weken de tijd om een beschikking af te geven aan de cliënt.

<sup>49</sup> In de beschikking voor meezorg thuis (zorg in natura) wordt geen budget vermeld.

te geven altijd vóóraf met de cliënt en zijn CZT (of DH bij een VPT). In dit gesprek worden ook de gevolgen besproken van een negatieve beoordeling voor zorg thuis;

- kan gevolgd worden door een positieve beschikking voor een PGB. Dit kan bijvoorbeeld als een aanbieder de noodzakelijke (niet planbare) zorgmomenten niet kan inregelen door de hoge frequentie of de locatie van het woonadres;
- wordt niet direct afgegeven. De CZT (of DH) en de cliënt krijgen tijd om met een alternatief (persoonlijk) zorgplan te komen. Het zorgkantoor kan de cliënt daarvoor ook bemiddelen naar een andere aanbieder of naar PGB;
- wordt rechtstreeks naar de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger gestuurd;
- ontslaat zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders niet van hun zorgplicht. Een negatieve beschikking is dus nooit reden om zorg te weigeren of zorg te beëindigen (zie hoofdstuk 5). Er moet op professionele wijze zorg worden geleverd binnen de afgesproken mogelijkheden;
- wordt daarom voor bepaalde duur afgegeven. In deze periode wordt de cliëntsituatie gevolgd door alle betrokken partijen;
- bevat de redenen met onderbouwing voor dit besluit. De cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger is verantwoordelijk voor eventuele (gezondheid)risico's die volgen uit de keuze om de thuissituatie van de cliënt te handhaven. De afspraken hierover worden ook opgenomen in de motivatie bij de beschikking;
- beschrijft daarom ook op welke wijze invulling wordt gegeven aan de zorg thuis en welke verantwoordelijkheid daarin ligt bij de cliënt en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger, de betrokken zorgaanbieder(s) en het zorgkantoor;
- heeft een directe relatie met het zorgtoewijzingsproces: de zorgaanbieder(s) ontvangt een (nieuwe) zorgtoewijzing(en) voor een bepaalde periode. Via het Notitieverkeer ontvangen betrokken zorgaanbieder(s) van het zorgkantoor de gemaakte afspraken en bijbehorende voorwaarden.

### 3.3 Mogelijkheden voor zorg thuis

Mogelijkheden voor zorg thuis in de V&V, GZ of GGZ (GGZ-Wonen):

1. Volledig pakket thuis (VPT)
2. VPT gecombineerd met behandeling (ZIN) en/of dagbesteding (ZIN/PGB)
3. VPT met intramurale toeslag bijvoorbeeld Ademhalingstoelage of Meezorg
4. Deeltijdverblijf (DTV) met Modulair pakket thuis (zie hoofdstuk 4)
5. Modulair pakket thuis (MPT)
6. MPT (en/of PGB) met Module behandeling<sup>50</sup>
7. MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis
8. MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis en Module behandeling
9. MPT (en/of PGB) met andere toeslag bijvoorbeeld Ademhalingstoelage, PTZ of Meezorg
10. Volledig PGB (met toeslag)

---

<sup>50</sup> Voor de zorgprofielen GGZW loopt de specifieke GGZ-behandeling nog via de Zww.

### 3.3.1 Volledig pakket thuis (VPT)

Bij een VPT is de inhoud van de zorg vergelijkbaar met de zorg die een cliënt in een instelling krijgt. De cliënt ontvangt deze zorg alleen thuis in een zelfstandige wooneenheid of in een geclusterde woonvorm. Het VPT is daardoor een leveringsvorm die kan worden ingezet bij iemand die dagelijks behoefte heeft aan zorg, nog geen opnamewens heeft en waarbij zorg thuis doelmatig en verantwoord geleverd kan worden. De cliënt is vrij in zijn keuze voor een VPT, daar gelden geen specifieke voorwaarden voor.

Het VPT is een integraal pakket voor zorg in natura. Voor een VPT-pakket geldt daarom één vast tarief waarmee alle individuele zorg (zoals individuele begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging) voor een cliënt betaald moet worden. Bij een VPT heeft dus één zorgaanbieder, samen met de cliënt, de regie over invulling van deze zorgvraag. Omdat één zorgaanbieder integraal verantwoordelijk is voor het VPT, is die automatisch het eerste aanspreekpunt voor de cliënt. Bij het VPT is er dan ook geen sprake van een CZT maar van een DH (net zoals bij verblijfszorg).

Een cliënt en zijn DH kunnen afspreken dat een deel van de individuele zorg (bijvoorbeeld verpleging) door een andere zorgaanbieder wordt geleverd. Omdat er sprake is van één vast VPT-tarief voor de gehele individuele zorg, kan dat alleen via de constructie van onderaannemer. Uitzondering hierop vormen dagbesteding en behandeling. Het VPT-tarief kent daarvoor bij VG-, LG- of ZG-zorgprofielen aparte budgetcomponenten. Bij de GGZW-zorgprofielen geldt dit alleen voor de dagbesteding. Een cliënt kan er bij deze zorgprofielen voor kiezen zijn dagbesteding of behandeling rechtstreeks bij een andere zorgaanbieder(s) te verzilveren via zorg in natura. (Een deel van de) Dagbesteding kan ook via PGB worden ingekocht. Net zoals bij intramurale opname is dit bij een VV-zorgprofiel niet mogelijk, omdat dagbesteding altijd integraal onderdeel is van de VPT-prestaties (tarieven).

Een VPT kan de volgende zorgvormen omvatten:

- verpleging, inclusief gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH)
- persoonlijke verzorging
- begeleiding (individueel of in groepsverband)
- Wlz-behandeling (individueel of in groepsverband)
- vervoer naar dagbehandeling en/of dagbesteding
- verstrekken van eten en drinken
- schoonhouden van de woonruimte
- logeren

Bij een VPT<sup>51</sup>:

- heeft de cliënt recht op Wlz-behandeling als hij hierop aangewezen is. Wlz-behandeling is geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is vanwege de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt;

---

<sup>51</sup> Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het VPT inhoudt. Meer informatie over het VPT is ook terug te vinden in de actuele NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven Volledig Pakket Thuis.

- is de cliënt voor behandeling van algemeen medische aard, zoals zorg van de huisarts, aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw). De huisarts blijft dus eindverantwoordelijk voor de algemene behandeling. Ook voor behandeling van een psychiatrische aandoening, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, mondzorg, paramedische zorg van algemene aard, individuele mobiliteitshulpmiddelen en eventueel (speciale) kleding is de cliënt aangewezen op de Zvw, Wmo of Jeugdwet (JW);
- is de Specialist ouderen geneeskunde (SO) of Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG-arts<sup>52</sup>) verantwoordelijk voor de Wlz-behandeling die voortkomt uit de specifieke aandoening van de cliënt als de cliënt hierop is aangewezen. De huisarts is primair eindverantwoordelijk voor de cliënt. De huisarts stemt met de SO of AVG-arts af over eventuele medebehandeling;
- heeft de cliënt recht op logeeropvang in een instelling op voorwaarde dat dit gebeurt om de mantelzorg te ontlasten;
- heeft de cliënt recht op vervoer<sup>53</sup> van en naar de dagbesteding of dagbehandeling als dit (medisch) noodzakelijk is;
- heeft de cliënt recht op het schoonhouden van de woonruimte (inbegrepen in tarief);
- heeft de cliënt, net zoals bij verblijfszorg, recht op (het gebruikelijke) eten en drinken. Dit wordt verstrekt door de zorgaanbieder, tenzij anders met de cliënt wordt afgesproken. Boodschappen doen en bereiden van de maaltijd zijn onderdeel van de aanspraak op eten en drinken;
- woont de cliënt zelfstandig en betaalt deze zelf de woonkosten;
- kan de cliënt gebruik maken van de welzijnsvoorzieningen in een instelling maar het initiatief hiervoor ligt bij de cliënt;
- is de cliënt zelf verantwoordelijk voor vervanging/reparatie van aan huis gerelateerde zaken (bijvoorbeeld het vervangen van een lamp);
- kan de cliënt voor eventuele woningaanpassingen een beroep doen op de Wmo;
- worden hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen<sup>54</sup> voor individueel gebruik die nodig zijn bij het zelfstandig thuis wonen vergoed vanuit de Zvw of Wmo (niet vanuit de Wlz).

### 3.3.2 Modulair pakket thuis (MPT)

Een MPT is de meest passende leveringsvorm als een cliënt verantwoord thuis kan blijven wonen en/of niet het volledige zorgaanbod nodig heeft dat hoort bij opname in een instelling of bij een VPT. De zorg thuis wordt modulair opgebouwd naar de zorgbehoefte van een cliënt (bijvoorbeeld alleen verpleging en/of verzorging). Een MPT wordt ingezet als dit doelmatig en verantwoord is.

Het MPT<sup>55</sup> kan dezelfde zorg bevatten als benoemd bij het VPT:

- Met uitzondering van het verstrekken van eten en drinken. De cliënt moet zelf voor zijn eten en drinken zorgen. Daarom geldt voor het MPT (en het PGB), een ruimere aanspraak voor huishoudelijke hulp. Naast het schoonhouden van de woonruimte kan iemand bij deze

<sup>52</sup> In de GZ kan de eindverantwoordelijkheid voor een cliënt ook bij een gedragskundige liggen.

<sup>53</sup> De NZa voert samen met VWS en ZiNL onderzoek uit naar het beleid en de bekostiging rondom vervoer. De uitkomsten hiervan worden naar verwachting in 2021 vertaald in wet- en regelgeving.

<sup>54</sup> Op de website van het Zorginstituut staat hierover meer informatie in het Wlz-kompas op de pagina Hulpmiddelen.

<sup>55</sup> Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het MPT inhoudt.

leveringsvormen bijvoorbeeld hulp krijgen bij het doen van boodschappen en het klaarmaken van de maaltijd. Bij het VPT is dit onderdeel van de aanspraak;

- Een cliënt kan er bij het MPT bewust voor kiezen om dezelfde individuele zorg (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging) te krijgen van verschillende zorgaanbieders en/of via PGB. Dit in tegenstelling tot het VPT. Bij het VPT is individuele zorg, zoals persoonlijke verzorging, altijd in zijn geheel onderdeel van het VPT en wordt aan één zorgaanbieder betaald;
- Voorbeeld: De persoonlijke verzorging voor een terminale cliënt kan gesplitst worden over twee zorgaanbieders. Zo kan een zorgaanbieder overdag komen voor de persoonlijke verzorging en een andere aanbieder voor de nachtzorg (ook persoonlijke verzorging). Allebei de aanbieders zijn gecontracteerd voor deze Wlz-zorg en kunnen afzonderlijk (dezelfde) prestaties voor persoonlijke verzorging declareren bij het zorgkantoor;
- MPT kan worden ingezet als een cliënt niet iedere dag dezelfde soort zorg of dezelfde omvang van zorg nodig heeft. Bijvoorbeeld als een cliënt 3x in de week hulp nodig heeft bij het douchen en zich op de andere dagen zelf redt (of samen met zijn mantelzorg). Of als hij 3x in de week wil douchen en op de andere dagen hulp bij wassen wil aan de wastafel;
- De keuze voor leveringsvorm MPT en omvang van wekelijkse zorg heeft invloed op de hoogte van de eigen bijdrage die een cliënt moet betalen. Voor het MPT geldt een andere eigen bijdrage dan voor het VPT (zie paragraaf 2.7).

### 3.3.3 Rekenmodule en Adviesformulier voor zorg thuis

Landelijk zijn er twee instrumenten beschikbaar die zorgaanbieders en zorgkantoren ondersteunen in het zorgtoewijzingsproces voor zorg thuis: de Rekenmodule en het Adviesformulier. In de Rekenmodule wordt gerekend met de tarieven van de NZa-prestaties<sup>56</sup> voor Wlz-zorg. Hoe de rekenmodule precies werkt, wordt verder toegelicht in een tabblad bij de Rekenmodule.

#### Doel Rekenmodule

De Rekenmodule wordt gebruikt om:

- te berekenen of het besproken zorgarrangement thuis doelmatig is en past binnen het (basis)budget van een bepaald zorgprofiel;
- te beoordelen of het besproken zorgarrangement thuis past binnen het beschikbare budget voor een bepaalde doelgroep. Voor bepaalde doelgroepen kan namelijk extra financiële ruimte worden aangevraagd voor zorg thuis, als er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde zorg (zie paragraaf 3.3.7). Zo kan bijvoorbeeld in de rekenmodule worden aangegeven of een cliënt in aanmerking komt voor een ademhalingstoeslag;
- te beoordelen of overschrijding van het (basis)budget akkoord is en kan worden toegewezen (door het zorgkantoor);
- het aan te vragen budget voor de noodzakelijke zorg te berekenen (dit wordt uitgedrukt in een percentage).

<sup>56</sup> De rekenmodule gaat uit van een vast tarief per prestatie en rekent niet met de tarieven die per zorgaanbieder zijn afgesproken. Dit vereenvoudigt het gebruik van de rekenmodule als er bijvoorbeeld door meerdere zorgaanbieders zorg wordt geleverd (waarvoor geen gelijke tarieven gelden). Ligt het afgesproken tarief lager dan het tarief in de rekenmodule dan kan er meer ruimte ontstaan voor de in te zetten zorg. De aanbieder kan dit zelf doorrekenen.

De zorgaanbieder levert een rekenmodule aan bij het zorgkantoor als:

- de kosten voor zorg thuis hoger liggen dan het beschikbare (basis)budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel. De rekenmodule wordt dan gelijktijdig met de Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aangeleverd bij het zorgkantoor. Dat gebeurt via het Notitieverkeer. Niet in alle situaties hoeft de rekenmodule te worden aangeleverd. Uitzonderingen hierop zijn bijvoorbeeld cliënten waar PTZ wordt ingezet of die in aanmerking komen voor de toeslag Extra kosten thuis (EKT). In hoofdstuk 3 wordt dit nog verder uitgewerkt voor iemand zonder opnamewens. In hoofdstuk 4 voor iemand met overbruggingszorg thuis en een opnamewens;
- er sprake is van een combinatie ZIN/PGB;
- het zorgkantoor hier om vraagt. Bijvoorbeeld vanwege lopende casuïstiek bij het zorgkantoor of een ontvangen vraag of klacht van een cliënt over de zorg. De zorgaanbieder levert de rekenmodule uiterlijk 2 werkdagen na dit verzoek aan bij het zorgkantoor;
- het zorgkantoor hier om vraagt om gemaakte kosten te verantwoorden. Bijvoorbeeld omdat de feitelijk gedeclareerde zorg het vastgestelde, cliëntvolgende budget overschrijdt. (Het zorgkantoor voert hier periodiek een achteraf controle op uit). Overschrijding van het budget is voor risico van de aanbieder en kan niet afgewenteld worden op de cliënt. Tenzij nadrukkelijk met de cliënt is overeengekomen dat hij zelf extra (niet noodzakelijke) zorg of begeleiding wil inkopen. Deze kosten mogen dan niet bij het zorgkantoor worden gedeclareerd. De gemaakte afspraken worden in deze situaties expliciet vastgelegd in de zorgovereenkomst.

### **Doel Adviesformulier**

Het Adviesformulier is een handvat voor de zorgaanbieder om in het gesprek met de cliënt te bepalen of het gewenste zorgarrangement leidt tot een verantwoorde thuissituatie voor de cliënt. Het is ook een handvat voor het zorgkantoor om inzicht te krijgen en te beoordelen of zorg thuis bij een cliënt verantwoord kan worden ingezet.

De zorgaanbieder levert dit formulier aan bij het zorgkantoor als:

- (een van) de betrokken aanbieder(s) twijfelt over verantwoorde inzet van zorg thuis of van mening is dat de zorg thuis niet verantwoord<sup>57</sup> geleverd kan worden. Deze situaties kunnen ook voorkomen als zorg thuis nog past binnen het basisbudget. Denk aan zorgmijders, cliënten met verminderd zelfregie en/of een (dreigend) overbelast mantelzorg-systeem, cliënten waarbij sprake is van onvrijwillige zorg thuis (Wzd) of cliënten waarbij het noodzakelijke 24 uren toezicht of zorg in nabijheid niet 'goed' ingeregeld kan worden. Het zorgkantoor gebruikt het formulier om met betrokken partijen het gesprek aan te gaan en voor besluitvorming over deze situatie;
- het zorgkantoor hier gemotiveerd om vraagt. Dat kan bijvoorbeeld op basis van een signaal van derden of op basis van lopende casuïstiek bij het zorgkantoor. De zorgaanbieder levert het formulier uiterlijk 2 werkdagen na dit verzoek aan bij het zorgkantoor.

---

<sup>57</sup> Er kan dan ook sprake zijn van afweging voor een aanvraag voor Besluit tot opname en verblijf (Wzd).

### Procesafspraken Adviesformulier

- Bij ontoereikende zelfregie van een cliënt en de aanwezigheid van een gevaarscriterium<sup>58</sup> licht de zorgaanbieder op het formulier toe hoe het noodzakelijke, permanente toezicht (24/7) of zorg in nabijheid is geregeld. En hoe (gezondheid)risico voor de cliënt wordt voorkomen. Datzelfde geldt voor de situatie van onvrijwillige zorg thuis (Wzd). Een advies van de huisarts over verantwoorde medische zorg thuis wordt daarbij ook opgevraagd;
- De huisarts is in principe altijd de betrokken eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar. De SO, AVG-arts, medisch specialist of orthopedagoog zijn in deze situaties ondersteunend aan de huisarts. Tenzij anders overeengekomen tussen betrokken medische behandelaars;
- De medisch adviseur van het zorgkantoor mag alleen met toestemming van de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger contact opnemen met de eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar;
- In de situatie van extra Ademhalingstoelagen en Meerzorg MPT, is bij de zorgverlening altijd een gekwalificeerd zorgprofessional betrokken (bijvoorbeeld een verpleegkundige of SPH'er). Dit geldt zowel voor ZIN als PGB. Bij de toeslag Extra kosten thuis (EKT) en PTZ wordt de noodzaak hiervan altijd zorgvuldig afgewogen;
- Is de zorgaanbieder van mening dat inzet van een hoger deskundigheidsniveau in genoemde situaties niet noodzakelijk is, dan wordt dit gemotiveerd in de toelichting van het formulier. Wordt in deze situaties zorg met PGB ingekocht? Dan toetst het zorgkantoor dit bij de cliënt of gewaarborgde hulp. Bij een PGB kan het zorgkantoor ook een controle op het gevraagde opleidingsniveau uitvoeren door te toetsen of de zorg/hulpverlener in het KvK geregistreerd staat en zo nodig over een BIG-registratie beschikt. Bij de aanbieder is dit onderdeel van de inkoopafspraken (overeenkomst);
- In de situatie van verpleegtechnisch handelen, kan het zorgkantoor (achteraf) toetsen op aantoonbaar geschoold personeel bij de betrokken Wlz-zorgaanbieder. In alle andere gevallen, zoals PGB, ligt de regie hiervoor bij de cliënt, zijn (wettelijk) vertegenwoordiger of betrokken medische professional. In de situatie van een PGB is de vereiste bekwaamheid onderdeel van het bewuste keuze gesprek of periodiek huisbezoek door het zorgkantoor;
- In de situatie van een (medisch) gevaarscriterium wordt ernaar gestreefd dat een (betrokken) zorgprofessional binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn. Tenzij mantelzorg of informele zorg direct en adequaat kan ingrijpen op het (gezondheid)risico. De afspraken hierover zijn vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Een (huis)arts moet binnen 10 minuten reageren en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn.

#### 3.3.4 Zorgtoewijzingsproces voor VPT en MPT

- Hoe de cliënt zijn zorg thuis wil krijgen, wordt duidelijk uit de leveringsvorm (VPT, MPT of PGB) bij het toegewezen zorgprofiel. De aanbieder bespreekt altijd met een cliënt of de toegewezen leveringsvorm ook de gewenste en best passende leveringsvorm is en legt dit vast in het (digitale) zorgplan. Zo nodig wordt een andere leveringsvorm aangevraagd;
- Heeft een cliënt bij indicatiestelling voorkeur voor zorg thuis, dan vult het CIZ in het indicatiebesluit de klasse standaard met 7 etmalen. Deze klasse heeft bij het MPT of PGB geen toegevoegde waarde, daarom wordt die niet toegewezen.

<sup>58</sup> Zie bijlage A.

### Zorgtoewijzing bevat leveringsvorm én percentage

- Na de indicatiestelling wijst het zorgkantoor het geïndiceerde zorgprofiel met de gewenste leveringsvorm toe aan de voorkeuraanbieder van de cliënt en/of aan de afdeling PGB bij het zorgkantoor. In de zorgtoewijzing geeft het zorgkantoor indirect ook het budget mee dat beschikbaar is voor het geïndiceerde zorgprofiel. Dit budget is cliëntvolgend;
- Het budget wordt niet in een bedrag toegewezen maar uitgedrukt in een percentage (%);
- Het beschikbare budget voor een bepaald zorgprofiel bij een bepaalde leveringsvorm noemen we het basisbudget. Dit basisbudget wordt altijd uitgedrukt in een percentage van 100%, ongeacht de leveringsvorm. De hoogte van het basisbudget is per leveringsvorm anders. De actuele rekentabellen zijn terug te vinden in de rekenmodule (tab Tarieven). Een percentage is zo altijd terug te reken naar het bijbehorende budget;
- Waarom wordt in het berichtenverkeer geen budget (bedrag) doorgegeven maar een percentage? We willen zoveel mogelijk voorkomen dat bij wijziging van een landelijk tarief voor een zorgprofiel, er nieuwe zorgtoewijzingen moeten worden verstuurd om het beschikbare budget weer kloppend te maken;
- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al dat hij voor zorg thuis een combinatie van ZIN en PGB wil? Het veld VoorkeurCliënt in de indicatie is dan gevuld met een combinatie van MPT/PGB of VPT/PGB. Dan wordt de eerste keer géén percentage van 100% toegewezen voor het MPT of VPT maar 1%. Waarom we dit doen staat uitgewerkt onder paragraaf 3.3.5.
- Verder geldt dat het budget voor een MPT of PGB lager is dan het budget voor VPT bij hetzelfde zorgprofiel. Dat komt bijvoorbeeld omdat eten en drinken of gebruikelijke zorg voor thuis<sup>59</sup> wonende kinderen geen onderdeel is van het MPT-tarief, maar wel van het VPT;
- Het CIZ<sup>60</sup> geeft bij een nieuw indicatiebesluit voor de GZ<sup>61</sup> (en GGZ) bij het geïndiceerde zorgprofiel geen informatie mee over benodigde behoefte aan dagbesteding. Het zorgkantoor krijgt deze informatie dus niet binnen via het indicatiebesluitbericht en kan die niet apart opnemen in het zorgtoewijzingsbericht voor de zorgaanbieder. De dagbesteding is voor deze zorgprofielen daarmee onderdeel van het basisbudget (inbegrepen in de 100%).

---

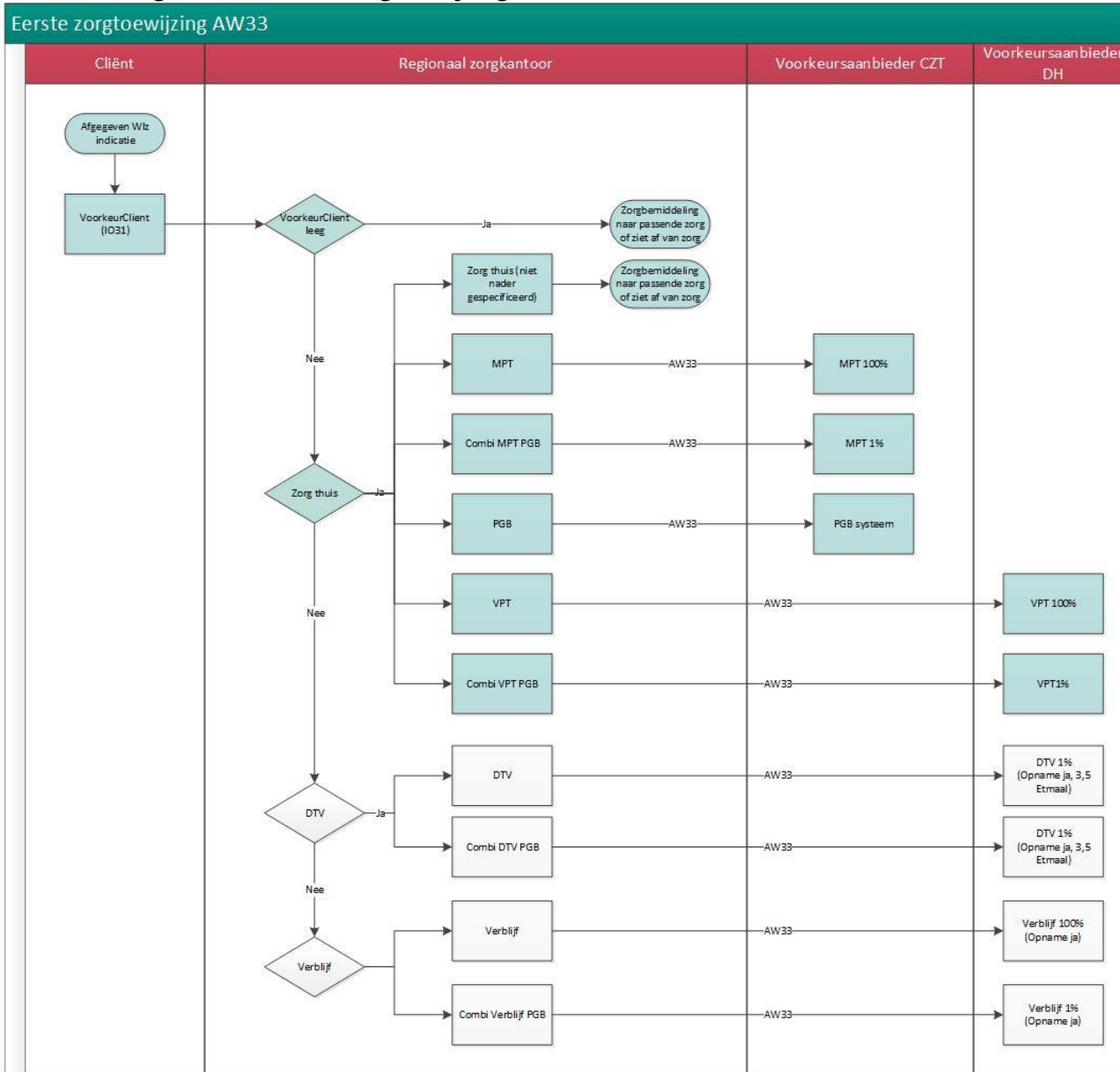
<sup>59</sup> Bij zorg thuis voor kinderen wordt gebruikelijke zorg door ouders of verzorgers opgepakt. Bij verblijf in een instelling of deelname aan een dagprogramma wordt (een deel van) deze gebruikelijke zorg door zorgprofessionals overgenomen. Dat is van invloed op de hoogte van het VPT- of ZZP tarief voor een bepaald zorgprofiel.

<sup>60</sup> De motivatie voor het stoppen van deze inhoudelijke beoordeling ligt in de Wlz. In de Wlz staat beschreven dat Begeleiding groep onderdeel is van een zorgprofiel. Daarom werd in de Wlz, tot 1 april 2018, in het indicatiebesluitbericht een vaste omvang voor begeleiding groep meegegeven en was vervoer altijd inbegrepen. Het aantal dagdelen bij VG-zorgprofielen was standaard 9 en voor LG-zorgprofielen standaard 7 dagdelen.

<sup>61</sup> Bij zorgprofielen uit de sector VV maakt dit integraal onderdeel uit van het VPT-tarief.



# Wat is het toegewezen % in de zorgtoewijzing direct na een indicatiebesluit?



Figuur 8 Van VoorkeurClient (IO31) naar leveringsvorm in 1<sup>e</sup> zorgtoewijzing (Aw33)

### **Wanneer een aangepaste (nieuwe) zorgtoewijzing aanvragen (AAT)?**

- In het indicatiebesluitbericht (IO31) wordt maximaal één voorkeuraanbieder doorgegeven. Wil een cliënt zijn zorg thuis (VoorkeurCliënt) graag van deze aanbieder krijgen? En is de toegewezen leveringsvorm ook de gewenste leveringsvorm? Dan is er geen nieuwe zorgtoewijzing nodig. De voorkeuraanbieder kan de informatie in de zorgtoewijzing gebruiken om zorg thuis in te zetten die past bij de zorgbehoefte van de cliënt;
- Wil de cliënt zijn voorkeuraanbieder wijzigen of zijn zorg van meerdere aanbieders krijgen? Dan wordt hiervoor een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aangeleverd bij het zorgkantoor via een Mutatiebericht (AW39);
- De zorgtoewijzing bevat een percentage voor de toegewezen leveringsvorm. De eerst keer is dit altijd 100%. Tenzij er sprake is van een combinatie met PGB of DTV (dan is dit 1%);
- Dit percentage van 100% kan worden gebruikt voor de inzet van zorg, ook als er minder budget nodig is voor de noodzakelijke zorg bij de cliënt. Er hoeft dan géén lager % te worden aangevraagd dan 100%. Omdat er zo minder vaak een zorgtoewijzing nodig is, wordt het zorgtoewijzingsproces eenvoudiger en geeft het minder administratieve last;
- Past de zorg binnen het toegewezen %, dan kan de zorgaanbieder ook direct een MAZ (AW35-bericht) aanleveren met de toegewezen leveringsvorm;
- Wordt de zorg verdeeld over meer zorgaanbieders, in combinatie met PGB geleverd en/of is er meer budget nodig (>100 %)? Dan wordt hiervoor een AAT aangeleverd;
- Is de toegewezen leveringsvorm niet de gewenste of best passende? Dan vraagt de CZT (of DH) de juiste leveringsvorm aan bij het zorgkantoor. De rekenmodule is een hulpmiddel om het aan te vragen % te bepalen;
- Er is ook een nieuwe zorgtoewijzing nodig als de DH het toegewezen zorgprofiel niet mag leveren, en wil vervangen door een instellingseigen zorgprofiel (Zie H4 en bijlage C) ;
- Dat geldt ook voor de situatie dat zorg thuis over meerdere zorgaanbieders en/of PGB moet worden verdeeld. Wil een cliënt bijvoorbeeld dagbesteding van een andere zorgaanbieder? Dan vraagt de CZT of DH dit ook altijd via een AAT aan bij het zorgkantoor. Zonder zorgtoewijzing kan deze nieuwe aanbieder anders de geleverde zorg niet declareren. De AAT bevat per leveringsvorm (MPT of VPT) dan altijd het complete zorgarrangement thuis voor zorg in natura, inclusief dagbesteding.

### **Wie vraagt een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan?**

- Een zorgaanbieder die coördinator zorg thuis (MPT) of dossierhouder (VPT) is, vraagt een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan als dat nodig is. Een zorgaanbieder die een van deze rollen niet heeft, kan zelf geen AAT aanvragen. Zo houdt de zorgaanbieder die het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt is voor een cliënt goed overzicht over de zorg die een cliënt krijgt;
- In één AAT kunnen alleen nieuwe zorgtoewijzingen worden aangevraagd voor één leveringsvorm: bijvoorbeeld óf leveringsvorm MPT óf leveringsvorm VPT;
- De AAT moet voor één leveringsvorm altijd alle actuele zorg bevatten voor ZIN. Oók als er voor een van de betrokken zorgaanbieders niets wijzigt in zijn zorgtoewijzingen. Ontbreekt in een AAT voor MPT bijvoorbeeld een bepaalde periode voor een thuiszorgaanbieder? Dan wordt het MPT voor deze periode niet opnieuw toegewezen aan die zorgaanbieder. Over de ingezette zorg in deze periode loopt hij een financieel risico omdat de geleverde zorg

niet gedeclareerd<sup>62</sup> kan worden. Hij is zelf verantwoordelijk voor het regelen van een passende zorgtoewijzing via de CZT. Vanzelfsprekend bewaakt de CZT of alle actuele zorg in de aanvraag voorkomt. Zo nodig overlegt hij daarover met de betrokken aanbieders;

- Ontvangt een zorgaanbieder dezelfde zorgtoewijzing nog een keer dan noemen we dat een informatieve zorgtoewijzing. Op deze zorgtoewijzing hoeft niet opnieuw een MAZ- of een MUT-bericht gestuurd te worden als die al is aangeleverd en de situatie niet is veranderd;
- Een informatieve zorgtoewijzing behoudt zijn oorspronkelijke zorgtoewijzingsdatum en zorgtoewijzingstijd (die worden overgenomen in de nieuwe zorgtoewijzing);
- Zorg die met PGB<sup>63</sup> wordt ingekocht kan een zorgaanbieder niet in een AAT opnemen;
- Vanaf iWlz 2.0 is een AAT-bericht losgekoppeld van een mutatie-reden. Ofwel een zorgaanbieder hoeft bij aanvraag van een zorgtoewijzing niet meer in alle situaties een mutatie-reden door te geven en een wachtstatus (leveringsstatus) opnieuw te bevestigen. Wijzigt een leveringsstatus wel voor de zorg thuis? Geef dit dan altijd door via een mutatiebericht anders klopt de (landelijke) wachtlijstinformatie niet.

### **Processtappen aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT)**

- Gebruik de rekenmodule voor het berekenen van het aan te vragen % in de AAT, bijvoorbeeld bij meerdere zorgaanbieders. Nadat per zorgaanbieder de te leveren zorg is ingevuld, berekent de rekenmodule per zorgaanbieder automatisch het aan te vragen %;
- Een AAT wordt aangevraagd via een MUT-bericht (AW39) met mutatiecode 12, 18 of 19. Een MUT19 kan bijvoorbeeld gebruikt worden als thuis wonen met MPT niet meer verantwoord is. En wonen in een geclusterde woonvorm waar VPT wordt geleverd, een betere oplossing is voor een cliënt (zie voorbeeld 1e);
- De CZT geeft via de AAT door of zorg thuis doelmatig en/of verantwoord kan worden geleverd. Of dat er sprake is van ondoelmatige zorg thuis door een bijzondere situatie, bijvoorbeeld ademhalingsproblemen of PTZ. Daarvoor zijn aparte velden opgenomen in het MUT-bericht. Het zorgkantoor weet zo bij ontvangst van de AAT of er nog een rekenmodule of Adviesformulier volgt via het Notitieverkeer (zie procesflow onder 3.3.7);
- Geeft de CZT in de AAT door dat zorg thuis doelmatig en verantwoord is, dan kan het zorgkantoor deze AAT direct afhandelen. Hetzelfde geldt voor een aantal situaties waar sprake is van ondoelmatige, maar verantwoorde zorg thuis. Bijvoorbeeld als voor iemand een wordt gedaan op de toeslag Extra kosten thuis (EKT);
- Het zorgkantoor beoordeelt een AAT binnen 2 werkdagen na ontvangst van het AW39-bericht of laat de zorgaanbieder weten hier extra tijd voor nodig te hebben.

---

<sup>62</sup> Met uitzondering van bepaalde vormen van behandeling die wel zonder zorgtoewijzing gedeclareerd kunnen worden.

<sup>63</sup> Voor PGB geldt dat in de toekenningsbeschikking een bedrag wordt opgenomen, geen percentage.

## Wanneer wordt een MAZ, AAT en/of MUT aangeleverd?

iWlz bericht	Welke bericht (MAZ, AAT en/of MUT)
MAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Een MAZ wordt per toegewezen leveringsvorm aangeleverd</li> <li>Een MAZ wordt aangeleverd als de zorglevering op de toegewezen leveringsvorm start (of als de sleutel voor een woonruimte wordt overhandigd / sleuteldatum bij leveringsvorm Verblijf, Opname Ja. Zie H4.)</li> </ul>
MUT-code (MUT-reden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Een MUT/MEZ wordt per toegewezen leveringsvorm aangeleverd</li> <li>MUT17: Overplaatsing (cliënt is al in zorg, MAZ aanwezig. Overplaatsing via MUT17 gaat altijd over <b>dezelfde leveringsvorm</b>)</li> <li>MUT20: Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing aanhouden</li> <li>MUT21: Overdracht zorgtoewijzing (cliënt is nog niet in zorg, geen MAZ aanwezig. Overplaatsing via MUT21 gaat altijd over <b>dezelfde leveringsvorm</b>)</li> <li>MUT12: Cliënt wil de zorg (nog) niet</li> <li>MUT18: Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren</li> <li>MUT19: Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing afgesloten</li> </ul>
Voorbeeldsituaties AAT met MUT 12, 18 of 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>DH vraagt zorgtoewijzing aan voor MPT of VPT om wachtperiode voor verblijfszorg te overbruggen. AAT met MUT18 om wachtstatus voor Verblijfszorg te melden: Urgent plaatsen, Actief plaatsen of Wacht op voorkeur.</li> <li>Aanvraag zorgtoewijzing door DH om een niet-gecontracteerd zorgprofiel om te zetten naar een gecontracteerd zorgprofiel (MUT12 om leveringsstatus Einde Zorgvraag te melden op het instellingsvreemde / niet-gecontracteerde zorgprofiel).</li> <li>Aanvraag zorgtoewijzing (ztw) door DH voor andere leveringsvorm en doorgeven CZT. Bijvoorbeeld voor de situatie dat cliënt zijn verblijfszorg wil beëindigen (MUT19) en omzetten naar zorg thuis via een MPT of VPT.</li> <li>Aanvraag ztw door CZT om zorgtoewijzing van het MPT toe te wijzen aan andere zorgaanbieders en bij zichzelf te beëindigen (AAT met MUT19). Leveringsstatus wijzigt bij CZT van In zorg naar Einde zorgvraag.</li> </ul>
Voorbeeldsituaties AAT zonder MUT (alleen AAT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanvraag ztw door DH voor splitsen leveringsvorm waarbij de leveringsvorm en leveringsstatus van de ztw bij de DH hetzelfde blijven. Bijvoorbeeld ztw voor Verblijf (Opname Ja) splitsen naar ztw voor Verblijf Opname Ja (verblijfszorg) en Verblijf Opname Nee (dagbesteding bij andere zorgaanbieder). Cliënt was al in zorg bij de DH, dat verandert door de splitsing niet: de leveringsstatus In zorg blijft ongewijzigd.</li> <li>Aanvraag ztw door CZT voor een andere verdeling (hoger of lager) van het toegewezen % voor een of meer betrokken aanbieders. Bijvoorbeeld door een bijzondere situatie (MPT/EKT).</li> </ul>

	<p>Waarbij de leveringsstatus In zorg voor het MPT ongewijzigd blijft voor de CZT, omdat de zorg die hij levert niet veranderd.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanvraag ztw voor verblijfszorg door CZT omdat cliënt niet meer thuis kan wonen. Er is nog geen ztw voor leveringsvorm Verblijf, wel voor bijvoorbeeld MPT met leveringsstatus In Zorg. Het MPT loopt door, daarom is er geen MUT nodig bij de AAT.</li> </ul>
Voorbeeldsituatie MUT zonder AAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mut19 door CZT als de leveringsvorm wijzigt van MPT naar volledig PGB. De CZT beëindigt het MPT via een MUT19 (Einde zorg). De CZT kan geen AAT doen voor leveringsvorm PGB.</li> <li>• Overplaatsing (MUT17) naar een andere zorgaanbieder. Bijvoorbeeld bij verblijfszorg omdat een cliënt dichter bij familie wil wonen. Een AAT is niet van toepassing omdat bij de MUT17 'Instelling bestemming' ingevuld wordt. Het zorgkantoor weet dan naar welke zorgaanbieder de cliënt verhuisd is en waar de nieuwe zorgtoewijzing naar toe gestuurd moet worden. Is er na overplaatsing een andere verdeling van het % nodig dan vraagt de nieuwe dossierhouder die aan via een AAT. Bijvoorbeeld omdat de cliënt zijn dagbesteding, naast verblijfszorg, op een andere manier wil verdelen over meerdere aanbieders (GZ).</li> </ul>

Tabel 10 Voorbeeldsituaties voor AAT en/of mutatie in AW39-bericht

### 3.3.4.1 Voorbeelden zorgtoewijzingsproces

*Het CIZ geeft voor mevrouw Tuin (12-09-1947) een indicatie af voor zorgprofiel 6VV. Mevrouw Tuin heeft een longaandoening. Ze heeft voorkeur voor zorg thuis in de vorm van een MPT en wil de zorg (persoonlijke verzorging en individuele begeleiding) graag krijgen van zorgaanbieder De Fruitmand. Met de toegewezen leveringsvorm MPT en het bijbehorende percentage van 100% kan De Fruitmand de benodigde persoonlijke verzorging en individuele begeleiding leveren (voldoende budget). Persoonlijke verzorging en individuele begeleiding worden niet apart toegewezen maar samen in één leveringsvorm (MPT) met één percentage voor zorgaanbieder De Fruitmand.*

IO31 (verzonden op 04-04-2018) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 04-04-2018) Van Zorgkantoor naar De Fruitmand
<p><b>Indicatie</b>            Besluitnummer: 101            Soort indicatie: CIZ            Grondslag: somatische ziekte/aandoening            Afgiftedatum IB: 04-04-2018            Ingangsdatum IB: 04-04-2018            Einddatum IB: geen            Meerzorg: nee            Financiering: Wlz</p>	<p><b>Toegewezen: zorgprofiel 6VV</b>            Instelling: De Fruitmand (agb: 75751234)            Soort zorgtoewijzing (ztw): Regulier            Toewijzingsdatum: 04-04-2018            ToewijzingPercentage: 100%            Ingangsdatum ztw: 04-04-2018            Einddatum ztw: geen            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p>
<p><b>Geïndiceerd: zorgprofiel 6VV</b>            Ingangsdatum: 04-04-2018            Einddatum: geen</p>	

VoorkeurCliënt: MPT  
Voorkeuraanbieder: De Fruitmand

#### Voorbeeld 1a

*De Fruitmand start op 4 april 2018 direct met het leveren van persoonlijke verzorging en individuele begeleiding. Er is dus geen sprake van een wachtstatus. De volgende dag wordt een MAZ (AW35) met leveringsvorm MPT naar het zorgkantoor gestuurd. In de MAZ hoeft geen percentage of klasse (omvang) te worden doorgegeven voor het MPT en ook niet welke zorg er precies wordt geleverd. Het zorgkantoor meldt bij het CAK (via een CA317-bericht) de start van het MPT voor mevrouw Tuin zodat een eigen bijdrage voor Wlz-zorg kan worden opgelegd.*

AW35 (verzonden op 05-04-2018) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 05-04-2018) Van Zorgkantoor naar CAK
Geleverd zorgprofiel: 6VV Begindatum: 04-04-2018 Instelling: De Fruitmand Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: MPT	Geleverde zorg: zorgprofiel 6VV Startdatum: 04-04-2018 Leveringsvorm: MPT Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)

#### Vervolg Voorbeeld 1b

*De long-conditie van mevrouw Tuin gaat na een jaar plotseling achteruit. Er is non-invasieve beademing nodig. Het CIZ geeft geen nieuwe indicatie af. Na het invullen van de rekenmodule, voor extra begeleiding en verpleging, wordt het budget met 10% overschreden (ondoelmatig). De Fruitmand vraagt op 12 april 2019 een zorgtoewijzing aan voor 110%. In het AW39-bericht is geen mutatie opgenomen omdat De Fruitmand alle zorg direct kan leveren. De leveringsstatus In zorg blijft ongewijzigd en wordt opnieuw aangeleverd na ontvangst van de zorgtoewijzing. Bij deze bijzondere situatie is het niet nodig om een rekenmodule of Adviesformulier op te sturen. Het zorgkantoor wijst de zorg volgens aanvraag toe. De zorgaanbieder stuurt een MAZ met begindatum 12 april 2019. Het zorgkantoor stuurt de MAZ niet naar het CAK omdat de leveringsvorm ongewijzigd is ten opzichte van de vorige MAZ, die wel naar het CAK is gestuurd.*

AW39 (verzonden op 12-04-2019) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 13-04-2019) Van Zorgkantoor naar Fruitmand
Besluitnummer: 101 Aanvraag zorgprofiel: 6VV Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Fruitmand Doelmatig: Nee Bijzondere situatie: ToeslagBeademing 1 (Non-invasieve beademing) Verantwoord: Ja	Toegewezen zorgprofiel: 6VV Instelling: De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 13-04-2019 ToewijzingPercentage: 110% Ingangsdatum ztw: 12-04-2019 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: MPT Klasse: n.v.t. Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

**Aanvraag (AAT) instelling**

De Fruitmand  
 Soort zorgtoewijzing: Regulier  
 Ingangsdatum ztw: 12-04-2019  
 Einddatum ztw: geen  
 ToewijzingPercentage: 110%

Vervolg voorbeeld 1c

*De Fruitmand blijkt toch niet over voldoende deskundigheid te beschikken om de beademingszorg verantwoord te leveren. De Fruitmand schakelt daarom een paar dagen later voor een deel van de persoonlijke verzorging en voor de verpleegkundige zorg De Kersentuin in. En vraagt via een AAT voor de leveringsvorm MPT, een verdeling van het percentage aan over meerdere zorgaanbieders. De persoonlijke verzorging wordt nu door 2 zorgaanbieders geleverd via de leveringsvorm MPT. Mevrouw Tuin wil de Fruitmand graag houden als CZT. In de AAT neemt De Fruitmand geen mutatie op omdat de leveringsvorm MPT ongewijzigd blijft én omdat De Fruitmand een deel van de zorg gewoon blijft doorleveren (de leveringsstatus In Zorg blijft voor De Fruitmand ongewijzigd). De Fruitmand levert dezelfde dag nog een MAZ aan met ingangsdatum 16 april 2019.*

**AW39 (verzonden op 16-04-2019)**

Van De Fruitmand naar Zorgkantoor  
 Mutatie in AW39 niet nodig

Besluitnummer: 101  
 Aanvraag: zorgprofiel 6VV  
 Leveringsvorm: MPT  
 Doelmatig: Nee  
 Bijzondere situatie: ToeslagBeademing 1  
 (Non-invasieve beademing)  
 Verantwoord: Ja  
 Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

**Aanvraag (AAT) instelling (1)**

De Fruitmand  
 Soort zorgtoewijzing: Regulier  
 Ingangsdatum ztw: 16-04-2019  
 Einddatum ztw: geen  
 ToewijzingPercentage: 80%

**Aanvraag (AAT) instelling (2)**

De Kersentuin  
 Soort zorgtoewijzing: Regulier  
 Ingangsdatum ztw: 16-04-2019  
 Einddatum ztw: geen  
 ToewijzingPercentage: 30%

**AW33 (verzonden op 16-04-2019)**

Van Zorgkantoor naar De Fruitmand en De Kersentuin

**Toegewezen zorgprofiel: 6VV (1)**

Instelling: De Fruitmand  
 Soort zorgtoewijzing: Regulier  
 Toewijzingsdatum: 16-04-2019  
 ToewijzingPercentage: 110%  
 Ingangsdatum ztw: 12-04-2019  
**Einddatum ztw (t/m): 15-04-2019**  
 Leveringsvorm: MPT  
 Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

**Toegewezen zorgprofiel: 6VV (2)**

Instelling: De Fruitmand  
 Soort zorgtoewijzing: Regulier  
 Toewijzingsdatum 16-04-2019  
 ToewijzingPercentage: 80%  
 Ingangsdatum ztw: 16-04-2019  
 Einddatum ztw: geen  
 Leveringsvorm: MPT  
 Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

**Toegewezen zorgprofiel: 6VV (3)**

Instelling: De Kersentuin  
 Soort zorgtoewijzing: Regulier  
 Toewijzingsdatum: 16-04-2019  
 ToewijzingPercentage: 30%  
 Ingangsdatum ztw: 16-04-2019  
 Einddatum ztw: geen  
 Leveringsvorm: MPT

## Voorbeeld 1d

Zorgkantoren sturen in voorbeeld 1d een intrekking mee voor De Fruitmand voor de vorige zorgtoewijzing. Het zorgtoewijzingsbericht voor de leveringsvorm MPT bevat een compleet beeld van de zorg die is aangevraagd vanaf 12 april 2019 (er vervalt zo ook geen recht op zorglevering). Zorg thuis organiseren met een MPT is goed mogelijk maar blijkt een jaar later niet de beste oplossing. Mevrouw Tuin voelt zich, door het ouder worden, minder zeker met de ademhalingsondersteuning thuis en heeft behoefte aan wat meer toezicht dichtbij. In overleg met mevrouw Tuin wordt besloten dat verhuizen naar een woonzorg-complex in de buurt een passende oplossing is. De Kersentuin levert daar alle benodigde zorg in de vorm van een VPT. Toevallig is er direct een woning vrij in dit complex dat wordt beheerd door de organisatie waar De Kersentuin deel van uitmaakt. Mevrouw Tuin maakt gebruik van deze kans. De Fruitmand vraagt bij het zorgkantoor leveringsvorm VPT aan voor De Kersentuin. Omdat de leveringsvorm direct wijzigt van MPT naar VPT verandert bij De Fruitmand de leveringsstatus op het MPT van In zorg naar Einde zorg. Daarom neemt De Fruitmand in het AW39-bericht ook een mutatie/melding einde zorg op (MUT19). De Fruitmand krijgt geen (informatief) zorgtoewijzingsbericht meer, omdat alle geleverde zorg door De Fruitmand stopt op de mutatiedatum.

## AW39 (verzonden op 30-05-2020)

## Van De Fruitmand naar Zorgkantoor

**Mutatie (Zorgzwaartepakket/zorgprofiel)**

Besluitnummer: 101

Zorgprofiel: 6VV

Ingangsdatum ztw: 16-04-2019

Instelling: De Fruitmand

**Mutatiecode: 19 (Levering zorg is beëindigd.****Zorgtoewijzing afgesloten)**

Mutatiedatum: 30-05-2020

Leveringsstatus: Einde zorg

Leveringsvorm: MPT

**Aanvraag instelling**

Zorgprofiel 6VV

Leveringsvorm: VPT

**Doelmatig: n.v.t. bij VPT****Verantwoord: n.v.t. VPT**

Coördinator zorg thuis: n.v.t.

Dossierhouder: De Kersentuin

Aanvraag instelling: De Kersentuin

Soort zorgtoewijzing: Regulier

Ingangsdatum ztw: 30-05-2020

Einddatum ztw: geen

ToewijzingPercentage: 100%

## AW33 (verzonden op 30-05-2020)

## Van Zorgkantoor naar De Kersentuin

**Toegewezen zorgprofiel: 6VV (1)**

Instelling: De Kersentuin

Soort zorgtoewijzing: Regulier

Toewijzingsdatum: 16-04-2019

ToewijzingPercentage: 30%

Ingangsdatum ztw: 16-04-2019

Einddatum ztw (t/m): geen

Leveringsvorm: MPT

Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

**Toegewezen zorgprofiel 6VV (2)**

Instelling: De Kersentuin

Soort zorgtoewijzing: Regulier

Toewijzingsdatum: 30-05-2020

ToewijzingPercentage: 100%

Ingangsdatum ztw: 30-05-2020

Einddatum ztw: geen

Klasse: KE7

Leveringsvorm: VPT

Dossierhouder: De Kersentuin

## Voorbeeld 1e



De Kersentuin ontvangt in zijn zorgtoewijzingsbericht niet alleen een nieuwe zorgtoewijzing voor het VPT maar ook de bestaande zorgtoewijzing voor het MPT (allebei nog regulier toegewezen). De Fruitmand levert namelijk alleen een mutatie op zijn eigen zorgtoewijzing voor het MPT aan. En in de AAT kan maar één leveringsvorm (VPT) worden aangevraagd voor De Kersentuin. Om de reguliere zorgtoewijzing voor het MPT te beëindigen stuurt de Kersentuin een mutatie (MUT19/melding einde zorg). Het zorgkantoor stuurt geen MEZ voor het MPT door naar het CAK omdat mevrouw Tuin nog steeds Wlz-zorg krijgt alleen in een andere vorm. Het zorgkantoor stuurt wel de ontvangen MAZ voor het VPT naar het CAK zodat de eigen bijdrage heffing voor leveringsvorm MPT wordt aangepast naar leveringsvorm VPT.

Of

Uitwerking voorbeeld 1e waarbij er geen wachtlijst is voor VPT, maar wel een wachtlijst voor een woning in het woonzorg-complex. Bovendien is het een grote verandering voor mevrouw Tuin.

Mevrouw Tuin moet wennen aan het idee van verhuizen en het vertrek uit haar woning waar ze al 40 jaar woont, daarom ziet ze voorlopig af van het aanbod. Begin 2021 besluit mevrouw Tuin dat ze toch wil verhuizen naar het woonzorg-complex. Ze wordt 5 januari op de wachtlijst geplaatst voor een woning. De Fruitmand vraagt bij het zorgkantoor op dezelfde dag alvast leveringsvorm VPT aan voor De Kersentuin. Omdat de woning niet direct beschikbaar is wijzigt voor De Fruitmand en De Kersentuin nog niets aan de levering van het MPT. Het MPT hoeft ook niet als overbruggingszorg te worden aangevraagd omdat er feitelijk geen wachtlijst is voor het VPT maar voor de woning. Daarom blijft bij beide zorgaanbieders het MPT regulier toegewezen naast het regulier toegewezen VPT. Ook de leveringsstatus In Zorg voor het MPT blijft bij beide aanbieders gelijk.

Hoewel het wachtlijstbeheer voor woningen buiten de verantwoordelijkheid van de Wlz valt, wordt bij het VPT toch een wachtstatus met classificatie aangeleverd: **Wacht op voorkeur met classificatie Doorstroom naar geclusterd wonen VPT**. Uit deze wachtstatus wordt duidelijk dat mevrouw Tuin nog even kan wachten op het VPT (omdat de zorg thuis nog goed georganiseerd kan worden). En uit de classificatie wordt duidelijk waarom er gewacht wordt op het VPT. De Kersentuin levert op 7 januari deze informatie aan bij het zorgkantoor.

Begin juni 2021 krijgt mevrouw Tuin bericht dat er een woning voor haar vrijkomt op 15 juni.

Mevrouw Tuin accepteert de aangeboden woning vanaf 15 juni. Het VPT zal dan ook direct starten.

AW39 (verzonden op 05-01-2021) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 05-01-2021) Van Zorgkantoor naar De Kersentuin en De Fruitmand (informatief)
Besluitnummer: 101 Zorgprofiel: 6VV Leveringsvorm: MPT Doelmatig: Nee Bijzondere situatie: ToeslagBeademing 1 (Non-invasieve beademing) Verantwoord: Ja	<b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (1)</b> Instelling: De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum 16-04-2018 ToewijzingPercentage: 80% Ingangsdatum ztw: 16-04-2018 Einddatum ztw: geen

Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

#### **Aanvraag Instelling**

Zorgprofiel 6VV

Leveringsvorm: VPT

Dossierhouder: De Kersentuin

Aanvraag instelling: De Kersentuin

Soort zorgtoewijzing: Regulier

Ingangsdatum ztw: 05-01-2021

Einddatum ztw: geen

ToewijzingPercentage: 100%

Leveringsvorm: MPT

Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

#### **Toegewezen zorgprofiel: 6VV (2)**

Instelling: De Kersentuin

Soort zorgtoewijzing: Regulier

Toewijzingsdatum: 16-04-2018

ToewijzingPercentage: 30%

Ingangsdatum ztw: 16-04-2018

Einddatum ztw: geen

Leveringsvorm: MPT

Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

#### **Toegewezen zorgprofiel 6VV (3)**

Instelling: De Kersentuin

Soort zorgtoewijzing: Regulier

Toewijzingsdatum: 05-01-2021

ToewijzingPercentage: 100%

Ingangsdatum ztw: 05-01-2021

Einddatum ztw: geen

Klasse: KE7

Leveringsvorm: VPT

Dossierhouder: De Kersentuin

Voorbeeld 1f

**AW39 (verzonden op 07-01-2021)**

**Van De Kersentuin naar Zorgkantoor**

#### **Mutatie (Zorgzwaartepakket/zorgprofiel)**

Besluitnummer: 101

Zorgprofiel: 6VV

Ingangsdatum ztw: 05-01-2021

Instelling: De Kersentuin

Mutatiedatum: 07-01-2021

Leveringsstatus: Wacht op voorkeur

Classificatie: Doorstroom naar geclusterd wonen VPT

Leveringsvorm: VPT

Dossierhouder: De Kersentuin

Voorbeeld 1g

Omdat De Fruittuin en De Kersentuin de zorgtoewijzing voor het MPT nog een keer informatief ontvangen, hoeft daar niet opnieuw een MAZ voor te worden aangeleverd. Er wijzigt niets aan het geleverde MPT voor beide zorgaanbieders.

#### **3.3.4.2 Zorgtoewijzingsproces voor VPT**

- Wordt het VPT in een geclusterde setting geleverd, dan kan er een wachtlijst zijn voor een woning terwijl er voor het VPT geen wachtlijst is. Wachtlijstbeheer voor zelfstandige

woningen valt niet onder de Wlz (bij het VPT betaalt de cliënt zelf zijn woonlasten). Woont een cliënt tijdens deze wachtperiode thuis, dan wordt zijn MPT of VPT met soort zorgtoewijzing Regulier toegewezen en niet met soort zorgtoewijzing Overbrugging;

- Vul bij het veld DH in de AAT altijd de zorgaanbieder die de individuele zorg en/of begeleiding thuis levert (VPT). Vul bij DH niet de zorgaanbieder die bijvoorbeeld alleen de dagbesteding als onderdeel van het VPT levert;
- Voor het VPT geldt een vast tarief waardoor het aanleveren van een rekenmodule niet nodig is. De aanbieder beoordeelt wel altijd of het VPT verantwoord kan worden geleverd. Dat geldt zowel voor VPT in een geclusterde als niet-geclusterde woonvorm. Voor deze beoordeling is het Adviesformulier een handvat. Past een VPT niet bij de zorgbehoefte, bijvoorbeeld omdat het noodzakelijke toezicht niet kan worden geborgd, dan wordt samen met de cliënt naar een andere passende oplossing gezocht;
- Wordt het volledige VPT aan één zorgaanbieder toegewezen, dan is het toewijzingspercentage 100 %;
- Wil een cliënt uit de GZ of GGZ(W) zijn dagbesteding van een andere aanbieder(s) krijgen en/of via PGB? Dan blijft voor het toe te wijzen VPT-deel (exclusief dagbesteding) een lager percentage over dan 100 %. Na berekening van het percentage voor de losse dagbesteding, kan het totaal toe te wijzen percentage voor het VPT-zorgarrangement op 100 % uitkomen (zie voorbeeld 2), maar dit kan ook boven de 100 % uitkomen<sup>64</sup>. Gebruik de rekenmodule voor een juiste berekening van de percentages voor de betrokken aanbieders en vul deze in de AAT bij leveringsvorm VPT<sup>65</sup>;
- Wordt alle dagbesteding naast het VPT door een andere aanbieder(s) geleverd?<sup>66</sup> Dan declareert de aanbieder die het VPT levert een tarief voor VPT zonder dagbesteding. In voorbeeld 2 is dat een VPT voor zorgprofiel 5VG. De dagbesteding wordt altijd apart gedeclareerd naast het VPT;
- Levert de VPT-aanbieder ook een deel van de dagbesteding (bijvoorbeeld 4 dagdelen) en een andere aanbieder 5 dagdelen? Dan declareert de VPT-aanbieder op deze dagen ook het VPT-tarief exclusief dagbesteding en daarnaast de losse prestaties voor de dagbesteding. (Bij gedeclareerde zorg wordt gecontroleerd of in de declaratieperiode een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor de leveringsvorm VPT).

Soort zorg	Te declareren prestatie	Etmalen/ Dagdelen	Zorgaanbieder (agb-code)	Afgerond percentage
VPT	V456 VPT 5vg incl. behandeling excl. dagbesteding	7 etmalen	De Hoeve (12341234)	71% (71,2%)
Dagbesteding	H903 Dagbesteding vg midden (vg5)	4 dag- delen	De Hoeve (12341234)	13% (12,7%)
Dagbesteding	H903 Dagbesteding vg midden (vg5)	5 dag- delen	De Kwekerij (56785678)	16% (15,9%)

<sup>64</sup> In 2018 kwam het totale % bij in deze situaties altijd uit op 100 %. Vanaf 2019 is dat niet altijd het geval. Dat heeft te maken met de gewijzigde tarieven voor dagbesteding in de NZa beleidsregel(s).

<sup>65</sup> Bij leveringsvorm Verblijf is er een onderscheid naar Opname Ja of Opname Nee. Dat geldt niet voor VPT omdat er geen sprake is van een intramurale opname.

<sup>66</sup> Dit kan alleen bij zorgprofielen voor de gehandicaptenzorg of GGZ wonen.

## Voorbeeld 2 Ingevulde aanvraag rekenmodule VPT en dagbesteding

*De Hoeve (dossierhouder) vraagt voor zichzelf in de AAT een totaal percentage aan van 84 % voor leveringsvorm VPT (71 % VPT + 13 % dagbesteding). De Hoeve vraagt in dezelfde AAT voor De Kwekerij ook een percentage aan van 16 % voor leveringsvorm VPT (dagbesteding).*

- Is er (tijdelijk) behandeling nodig voor een cliënt die zijn zorg via een VPT exclusief behandeling krijgt (zie 3.3.4)? Vraag die behandeling dan aan bij het zorgkantoor. Volg de aanvraagprocedure zoals hierboven beschreven is voor dagbesteding naast VPT;
- Is er een intramurale toeslag nodig naast het VPT, bijvoorbeeld een ademhalingstoeslag of toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg? Dan kan die, net zoals bij opname, worden ingezet als wordt voldaan aan de voorwaarden die daarvoor zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren. Daarin staat bijvoorbeeld beschreven dat inzet van de toeslag (non)invasieve beademing alleen mag als er aantoonbare contacten zijn met medisch-specialisten of het Centrum Voor Thuisbeademing, aantoonbaar geschoold personeel ingezet wordt en er samenwerkingsafspraken zijn met een ziekenhuis om snel te kunnen handelen bij een crisissituatie;
- Een intramurale toeslag wordt bij een VPT (en verblijfszorg) niet via een AAT aangevraagd, omdat de toeslag via één vaste tarief aan één zorgaanbieder wordt vergoed. Die toeslag kan dus niet over meerdere aanbieders worden verdeeld (via onder aanneming kan er eventueel wel een andere aanbieder worden ingezet). Zorgkantoren kunnen achteraf controleren op juiste inzet van een toeslag.

### 3.3.4.3 Zorgtoewijzingsproces voor MPT

- Is er geen VPT nodig maar bijvoorbeeld alleen persoonlijke verzorging en/of verpleging. Of is er niet elke dag een VPT of zorg nodig? Dan is het logisch om voor de zorg thuis de leveringsvorm MPT bij het zorgprofiel aan te vragen. Voordeel van één leveringsvorm is dat er minder vaak een AAT nodig is bij wijzigingen in de (omvang en/of soort) zorg. Zolang alle benodigde zorg thuis maar past binnen het toegewezen %;
- Via de leveringsvorm MPT is niet direct te zien uit welke zorg het zorgarrangement voor een cliënt nu bestaat. Bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, huishoudelijke hulp/verzorging of dagbesteding. Informatie over (de omvang van) de geleverde zorg is zichtbaar via de gedeclareerde zorg;
- De leveringsvorm MPT wordt gebruikt bij een langdurig zorgarrangement thuis (soort zorgtoewijzing Regulier) en bij tijdelijke zorg thuis tot opname (soort zorgtoewijzing Overbrugging). Is er gelijktijdig sprake van een zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf? Dan blijkt uit de soort zorgtoewijzing bij het MPT en/of de wachtstatus bij leveringsvorm Verblijf de noodzaak tot opname voor een cliënt (zie paragraaf 2.5);
- De CZT vraagt zelf een wijziging van een zorgtoewijzing aan voor het MPT. Had de cliënt geen opnamewens (geen leveringsvorm Verblijf toegewezen én er is geen DH actief) maar blijkt dit toch nodig? Dan kan de CZT de zorgtoewijzing voor verblijfszorg zelf via een AAT aanvragen bij het zorgkantoor.

### Toegewezen percentage bij MPT

- Het basisbudget (100 %) dat bij een geïndiceerd zorgprofiel<sup>67</sup> en de gewenste leveringsvorm MPT hoort, is gelijk aan het PGB-tarief voor dit zorgprofiel. Dit PGB-tarief is altijd exclusief behandeling. Uit dit basisbudget wordt in principe ook logeren, casemanagement dementie en/of dagbesteding betaald. Het noodzakelijke vervoer kan door de zorgaanbieder altijd worden gedeclareerd in de situatie van zorg in natura, en hoeft niet te worden meegerekend in het beschikbare budget per week;
- De zorgaanbieder zet het toegewezen (basis)budget in voor noodzakelijke zorg. Ofwel het toegewezen budget (%) wordt niet volledig benut als dat niet nodig is. Ook een aanbieder heeft de opdracht om zorg doelmatig in te zetten zodat de Wlz betaalbaar blijft. Heeft het zorgkantoor een hoger percentage (bijvoorbeeld 100 %) toegewezen dan nodig is (bijvoorbeeld 85 %), dan hoeft<sup>68</sup> geen verlaging van het percentage te worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Deze flexibele werkwijze voorkomt extra berichtenverkeer in de situatie dat alsnog meer zorg nodig is binnen het (basis)budget;
- Wil de cliënt zijn zorg thuis graag van meerdere zorgaanbieders krijgen, dan wordt het beschikbare budget over deze zorgaanbieders verdeeld. Gebruik de rekenmodule om de verdeling van het budget over de aanbieders te berekenen en te vertalen naar hele (afgeronde) percentages. De CZT vraagt deze verdeling via een AAT aan bij het zorgkantoor. Blijft de verdeling van het budget onder de 100 %? Verdeel het resterende budget dan op een logische manier over de aanbieders. Vraag geen lager percentage aan dan 100 %. Dat beperkt de flexibiliteit (en opvang in stijging van de zorgvraag). In deze situaties hoeft bij het zorgkantoor geen rekenmodule te worden aangeleverd;
- Twijfelt de CZT aan een positieve beoordeling van doelmatige en verantwoorde zorg thuis? Of heeft hij meer dan 10 werkdagen nodig om de aanvraag goed te beoordelen en in te dienen? Vraag dan alvast de direct noodzakelijke zorg aan. Houdt in deze situaties wel zoveel mogelijk rekening met het verwachte zorgarrangement thuis. Dit voorkomt dat een cliënt later terug moet in bepaalde zorg;
- Huishoudelijke hulp is een Wlz-aanspraak die net zoals alle andere Wlz-zorg wordt betaald vanuit het beschikbare (basis)budget. Wordt (het volledige budget) voor huishoudelijke hulp ingezet, dan beschrijft de CZT in het (digitale) zorgplan welke mogelijkheden voor gebruikelijke zorg er zijn bij personen in de leefeenheid van de cliënt (en/of zijn sociale omgeving) en hoe deze eventueel worden benut. Dat geldt ook voor de aanwezigheid van algemeen gebruikelijke voorzieningen;
- Huishoudelijke hulp die betaald wordt uit de Wlz voor iemand met een Wlz-indicatie, kan niet worden ingezet voor een partner die geen Wlz-indicatie heeft als de cliënt (tijdelijk) niet thuis woont. Bijvoorbeeld door (tijdelijke) opname in een ziekenhuis of verpleeghuis. Voor de thuiswonende partner kan, tijdens deze afwezigheidsperiode, een beroep worden gedaan op de Wmo. Dit op voorwaarde dat de partner beperkingen heeft in de zelfredzaamheid en (een deel van de) huishoudelijke taken zelf niet kan uitvoeren;

<sup>67</sup> En dus niet het (sectorvreemd) toegewezen zorgprofiel.

<sup>68</sup> Let op: soms vraagt een (interne) accountant wel om een juist toegewezen % ook al hoeft dit niet van de zorgkantoren.

- Andere inzet (substitutie) of wijziging van prestaties die zijn ingevuld in de rekenmodule is toegestaan, op voorwaarde dat zorg thuis verantwoord blijft én de feitelijk gedeclareerde zorg past binnen het vastgestelde (basis)budget. Zo kan bijvoorbeeld eerder aangevraagde begeleiding (groep) of persoonlijke verzorging worden ingeruild voor extra huishoudelijke hulp. Dit principe geldt ook andersom. Wijzigingen op het toegewezen percentage voor een of meerdere zorgaanbieders hoeven in deze situaties niet aan het zorgkantoor te worden doorgegeven via een AAT. Aan het (individueel) toegewezen percentage kan daarom geen recht worden ontleend. Het juiste percentage mag natuurlijk wel worden aangevraagd, als de organisatie dit bijvoorbeeld nodig heeft voor interne verantwoording;
- Wordt bij toekenning van extra budget als voorwaarde gesteld dat een bepaalde vorm van zorg geleverd moet worden (bijvoorbeeld verpleging), dan mag deze zorg niet worden vervangen door andere zorg. Dat kan alleen na overleg met het zorgkantoor;
- Kiest de cliënt voor Wlz-zorg van bijvoorbeeld twee zorgaanbieders, maar wil hij dit later (blijvend) omzetten naar één zorgaanbieder? Dan levert de vertrekkende aanbieder een MEZ aan op zijn toegewezen MPT. Dat moet omdat de zorgtoewijzing eerder wordt beëindigd dan de toegewezen einddatum. Was deze aanbieder ook de CZT? Dan stuurt hij via het AW39-bericht niet alleen een mutatie maar gelijktijdig ook een AAT. In de AAT vult hij het juiste % voor de overblijvende aanbieder en hij vult deze aanbieder ook bij het veld CZT. Als de vertrekkende aanbieder niet de CZT is én de zorgkosten blijven binnen het basisbudget, dan hoeft de CZT geen nieuwe AAT aan te vragen. Ook niet als de omvang van de geleverd zorg wijzigt. De CZT legt deze verandering wel vast in het (digitale) zorgplan;
- Bij declaratie van reguliere Wlz-zorg wordt gecontroleerd op de toegewezen leveringsvorm. Bij declaratie van bijvoorbeeld een prestatie voor persoonlijke verzorging wordt gecontroleerd of er een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor het MPT.

### 3.3.5 VPT of MPT in combinatie met behandeling

#### 3.3.5.1 Afbakening behandeling

In de Wlz heeft een cliënt recht op Wlz-specifieke behandeling. Voor het inzetten van behandeling gelden aanvullende regels. Voor een doelmatige en effectieve aanvraag van behandeling bij het zorgkantoor is het belangrijk om het onderscheid met begeleiding te verduidelijken.

#### **Wanneer is er sprake van behandeling?**

Behandeling wordt ingezet als er sprake is van diagnostiek, verbetering of tegengaan van behandelbare verslechtering van de aandoening, beperking, stoornis of handicap. In de Wlz is behandeling vaak niet gericht op herstel maar op het voorkomen van gevolgen en complicaties (nieuwe problemen) of het ontstaan van een gerelateerde stoornis. Behandeling kan ook gaan om het aanleren van nieuw (sociaal) gedrag of een nieuwe vaardigheid (bijvoorbeeld op gebied van communicatie). Van behandeling is sprake als er concrete behandeldoelen zijn opgesteld,

die op gestructureerde en programmatische<sup>69</sup> manier worden opgepakt. En waarvoor specifieke deskundigheid is vereist<sup>70</sup>. Behandeling is per definitie begrensd in de tijd.

### **Wanneer is er sprake van begeleiding?**

Begeleiding wordt ingezet als er is sprake van het (herhaald) oefenen en inslijpen van aangeleerde vaardigheden en gedrag, het onderhouden van vaardigheden, kennis of gedrag. Met begeleiding wordt verergering voorkomen en/of zelfredzaamheid bevorderd, onderhouden of gecompenseerd. Begeleiding kan bestaan uit het ondersteunen van de cliënt, het overnemen van activiteiten van de cliënt of het geven van structuur aan de cliënt. Begeleiding is in tegenstelling tot behandeling niet begrensd in de tijd.

### **Wat is het verschil tussen behandeling en begeleiding?**

Behandeling bevat zorg die gericht is op het tegengaan van verslechtering. Heeft de cliënt via behandeling een bepaald niveau bereikt, dan wordt dat onderhouden door begeleiding (voorkomen van verergering). 'Stabiele achteruitgang' is bijvoorbeeld acceptabel en niet te voorkomen bij ouder wordende Wlz-cliënten. Plotselinge verslechtering kan echter worden tegengegaan met behandeling. De grens tussen deze twee termen zit ook in de snelheid van de achteruitgang: geleidelijk is begeleiding, plotseling is behandeling.

### **Wat wordt er verstaan onder behandeling op de achtergrond?**

Binnen de sector V&V is in het tarief voor het VPT en ZZP een component 'Behandeling op de achtergrond' opgenomen. Hieronder valt het bijstaan van een individuele zorgverlener in de zorgverlening, het opstellen van een zorgplan of een kort behandelmoment dat weinig inzet vraagt en incidenteel is.

### **Behandeling en zintuiglijke handicap**

Heeft iemand een indicatie voor een zorgprofiel, anders dan een zorgprofiel voor zintuiglijke handicap (ZG), én is behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap? Dan wordt deze behandeling vergoed vanuit de Zvw<sup>71</sup> als de Wlz-behandelaar niet de competenties heeft om de noodzakelijke behandeling<sup>72</sup> te bieden. Dit kan dus naast de Wlz. Heeft iemand een indicatie voor een ZG-zorgprofiel en is behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap, dan wordt dit wel betaald uit de Wlz en niet uit de Zvw. De behandeling is onderdeel van het zorgprofiel.

### **Behandeling en doelgroep GGZ-Wonen**

Heeft iemand een GGZW zorgprofiel en krijgt hij zijn zorg via een MPT of VPT. Is er daarnaast ook behandeling in het kader van de GGZ nodig? Dan komt deze behandeling in 2021 ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw)<sup>73</sup> en niet ten laste van de Wlz. De CZT zorgt ervoor dat de afstemming tussen de zorgaanbieders die het MPT of VPT leveren en de aanbieder die de GGZ behandeling levert goed verloopt.

---

<sup>69</sup> Programmatisch wil zeggen dat de te nemen stappen die nodig zijn om een concreet behandeldoel te bereiken, bekend zijn. Soms richt behandeling zich ook op de mantelzorger of verzorger, die leert dan vaardigheden of gedrag aan voor het omgaan met iemand met een verstandelijke beperking of dementie.

<sup>70</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/behandeling>

<sup>71</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/zintuiglijk+gehandicaptenzorg>

<sup>72</sup> Screening (vaststellen of er een probleem is) hoort tot taak van de huisarts, SO of AVG

<sup>73</sup> Dit is een tijdelijke situatie. Er wordt gewerkt aan een nieuw bekostigingsmodel voor de GGZ (behandeling), zodra dit is geïmplementeerd wordt deze behandeling onderdeel van de Wz.

### 3.3.5.2 Behandeling (SO of AVG) naast leveringsvorm VPT en MPT

Consultatie<sup>74</sup> door een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG):

1. Bij een vraagstuk rondom een patiënt kan de huisarts een SO of AVG om advies vragen. Dit kan voor iemand met óf zonder Wlz-indicatie, daarom is voor consultatie geen zorgtoewijzing nodig (bovendien gaat het vaak om een beperkt aantal contacten op jaarbasis). De huisarts kan de aanvraag rechtstreeks bij de SO of AVG doen of vanuit het multidisciplinair overleg (MDO) rond de cliënt. Belangrijk is dat de reden, de inhoud en de aanvrager van de consultatie goed worden vastgelegd in het (digitale) zorgplan van de cliënt;
2. Voor betaling vanuit de Wlz, moet iemand altijd beschikken over een actueel Wlz-indicatiebesluit. Maar een specifieke zorgtoewijzing voor deze consultatie (behandeling) is niet verplicht. De NZa heeft daarvoor aparte behandel-prestaties beschikbaar gesteld;
3. Onder verantwoordelijkheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is het mogelijk om voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonen ook andere disciplines kortdurend te consulteren, bijvoorbeeld een gedragswetenschapper<sup>75</sup>. Dit kan alleen wanneer inzet van andere disciplines nodig is om de huisarts een passend antwoord te geven. De SO of AVG heeft in deze situaties de regie (de aanvraag moet via een SO of AVG lopen) en blijft eindverantwoordelijk voor deze discipline. De SO of AVG is op de achtergrond voortdurend aanwezig en draagt zorg voor terugkoppeling aan de huisarts en juiste declaratie. De huisarts blijft hoofdbehandelaar.
4. Is mogelijk bij iemand met een indicatie voor een GGZ-W zorgprofiel waarbij er ook sprake is van VG of PG problematiek.

Behalve voor consultatie kan Wlz-behandeling ook (tijdelijk) worden ingezet bij een VPT zonder behandeling of MPT. De extra financiële ruimte voor behandeling is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. De aanbieder kan de rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen. De financiële ruimte voor inzet van behandeling wordt bepaald door het verschil (financiële waarde) tussen een VPT met behandeling en een VPT zonder behandeling voor een bepaald zorgprofiel.

Criteria voor (tijdelijke) inzet van overige behandelvormen SO of AVG of behandelprestaties:

- Behandeling wordt bij kinderen jonger dan 18 jaar maximaal voor 3 jaar toegekend, omdat er nog sprake is van een ontwikkelingsfase die van invloed is op de intensiteit en frequentie van behandelen (toegewezen budget/percentage). Na deze periode kan de behandeling opnieuw worden verlengd als dat nodig is. De duur van de zorgtoewijzing is afhankelijk van het moment waarop een kind 18 jaar wordt;
- de inzet gaat uitdrukkelijk over Wlz-behandeling en niet over 'behandeling op de achtergrond';

<sup>74</sup> Daaronder wordt ook uitgebreide diagnostiek gerekend en uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek.

<sup>75</sup> Een huisarts heeft de mogelijkheid om een gedragswetenschapper buiten de SO om te benaderen voor een oudere. Dat kan ook alleen als de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.



- de inzet gaat uitdrukkelijk over Wlz-behandeling en niet over GGZ-behandeling die psychiaters of klinisch psychologen plegen te bieden (deze behandeling valt onder de Zvw);
- in het (digitale) zorgplan wordt de onderbouwing voor inzet van behandeling (groep of individueel) vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO.

De motivatie in het (digitale) zorgplan bevat daarbij een toelichting op de volgende punten:

- welke diagnose maakt inzet van behandeling noodzakelijk;
- welke zorgprofessional is eindverantwoordelijk voor de behandeling (welke arts/behandelaar);
- welke (aantoonbaar effectieve) methodiek wordt toegepast voor de behandeling;
- wat is de inhoud van de behandeling;
- wat is het te behalen resultaat van de behandeling;
- wat is het aantal benodigde uren behandeling (individueel) of dagdelen (groep) per week;
- wat is de duur van de behandeling;
- dat de aangevraagde behandeling geen onderdeel is van de Zorgverzekeringswet.

### 3.3.5.3 Behandeling naast leveringsvorm VPT

#### Procesafspraken voor (tijdelijk) behandeling bij leveringsvorm VPT

Krijgt een cliënt zorg via een VPT en is behandeling geen onderdeel van het VPT (VPT-tarief exclusief behandeling)? Dan kan (tijdelijk) Wlz-behandeling worden ingezet naast dit VPT:

- in deze situaties hoeft vooraf géén toestemming te worden gevraagd bij het zorgkantoor als die (tijdelijke) behandeling past binnen de beschikbare financiële ruimte van het VPT en alleen door dezelfde instelling (agb-code) wordt geleverd;
- wordt behandeling door een andere zorgaanbieder geleverd? Dan vraagt de DH daarvoor een zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. De aanvraag voor behandeling bevat de leveringsvorm VPT, met het benodigde % (gebruik de rekenmodule om dit % te berekenen). Betrokken partijen zien zo dat er sprake is van behandeling naast een VPT. Het % voor behandeling is lager dan het % voor het reguliere VPT;
- het zorgkantoor toetst achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria die daarover bij het contracteren zijn gemaakt. Het extra budget voor behandeling mag niet voor andere zorg worden ingezet;
- is voor een cliënt langdurig Wlz-behandeling noodzakelijk, dan is VPT (of Verblijf) inclusief behandeling mogelijk een betere oplossing. Gaat het om een langdurige behoefte aan behandeling waarbij inzet met onderbroken periodes gebeurt, dan heeft een VPT-tarief (of ZZP-tarief) exclusief behandeling de voorkeur als dit doelmatiger is.

### 3.3.5.4 Behandeling naast leveringsvorm MPT

#### Procesafspraken voor aanvragen van behandeling bij leveringsvorm MPT

- Het basisbudget MPT is altijd zonder behandelcomponent. Dat komt omdat het MPT-budget voor een bepaald zorgprofiel is afgeleid van het PGB-budget voor dat zorgprofiel. Landelijk is bepaald dat behandeling nooit mag worden ingekocht met een PGB;
- Behandeling (individueel of groep) kan dus alleen via Zorg In Natura worden geleverd;

- Voor Behandeling groep en Begeleiding groep geldt volgens de kaders van de Wlz een gezamenlijk maximum van 9 dagdelen. Dit maximum is geen harde grens bij de feitelijke zorginzet voor overbruggingszorg of het MPT. Het aantal dagdelen kan naar behoefte en noodzaak worden ingezet en mag meer zijn dan 9 dagdelen. Dit op voorwaarde dat het past binnen het beschikbare budget. Daarnaast mag het niet ten koste gaan van de overige noodzakelijke zorg thuis zoals verpleging of persoonlijke verzorging;
- Is in het tarief voor een bepaald zorgprofiel rekening gehouden met inzet van een standaard aantal dagdelen Begeleiding groep, maar heeft een cliënt behoefte aan Behandeling groep? Dan wordt eerst gekeken of de noodzakelijke zorg en/of behandeling past binnen het beschikbare budget. Dat kan als behandeling bijvoorbeeld de enige zorg is die een cliënt nodig heeft;
- Past de noodzakelijke zorg binnen het basisbudget met de module behandeling? Dan hoeft in de AAT geen toeslag te worden aangevraagd.

### **Wat als door inzet van behandeling het (basis)budget wordt overschreden?**

Past de noodzakelijke zorg met behandeling niet binnen het beschikbare budget?

- Dan overlegt het zorgkantoor altijd met de CZT over een doelmatige inzet van middelen voor de overige zorg (of er nog ruimte of een andere verdeling mogelijk is in de aangevraagde zorg). Ook wordt afgestemd of de behandeling noodzakelijk is voor het gehele jaar. Is dat niet het geval dan wordt de inzet van behandeling niet op weekbasis maar op jaarbasis berekend (kalenderjaar);
- Is er sprake van een combinatie ZIN met PGB? Dan overlegt het zorgkantoor ook altijd met de budgethouder<sup>76</sup> over doelmatige inzet van middelen omdat het PGB geen verworven recht is. Net zoals bij het MPT wordt besproken of er binnen het PGB nog ruimte is om middelen anders te verdelen. Het PGB is daarop, in overleg met de budgethouder of gewaarborgde hulp, door de zorgkantoren flexibel aan te passen (toepassen van zorg op maat voor het uitzetten van PGB);
- Is er niet genoeg budget beschikbaar voor alle noodzakelijke zorg en/of behandeling? Dan wordt het beschikbare budget verminderd met het standaard<sup>77</sup> bedrag voor de dagbesteding dat onderdeel is van het zorgprofiel. Dat gebeurt tegen het tarief dat daarvoor in PGB beschikbaar is. Er wordt op het beschikbare budget dus géén Zorg in natura tarief voor de inbegrepen dagbesteding in mindering gebracht;
- Vervolgens wordt het budget opgehoogd met het tarief voor de behandeling die nodig is (individueel of groep);
- Is er naast de Behandeling groep (dagbehandeling ook Begeleiding groep (dagbesteding) nodig? Dan wordt het bedrag naar rato gekort;
- Past de noodzakelijke zorg en behandeling niet binnen het basisbudget met de module behandeling? Dan kan de toeslag Extra kosten thuis (inclusief module Behandeling) worden aangevraagd (zie paragraaf 3.3.6);
- Is ook dit budget niet voldoende dan kan gekeken worden naar de overige extra toeslagen die dan ingezet kunnen worden (zie paragraaf 3.3.7).

<sup>76</sup> Of zijn gewaarborgde hulp. Dit is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel.

<sup>77</sup> Dit is terug te vinden in de tabel voor het PGB tarief per zorgprofiel.

### Wanneer de cliënt behandeling nodig heeft bij leveringsvorm MPT

- Wordt eerst bepaald of behandeling betaald kan worden uit het beschikbare basisbudget. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis verantwoord blijft. Omdat behandeling vaak kortdurend is, wordt het weekbudget dat hiervoor in de AAT moet worden opgenomen, teruggerekend op basis van een kalenderjaar. Resteert er onvoldoende ruimte, dan is er extra budget beschikbaar;
- Bij behoefte aan extra financiële ruimte, selecteert de zorgaanbieder in de rekenmodule een behandelprestatie (individueel of groep) die past bij het geïndiceerde zorgprofiel. Het basisbudget (en percentage) in de rekenmodule wordt dan automatisch opgehoogd met een component voor behandeling. Dit is het nieuw beschikbare budget. Met de ophoging komt het beschikbare budget uit op een percentage dat hoger is dan 100%;
- Geldt dat het extra budget voor behandeling niet ingezet wordt voor andere Wlz-zorg;
- Past de noodzakelijke behandeling binnen het budget (inclusief behandelcomponent) dan vraagt de CZT de behandeling direct aan via een AAT. In deze situaties is vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor en hoeft er geen rekenmodule of Adviesformulier te worden aangeleverd;
- Om te voorkomen dat het zorgkantoor deze aanvragen toch gaat beoordelen vult de CZT in de AAT het veld Doelmatig met Ja en het veld Verantwoord met Ja. Dit is een praktische oplossing omdat het veld Doelmatig Ja, normaal alleen van toepassing is als het budget dat nodig is voor het MPT gelijk is aan PGB;
- Levert de aanbieder naast de tijdelijke behandeling nog andere zorg uit het MPT? Dan worden beide percentages bij elkaar opgeteld en in één percentage aangevraagd voor de leveringsvorm MPT. De leveringsvorm MPT wordt bij een zorgaanbieder dus niet gesplitst over een kortdurende periode (voor behandeling) en een lange periode (voor overige Wlz-zorg) met 2 verschillende percentages. Zo is er per zorgaanbieder altijd maar één leveringsvorm MPT toegewezen (overige MPT-zorg én/of behandeling). In deze situatie vraagt de aanbieder het totale MPT voor de langste periode aan. Dat gebeurt vanaf de vroegste datum van een nieuwe zorgtoewijzing. Bij een MPT met soort zorgtoewijzing Regulier kan dit voor de duur van het indicatiebesluit zijn. (Bij een MPT met soort zorgtoewijzing Overbrugging is dit maximaal een jaar.);
- Het zorgkantoor toetst achteraf de noodzaak en periode van inzet behandeling. Het zorgkantoor houdt daarbij rekening met de leeftijdsgroep. Voor de doelgroep kinderen (< 18 jaar) wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met de ontwikkelingsfase. Als langere inzet van (tijdelijke) behandeling nodig is en de aanbieder twijfelt over akkoord van het zorgkantoor op deze verlenging? Leg deze vraag dan via het Notitieverkeer voor bij het zorgkantoor.

#### 3.3.6 VPT of MPT in combinatie met Persoonsgebonden budget (PGB)

Een cliënt kan ervoor kiezen om zijn Wlz-zorg zelf te regelen met een PGB<sup>78</sup>. Zorg die betaald wordt met een PGB is te combineren met MPT of VPT<sup>79</sup>. Inzet van zorg thuis via een PGB moet, net zoals bij zorg in natura (ZIN), doelmatig en verantwoord zijn. Dit wordt daarom ook getoetst door de zorgkantoren. Wil een cliënt zijn PGB combineren met ZIN dan beoordeelt het

<sup>78</sup> Behandeling en een aantal zorgprofielen (9VVB, GGZB, SGLVG en LVG, 5GGZW) komen niet in aanmerking voor PGB.

<sup>79</sup> In de situatie dat de cliënt kiest voor VPT, kan alleen de BG GRP (naast het VPT) geregeld worden met een PGB als dit is toegestaan bij het geïndiceerde en/of toegewezen zorgprofiel.

zorgkantoor altijd de complete zorgvraag. De cliënt (budgethouder) is zelf verantwoordelijk voor het inkopen en organiseren van kwalitatief goede zorg met een PGB. Hij stemt dit zelf, of met zijn gewaarborgde hulp, af met het zorgkantoor. Omdat een Wlz-zorgaanbieder hierin formeel geen rol heeft, worden PGB-procedures niet beschreven in het voorschrift.

Het is mogelijk dat zorg thuis via ZIN niet doelmatig en verantwoord geregeld kan worden, maar dat dit wel lukt (in combinatie) met een PGB. Dit kan bijvoorbeeld als een cliënt zorg nodig heeft op veel en onregelmatige tijdstippen of locaties of 24 uur toezicht nodig heeft. De Wlz-zorgaanbieder is niet in staat dit te regelen, maar de cliënt kan dit wel organiseren door mantelzorg, huisgenoten en/of informele zorgverleners in te schakelen.

### **Uitvoeringsproces voor VPT of MPT in combinatie met PGB**

- Heeft een cliënt bij indicatiestelling voorkeur voor leveringsvorm VPT of MPT in combinatie met leveringsvorm PGB? Dan is deze informatie terug te zien in het zorgtoewijzingsbericht, in het gedeelte over het indicatiebesluit<sup>80</sup> (VoorkeurCliënt: VPT/PGB of MPT/PGB);
- Weet een cliënt bij indicatiestelling al dat hij zorg thuis wil in de combinatie met PGB? Dan wijst het zorgkantoor het VPT of MPT de eerste keer altijd met 1% toe aan de voorkeuraanbieder. Dit % is voor de aanbieder een trigger om met de cliënt te bespreken of hij (een deel van de) zorg met PGB wil inkopen. De CZT of DH ontvangt naast een reguliere zorgtoewijzing voor het VPT of MPT, informatief een zorgtoewijzing die naar PGB verwijst;
- Deze informatieve zorgtoewijzing vertelt alleen dat de cliënt een wens heeft voor PGB of al een PGB heeft. De budgetcomponent voor het PGB-deel wordt nooit doorgegeven (het veld ToewijzingPercentage is leeg) aan de betrokken zorgaanbieder(s). Vanuit wetgeving voor bescherming van persoonsgegevens is het niet toegestaan deze informatie te delen;
- Bij de combinatie van ZIN met PGB is het aanspreekpunt voor PGB, de cliënt zelf of zijn gewaarborgde hulp;
- Het percentage van 1% is voor zorgkantoren ook een trigger om intern het proces voor aanvraag van een PGB op te starten (en te monitoren);
- Heeft de cliënt niet eerder een PGB gehad en is er wel direct zorg noodzakelijk? Overleg dan met de cliënt of de noodzakelijke zorg opgestart mag worden via ZIN. Vanaf het moment dat duidelijk is of een cliënt in aanmerking komt voor PGB, kan dan een nieuwe verdeling van het toe te wijzen percentage worden aangevraagd;
- Heeft een cliënt volledig PGB en wil hij (een deel) van dit PGB omzetten naar ZIN? Dan moet de budgethouder dit zelf rechtstreeks melden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor bespreekt dan met de cliënt van welke zorgaanbieder hij dit wil krijgen en wijst daarna het VPT of MPT met een percentage van 1% toe aan deze voorkeuraanbieder. Het percentage van 1% is voor deze zorgaanbieder een trigger om het gesprek met de cliënt aan te gaan over invulling (verdeling) van zijn zorgarrangement.

*De ouders van Stijn Pit vragen bij het CIZ een nieuw indicatiebesluit aan. Stijn heeft verstandelijke en lichamelijke beperkingen. De conditie van Stijn gaat achteruit en er is meer zorg nodig. Het CIZ geeft voor Stijn een indicatie af voor zorgprofiel 5VG. Zijn ouders geven bij het CIZ aan dat ze nu een deel van de zorg via PGB willen inkopen en een deel via MPT willen verzilveren via De*

<sup>80</sup> Het indicatiebesluit gedeelte in het zorgtoewijzingsbericht wordt niet altijd ingelezen in systemen van zorgaanbieders. Dat is een keuze van de softwareleverancier (die in overleg met de zorgaanbieder is gemaakt).

*Appelboom. Het zorgkantoor maakt een zorgtoewijzing aan voor De Appelboom. Stijn verzilverde zijn vorige indicatiebesluit volledig via PGB.*

IO31 (verzonden op 03-05-2021) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 03-05-2021) Van Zorgkantoor naar De Appelboom
<b>Indicatie</b> Besluitnummer: 304 Soort indicatie: CIZ Grondslag: Verstandelijke beperking Afgiftedatum IB: 03-05-2021 Ingangsdatum IB: 03-05-2021 Einddatum IB: leeg/geen Meerzorg: nee Financiering: Wlz	<b>Toegewezen: zorgprofiel 5VG</b> Instelling: De Appelboom Soort zorgtoewijzing (ztw): Regulier Toewijzingsdatum: 03-05-2021 ToewijzingPercentage: 1% Ingangsdatum ztw: 03-05-2021 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Appelboom
<b>Geïndiceerd: zorgprofiel 5VG</b> Geïndiceerde klasse: KE7 Ingangsdatum: 03-05-2021 Einddatum: geen VoorkeurCliënt: Combinatie MPT/PGB Voorkeuraanbieder: De Appelboom	<b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (2) *</b> Instelling: n.v.t. (leeg) Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 03-05-2021 ToewijzingPercentage: n.v.t. (leeg) Ingangsdatum ztw: 03-05-2021 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: PGB Coördinator zorg thuis: n.v.t. (leeg)

Voorbeeld 3a

*\* Het zorgkantoor stuurt informatie over PGB mee in het zorgtoewijzingsbericht als op dat moment ook al een zorgtoewijzing is aangemaakt voor PGB (voor het eigen PGB-systeem).*

- Het PGB is niet meer gekoppeld aan een (standaard) vertaling naar functies en klassen. Een cliënt heeft zo ook bij PGB de mogelijkheid om een flexibel budget aan te vragen;
- Neemt een cliënt zijn zorg af via een VPT dan kan dit alleen met PGB gecombineerd worden voor dagbesteding (zorgprofielen GZ en GGZ-W). Hiervoor is dan de verdeling van het aantal dagdelen dagbesteding naar ZIN en/of PGB van belang. De dossierhouder (VPT) geeft deze verdeling via de rekenmodule en het Notitieverkeer door aan het zorgkantoor. Zowel voor reguliere zorginzet als voor inzet van overbruggingszorg. Het zorgkantoor kan daar dan het juiste PGB-budget aan koppelen;
- Wil de cliënt zijn MPT graag van een of meerdere zorgaanbieders in combinatie met PGB? Dan moet het beschikbare budget in overleg met de cliënt of zijn gewaarborgde hulp (PGB) over de zorgaanbieder(s) en het PGB worden verdeeld. Daarvoor moet de integrale zorg met de cliënt worden besproken. Als een cliënt informatie over zijn PGB wil delen dan kan de verdeling van het budget door de CZT met behulp van de rekenmodule worden berekend. Vervolgens vraagt de CZT (de verdeling van) het MPT met een AAT aan bij het zorgkantoor. De CZT kan het gedeelte voor PGB niet aanvragen via de AAT. De cliënt vraagt dit altijd zelf aan bij het zorgkantoor;
- Wil de cliënt informatie over (de hoogte van zijn) PGB niet delen met de CZT, dan is dat geen probleem. De zorgaanbieder vult dan in de aanvraag het % dat nodig is om het MPT te leveren. Geef in de rekenmodule wel aan of met de cliënt besproken is (J/N) dat het

zorgarrangement voor MPT van invloed kan zijn op de hoogte van het PGB. Dit voorkomt onnodige vertraging en helpt zorgkantoren in de afhandeling van de aanvraag. Het zorgkantoor controleert deze aanvragen altijd apart vanwege het financiële effect op het (al beschikte) PGB of de op te starten procedure PGB;

- De CZT levert in deze situaties (combinatie ZIN/PGB) altijd een rekenmodule aan bij het zorgkantoor met de verwachte structurele zorginzet per week. Zowel voor reguliere zorginzet als voor inzet van overbruggingszorg. Het zorgkantoor beoordeelt deze aanvragen altijd in totaliteit, voordat er zorgtoewijzingen worden aangemaakt. Het PGB-deel moet namelijk teruggerekend worden naar een budget voor het (lopende) kalenderjaar en vervolgens worden afgestemd met de budgethouder.

*De Appelboom heeft met de ouders van Stijn overlegd. Het budget (percentage) dat nodig is om het deel MPT te leveren voor Stijn is 65%. De ouders zijn daarmee akkoord. De overige zorg kan met het resterende budget van 35% worden ingekocht via PGB.*

AW39 (verzonden op 07-05-2021) Van De Appelboom naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 10-05-2021) Van Zorgkantoor naar De Appelboom
Besluitnummer: 304 Aanvraag: zorgprofiel 5VG Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Appelboom Doelmatig: Ja Verantwoord: Ja  <b>Aanvraag instelling</b> De Appelboom Soort zorgtoewijzing: Regulier Ingangsdatum ztw: 03-05-2021 Einddatum ztw: geen ToewijzingPercentage: 65%	<b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (1)</b> Instelling: De Appelboom Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 10-05-2021 ToewijzingPercentage: 65% Ingangsdatum ztw: 03-05-2021 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Appelboom  <b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (2)</b> Instelling: n.v.t. (leeg) Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 10-05-2021 ToewijzingPercentage: n.v.t. (leeg) Ingangsdatum ztw: 03-05-2021 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: PGB

Vervolg voorbeeld 3b

### 3.3.7 MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis (EKT)

Iemand kan er veel baat bij hebben om thuis te blijven wonen, ook als zorg thuis meer kost dan het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel. De toeslag Extra kosten thuis (EKT) is daarom voor iedereen beschikbaar die zorg thuis kan krijgen via een MPT en/of PGB<sup>81</sup>. Dat geldt zowel voor regulier zorg thuis als voor overbruggingszorg thuis. Zo kan betere aansluiting worden gezocht bij de zorg of begeleiding die een cliënt via zijn zorgverzekeraar of gemeente kreeg. Of

<sup>81</sup> De toeslag EKT (maximaal 25% extra budget bovenop basisbudget voor bepaald zorgprofiel) was tot 1 juli 2018 begrensd tot 3 groepen cliënten: opgroeiende kinderen in een gezinssituatie <23 jaar), cliënten deel uitmaken van een gezinssituatie met opgroeiend(e) kind(eren <18 jaar) of die gericht waren op verwerven van inkomen uit werk vanuit huis. Omdat de regeling voor iedereen met een MPT is opengesteld, bestaan die groepen niet meer in iWlz.

kan er thuis beter worden ingespeeld op een toegenomen zorgbehoefte en wordt extra belasting van mantelzorg voorkomen.

Met de toeslag EKT komt maximaal 25% extra budget beschikbaar bovenop het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel als er geen behandeling nodig is.

Heeft iemand (tijdelijk) behandeling nodig naast zijn MPT? Dan geldt dat er ook 25% meer budget beschikbaar is voor de behandelcomponent: 1,25x (basisbudget + behandelcomponent). Het extra budget voor behandeling mag alleen ingezet worden voor behandeling. Het budget kan dan een zorgtoewijzingspercentage hebben dat hoger ligt dan 125%.

De toeslag EKT is niet (zonder meer) van toepassing als een cliënt:

- in een geclusterde woonvorm verblijft die gefinancierd wordt via ZIN (of PGB). Bijvoorbeeld in een geclusterd VPT- of PGB-wooninitiatief (ouderinitiatief). Omdat de toeslag EKT juist bedoeld is om iemand langer thuis te laten wonen, in zijn gezinssituatie. Bovendien kan binnen een geclusterde woonvorm zorg efficiënter georganiseerd worden dan wanneer een cliënt nog in zijn gezinssituatie woont. Hier wordt rekening mee gehouden bij de beoordeling van een aanvraag voor de toeslag EKT door het zorgkantoor;
- onderdeel uitmaakt van een gezin waar meerdere kinderen/personen aanspraak maken op zorg. In deze situaties is ook in redelijkheid te verwachten dat er enige doelmatigheid kan worden bereikt bij de in te zetten zorg (het wordt niet als redelijk beschouwd dat voor elk kind of persoon standaard gerekend wordt met maximaal 125%). Het zorgkantoor houdt hier rekening mee bij de beoordeling;
- continue toezicht nodig heeft. Continue toezicht (24 uur zorg rond, 1:1) kan niet bekostigd worden met de verruimde EKT-regeling<sup>82</sup>;
- gebruik maakt van PGB. Het zorgkantoor toetst dan eerst op uitnutting van het PGB. Is er nog budget over dan is de vraag of de toeslag wel noodzakelijk is. Bijvoorbeeld bij een combinatie met MPT kan dan mogelijk de beschikking PGB worden aangepast ten gunste van het MPT (maatwerk). Het zorgkantoor kan ook kijken naar bijvoorbeeld veranderingen op het salaris van de zorgverlener. EKT mag niet worden aangevraagd om salarisverhoging te financieren.

### Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag EKT

- De toeslag EKT wordt alleen aangevraagd voor noodzakelijke zorg. Er wordt niet standaard 25% extra budget aangevraagd. Doelmatige inzet van zorg blijft uitgangspunt;
- Bij een aanvraag voor EKT hoeft de zorgaanbieder geen rekenmodule aan te leveren bij het zorgkantoor (met uitzondering voor de combinatie MPT/PGB). Dat geldt ook voor het Adviesformulier als de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd. Hij gebruikt beide tools wel om de AAT te beoordelen en in te dienen. Er is dus vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor;
- Voor het berekenen van het aan te vragen % in de AAT, vult de CZT in de rekenmodule dat er sprake is van een bijzondere situatie: EKT. Het beschikbare budget in de rekenmodule wordt dan automatisch verruimd;

---

<sup>82</sup> Toezicht die vertaald kan worden naar een van de functies waarop in de Wlz aanspraak bestaat, bijvoorbeeld verpleegkundig toezicht bij ademhalingsondersteuning, kan thuis wel worden ingezet. Toezicht die niet vertaald kan worden naar een functie, zoals aanwezigheid bij verblijfszorg, valt hier buiten.

- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie: Extra kosten thuis (EKT);
- Wordt de toeslag EKT met de Module Behandeling ingezet, dan vult hij in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie:ToeslagOverig, Combinatie van EKT en extra behandeling (code 7);
- Wordt een MPT gecombineerd met PGB én er sprake is van EKT, dan kan de cliënt het beschikbare budget naar wens verdelen over beide leveringsvormen. Bijvoorbeeld 75% voor het MPT en 50% voor PGB of andersom. Zo kan ook een gedeelte van bijvoorbeeld persoonlijke verzorging via MPT worden ingezet en een gedeelte via PGB worden ingekocht. Met uitzondering van noodzakelijke behandeling, die maakt altijd onderdeel uit van het MPT-budget. Voor de zorg die een cliënt inkoopt met PGB wordt een budgetplan aangeleverd bij het zorgkantoor;
- Wijst het zorgkantoor extra budget toe als een MPT met PGB wordt gecombineerd? Dan kan de CZT dat niet standaard opmaken uit het totale percentage, omdat het zorgkantoor geen % aan de zorgaanbieder mag doorgeven over het PGB-gedeelte. Het zorgkantoor laat de CZT dan via het Notitieverkeer weten of er sprake is van EKT;
- Een zorgaanbieder moet achteraf wel kunnen aantonen dat meer budget nodig is om verantwoorde zorg thuis in te zetten en dat er binnen het basisbudget voor het MPT (en/of PGB) geen financiële ruimte meer was om de noodzakelijke zorg te regelen.

### 3.3.8 Mogelijkheden voor extra budget thuis

Heeft iemand een intensieve zorgvraag en is het budget met toeslag EKT (inclusief module Behandeling) niet toereikend? Is thuis wonen wel verantwoord? Dan is het mogelijk om een van onderstaande toeslagen in MPT en/of PGB aan te vragen. Dat geldt ook voor de zorg thuis die bij een cliënt wordt ingezet naast deeltijdverblijf (meer informatie over DTV staat in hoofdstuk 4). Voor deze andere toeslagen geldt de beperking van maximaal 25% extra budget niet.

#### Uitgangspunten aanvraag extra budget

Voor de toeslagen MPT (en/of PGB) geldt dat:

- De toeslag EKT (met module behandeling) altijd voorgaat op een van de andere toeslagen;
- Een van deze andere toeslagen niet bovenop de toeslag EKT mag worden gestapeld;
- Onderstaande toeslagen niet met elkaar mogen worden gecombineerd;
- Onderstaande toeslagen een vaste volgorde hebben. Past de noodzakelijke zorg niet binnen/ bij een (voorliggende) toeslag, dan wordt beoordeeld of de opvolgende toeslag een oplossing biedt.

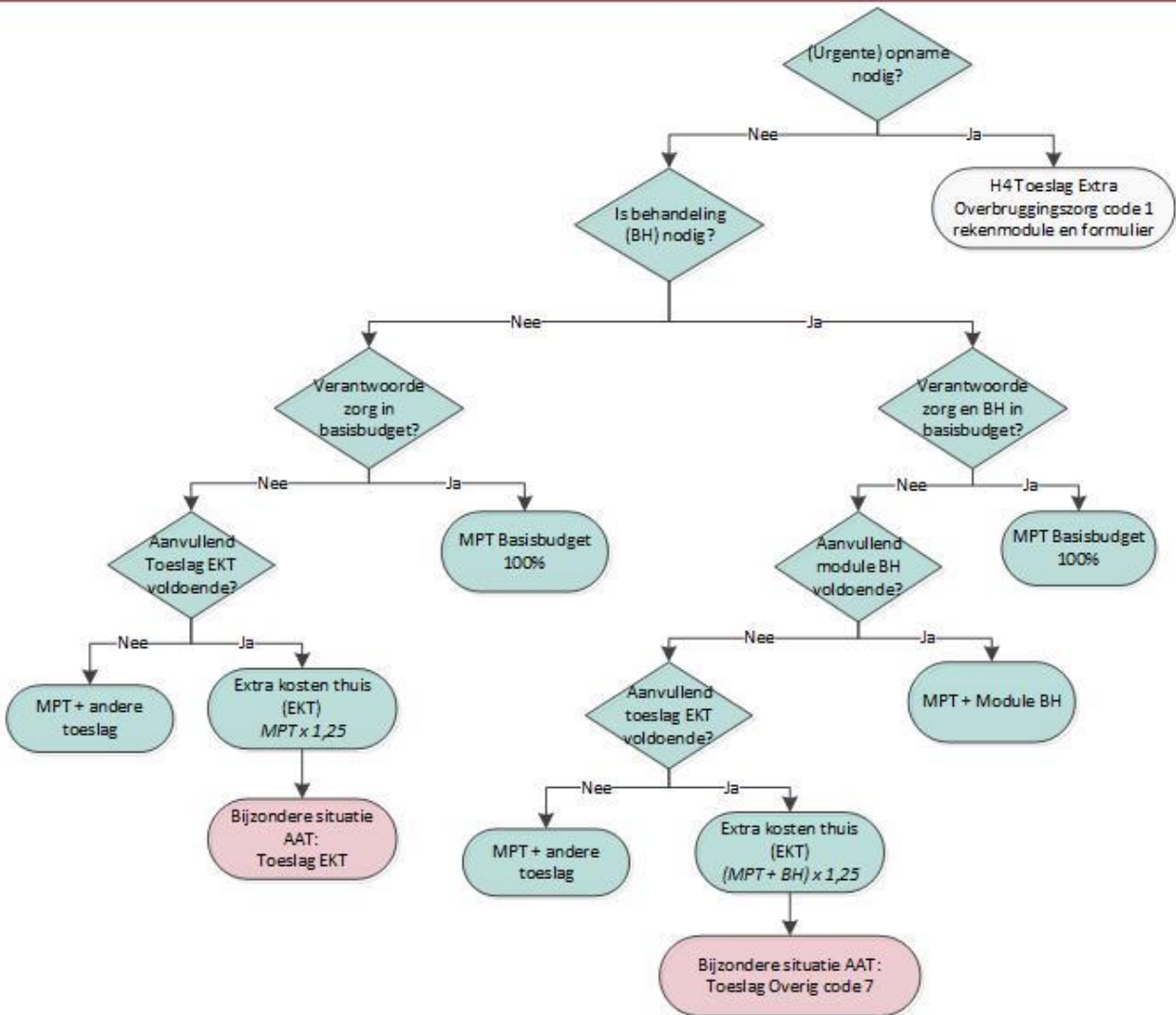
Welke andere toeslagen zijn bovenop het basisbudget mogelijk?

- Ademhalingsondersteuning thuis of
- Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis of
- Palliatief terminale zorg thuis of
- Thuiswonend kind met ontwikkelperspectief < 18 jaar of
- Maatwerktoeslag thuis of
- Meerzorg thuis (MPT) of
- Extra overbruggingszorg, Urgent plaatsen of Actief plaatsen (hoofdstuk 4)



# Modulair Pakket Thuis (verantwoord thuis)

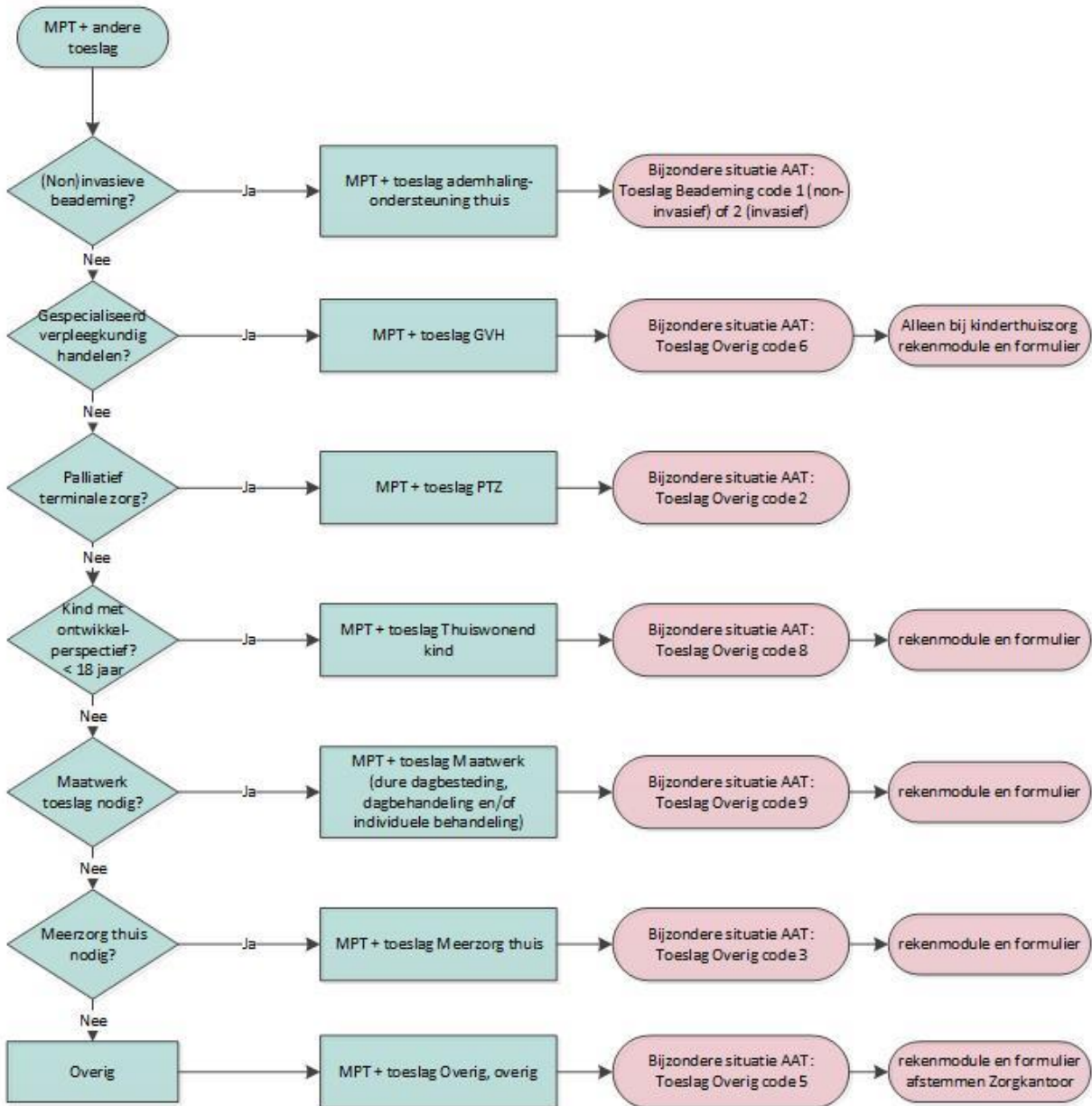
## Aanvullende module en toeslagen



Figuur 9a

# Modulair Pakket Thuis (verantwoord thuis)

## Aanvullende module en toeslagen



Figuur gb

### 3.3.8.1 Toeslag ademhalingsondersteuning thuis

In de Wlz is het mogelijk om een ademhalingstoeslag (non-invasief of invasief) of een toeslag voor permanent toezicht bij ernstige ademhalingsproblematiek (persoonlijk assistentiebudget/PAB) thuis in te zetten. Voor het persoonlijk assistentiebudget gelden extra criteria. Dit kan alleen geregeld worden met PGB. Het (aanvraag)proces PGB wordt in dit voorschrift niet verder uitgewerkt. Zie bijlage A voor een beschrijving van het PAB.

Een ademhalingstoeslag bovenop het basisbudget voor MPT (en/of PGB) is mogelijk omdat deze zorg niet is gebonden aan verblijf in een instelling. Een cliënt komt hiervoor in aanmerking als hij bij opname ook is aangewezen op deze zorg. Het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel kan dan maximaal worden verhoogd met de intramurale toeslag voor non-invasieve of invasieve beademing. De benodigde zorg kan worden ingezet via ZIN en/of PGB.

### Zorgtoewijzingsproces aanvraag ademhalingstoelagen

- Een ademhalingstoeslag is niet van toepassing bij bijvoorbeeld een cliënt waar zuurstof incidenteel nodig is, zuurstof via een 'brilletje of flowsnor' wordt toegediend of waar het zuurstofgehalte in het bloed wordt gemeten;
- Het gaat bij deze groep om cliënten met bijvoorbeeld slikproblemen (obstructie in de ademhaling), risico op acute zuurstofdaling door ademstilstand of risico op een zwaar epileptisch insult of shock. Het is dan noodzakelijk om de ademhaling over te nemen via (non-)invasief beademen door (mechanische) apparatuur. Al dan niet volledig of ter ondersteuning, continue of met onderbreking (bij het wegvallen van de ademhaling wordt automatisch apparatuur ingeschakeld). Non-invasieve beademing gaat via een mond- of neuskapje. Invasieve beademing gaat via een tracheostoma;
- Bij een cliënt met non-invasieve of invasieve beademing waarvoor extra budget nodig is, hoeft de CZT geen Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren bij het zorgkantoor. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd;
- Het totale budget moet wel bij het zorgkantoor worden aangevraagd via een AAT. De CZT geeft daarvoor bij deze situaties in de AAT aan dat er sprake is van Doelmatige zorg: Nee, Verantwoord thuis: Ja. En vult bij Bijzondere situatie: Toeslag Beademing, non-invasieve beademing (code 1) of Toeslag Beademing, invasieve beademing (code 2);
- De CZT borgt dat bij deze groep cliënten wordt voldaan aan voorwaarden<sup>83</sup> die daarvoor ook gelden bij verblijfszorg en VPT. In het (digitale) zorgplan wordt vastgelegd welke aantoonbare contacten er zijn met medisch specialisten of het Centrum Voor Thuisbeademing, dat er aantoonbaar geschoold personeel wordt ingezet die tijdig en adequaat kan ingrijpen of dat dit geborgd is via mantelzorg en er samenwerkingsafspraken zijn met een ziekenhuis om snel te kunnen handelen bij een crisissituatie.

### 3.3.8.2 Toeslag Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis (GVH)

Gespecialiseerde verpleging die door een medisch specialist is voorgeschreven vanwege medisch specialistische behandeling valt onder de Wlz-aanspraken als een medisch specialist zelf niet direct beschikbaar hoeft te zijn voor toezicht of interventie. In deze situaties neemt de huisarts het toezicht of de interventie van de medisch specialist over. Er wordt in deze situatie

<sup>83</sup> Deze voorwaarden zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren.

ook niet meer gesproken van medisch specialistische zorg thuis (MSVT) maar van gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH). Voorbeelden hiervan zijn wondverzorging of het toedienen van injecties.

Vanaf 2018 wordt alleen nog gesproken over MSVT als gespecialiseerde verpleegkundige zorg wordt uitgevoerd onder directe aansturing<sup>84</sup> van een medisch specialist. Het gaat dan om uitzonderlijke situaties zoals bijvoorbeeld hemodialyse<sup>85</sup>. Directe aansturing van de medisch specialist houdt in dat de medisch specialist directe opdracht geeft voor de gespecialiseerde verpleegkundige handelingen, daarvoor aanwijzingen geeft, en het toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de medisch specialist voldoende is geregeld. De medisch specialist zorgt ervoor dat hij of zijn vervanger altijd kan ingrijpen als dit noodzakelijk is.

De verpleging (MSVT) die aan deze voorwaarden voldoet, wordt betaald vanuit:

- de Zvw (medisch specialistische zorg), ook voor iemand met een Wlz-indicatie, als deze verpleging vanuit het ziekenhuis wordt georganiseerd en geleverd;
- de Zvw (wijkverpleging) als deze verpleging niet vanuit het ziekenhuis wordt georganiseerd en geleverd. Dat geldt alleen voor iemand zonder Wlz-indicatie;
- de Wlz als deze verpleging niet vanuit het ziekenhuis wordt georganiseerd en geleverd. En iemand beschikt over een Wlz-indicatie.

### **Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag GVH**

- Alle vormen van verpleging die onder de Wlz-aanspraak Verpleging vallen moet voor iemand met een Wlz-indicatie vanuit het vastgestelde (basis)budget worden betaald<sup>86</sup>;
- Past de zorg niet binnen het beschikbare budget, dan kan de CZT bij het zorgkantoor extra budget aanvragen als er sprake is van Gespecialiseerd Verpleegkundig Handelen (GVH);
- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. In het veld BijzondereSituatie:ToeslagOverig, wordt GVH ingevuld (code 6);
- Is er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde zorg thuis, dan hoeft de CZT bij de AAT géén Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren;
- Om administratieve last bij de zorgaanbieder te voorkomen kan het budget voor GVH voor de duur van het indicatiebesluit worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Op voorwaarde dat een overdrachtsformulier van de medisch specialist is toegevoegd aan het (digitale) zorgplan en direct opvraagbaar is door het zorgkantoor (bij materiële controle). In het overdrachtsformulier staat welke verpleging tijdelijk extra nodig is en waarom;
- Wil een cliënt deze verpleegkundige zorg deels inkopen met een PGB, dan krijgt de zorgtoewijzing voor leveringsvorm PGB dezelfde toewijzperiode als het MPT. Dit is puur administratief en voorkomt dat er later weer een informatieve zorgtoewijzing naar een betrokken zorgaanbieder(s) wordt gestuurd bij verlenging van de PGB-beschikking. Ondanks een langere toewijzperiode, geeft het zorgkantoor voor deze zorg dus een PGB-

<sup>84</sup> Er is sprake van directe aansturing als de medisch specialist de volgende vraag beantwoord met Ja. Wil ik, telkens, rechtstreeks en onmiddellijk met de verpleegkundige spreken over de actuele uitkomsten van mijn geneeskundig beleid en hem/haar op grond van die uitkomsten rechtstreeks en onmiddellijk instueren? (Smart question ZiNL).

<sup>85</sup> Hemodialyse is een behandeling die een deel van de nierfunctie overneemt. Iemand wordt daarvoor aangesloten op een hemodialysemachine.

<sup>86</sup> Deze verpleging moet worden betaald met een bestaande, reguliere Wlz-prestatie.

beschikking af voor 3 maanden. Deze beschikking kan met 3 maanden worden verlengd, op voorwaarde dat de budgethouder een verklaring van de medisch specialist overlegt;

- In de Regeling langdurige zorg is opgenomen dat PGB in deze situaties maar mag worden uitgezet voor 3 maanden en dat er na drie maanden een herbeoordeling dient plaats te vinden. De medisch specialist moet de noodzaak dan opnieuw bevestigen. Dit uitgangspunt geldt ook voor ZIN, maar daar kan het zorgkantoor achteraf op toetsen. Daarom wordt de duur van de zorgtoewijzing bij ZIN niet beperkt in tegenstelling tot PGB;
- Wil een cliënt deze zorg alleen met PGB inkopen, en kan dit niet volledig worden betaald met het beschikbare (basis)budget? Dan wordt dit rechtstreeks bij het zorgkantoor aangevraagd (met verklaring van een medisch specialist);
- Is de toeslag niet meer nodig, dan wordt bij het zorgkantoor een AAT ingediend met een nieuwe verdeling van het budget (en een aangepast %).

### **Toeslag GVH voor kinderen**

Gespecialiseerde verpleging voor kinderen die dit kortdurend nodig hebben wordt geleverd door kinderthuiszorgorganisaties. Voorwaarde daarbij is dat de kinderthuiszorgorganisatie lid is van branchevereniging BINKZ.

### **Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag GVH voor kinderthuiszorgorganisaties**

- GVH mag alleen bovenop het basisbudget MPT worden geleverd. De inzet van GVH wordt dus niet gekort op de reguliere zorg die via MPT (en/of PGB) wordt betaald;
- Het percentage voor MPT (en/of PGB) wijzigt mee door inzet van GVH via een kinderthuiszorgorganisatie;
- Is er een CZT betrokken bij de cliëntsituatie? Dan levert die, in overleg met de kinderthuiszorgorganisatie, een rekenmodule en het Adviesformulier aan bij het regionale zorgkantoor. Wordt er geen andere Wlz-zorg ingezet bij het kind dan levert de kinderthuiszorgorganisatie dit rechtstreeks aan bij het regionale zorgkantoor;
- De CZT of kinderthuiszorgorganisatie vult in de AAT het veld Doelmatige zorg met Nee en het veld Verantwoord thuis met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Gespecialiseerd Verpleegkundig Handelen (code 6).

#### **3.3.8.3 Toeslag Palliatief terminale zorg thuis (PTZ)**

Palliatief terminale zorg is zorg die wordt gegeven in de laatste levensfase van een cliënt. Zijn gemiddelde levensverwachting is dan nog ongeveer 3 maanden. De zorg aan deze cliënten is dan vaak gericht op behandeling of begeleiding bij pijn, benauwdheid en angst (symptoomlasten bestrijding). Daarnaast is het doel om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden voor de cliënt en zijn mantelzorg(ers).

Afhankelijk van de individuele cliëntsituatie kan waken thuis door bijvoorbeeld een verpleegkundige onderdeel zijn van PTZ. Dat kan als degene die de (waak)zorg levert niet op tijd iemand kan inschakelen als dat nodig is of waarvan bepaalde vroeg signalering niet verwacht kan worden. Waken is dan meer dan alleen maar ondersteunen. Een verpleegkundige maakt hiervoor, vaak samen met de huisarts of specialist, een risico-inschatting.

Voorbeelden van cliëntsituaties waarbij waakzorg ingezet kan worden: onrust, wanen, hallucinaties, verward gedrag, noodzaak tot draaien omdat er sprake is van veel pijn, risico op dyspneu (kortademigheid of benauwdheid) of een blow-out (longbloeding).

Kan degene die (waak)zorg levert in deze situaties wel op tijd opschalen dan hoeft er niet de hele tijd een zorgprofessional aanwezig te zijn. De wijkverpleegkundige regelt dan wel dat de bereikbaarheid en nabijheid van een zorgprofessional geborgd is zodat de noodzakelijke zorg op tijd geleverd kan worden. Dit wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan.

Verblijft een cliënt in een instelling maar wil hij zijn laatste levensfase liever thuis doorbrengen of in een hospice (zonder toelating voor verblijf)? Dan is dat mogelijk. Vanaf het moment dat een cliënt niet meer in een instelling verblijft, gelden de regels voor zorg thuis. En kan voor PTZ extra budget worden aangevraagd.

### **Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag PTZ<sup>87</sup> bij MPT (en/of PGB)**

- PTZ thuis kan bij alle zorgprofielen die in aanmerking komen voor zorg thuis;
- Voor de toeslag PTZ is geen andere indicatie van het CIZ nodig (geen specifiek zorgprofiel);
- Voorwaarde voor het leveren van PTZ thuis is dat de CZT en eventueel andere betrokken aanbieder(s) de landelijk vastgestelde richtlijnen voor palliatieve zorg<sup>88</sup> volgt. De CZT bespreekt dit met de betrokken zorgaanbieder(s);
- De CZT kan deze toeslag aanvragen als de noodzakelijke zorg, begeleiding of toezicht<sup>89</sup> niet met het beschikbare (basis)budget kan worden georganiseerd. Is het extra budget dat via de toeslag EKT beschikbaar komt niet voldoende of is de verwachting dat er snel meer budget nodig is? Vraag dan direct de toeslag PTZ aan;
- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: Toeslag Extra kosten thuis óf ToeslagOverig, Palliatief terminale zorg (code 2);
- Is er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde PTZ thuis, dan hoeft de CZT bij de AAT voor het totale budget géén Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren (net zoals bij de toeslag EKT);
- Het zorgkantoor wijst het aangevraagde budget in principe toe zonder verder inhoudelijke beoordeling vooraf. Dit gebeurt op basis van het principe high trust high penalty en op voorwaarde dat de onderbouwing van de extra zorginzet, met de ingeschatte levensverwachting volgens de behandelend arts, wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Bij inzet van zorg in natura is het voldoende als een (wijk)verpleegkundige de uitkomst van het gesprek met de arts over de terminale levensfase van een cliënt registreert in het (digitale) zorgplan. De (wijk)verpleegkundige legt daarbij ook vast wanneer dit gesprek met de arts heeft plaatsgevonden, inclusief de naam van de behandelend arts. Vanaf 2020 is er bij inzet van ZIN dus geen aparte verklaring van de behandelend arts meer nodig over de ingeschatte levensverwachting;

<sup>87</sup> PTZ voor een cliënt zonder Wlz-indicatie die thuis, in een hospice of in een instelling wil sterven is vanaf 2015 onderdeel van de aanspraak wijkverpleging of Eerstelijns verblijf (vanaf 2017) die betaald wordt vanuit de Zvw.

<sup>88</sup> Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL): <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/richtlijnen>.

<sup>89</sup> Rekening houdend met de mogelijkheden van mantelzorg, het (cliënt)netwerk en/of inzet van een lokale of regionale organisatie van vrijwilligers voor PTZ.

- Wordt er voor inzet van (een deel van de) PTZ thuis beroep gedaan op een PGB én is er extra budget nodig? Dan is aanwezigheid van een verklaring van de huisarts over de ingeschatte levensverwachting<sup>90</sup> wel vereist en een budgetplan dat gericht is op PTZ. Uit deze verklaring blijkt dan dat de behandelend (huis)arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een naderend overlijden bij de cliënt en dat de ingeschatte levensverwachting nog ongeveer 3 maanden is;
- Wil een cliënt PTZ deels zelf inkopen via een PGB, dan krijgt de zorgtoewijzing voor leveringsvorm PGB dezelfde toewijperiode als het MPT. Dit voorkomt later onnodige informatieve zorgtoewijzingen voor een betrokken zorgaanbieder(s) als het PGB wordt verlengd. Het PGB voor deze zorg wordt door het zorgkantoor namelijk voor maximaal 1 jaar toegekend (beschikt). De duur van de beschikking is afhankelijk van de beoordeling van de cliëntsituatie en het budgetplan door het zorgkantoor;
- Het extra budget wordt toegewezen voor de geldigheidsduur van het indicatiebesluit. Dit voorkomt voor de zorgaanbieder onnodige administratieve last bij de zorg voor een terminale cliënt. Voorwaarde is wel dat de zorgaanbieder een nieuwe zorgtoewijzing aanvraagt bij het zorgkantoor als de cliëntsituatie verbetert en er geen sprake meer is van een terminale levensfase. Zorgkantoren monitoren zorgaanbieders op de duur en inzet van ondoelmatige PTZ en toetsen zo nodig of er nog sprake is van een terminale levensfase;
- Is de extra toeslag niet meer nodig omdat de gezondheidssituatie van de cliënt stabiliseert of verbetert en is er geen sprake meer van een terminale levensfase<sup>91</sup>? Dan wordt de zorgbehoefte opnieuw bepaald en bij het zorgkantoor een AAT ingediend met een nieuwe verdeling van het budget. Dat gebeurt altijd in overleg met de cliënt, de betrokken zorgaanbieder(s) en eventueel behandelend arts. In deze situaties is het geïndiceerde zorgprofiel weer leidend voor de inzet van zorg. Is dit zorgprofiel niet meer passend dan wordt een herindicatie aangevraagd als er nog een beter passend zorgprofiel beschikbaar is.

### Zorgtoewijzingsproces PTZ bij VPT

- Palliatieve zorg wordt in principe betaald op basis van het geïndiceerde (of toegewezen) zorgprofiel, omdat zorg aan het einde van een leven gewoon onderdeel is van de reguliere zorg die een aanbieder levert. Het toegewezen zorgprofiel is het te declareren zorgprofiel (het toegewezen zorgprofiel kan afwijken van het geïndiceerde zorgprofiel);
- Alleen in de situatie van een zeer intensieve 24-uurs zorgvraag die niet geleverd (betaald) kan worden vanuit het toegewezen zorgprofiel, kan de VPT-prestatie die hoort bij het zorgprofiel VV10 gedeclareerd worden. De criteria hiervoor staan onder paragraaf 4.4 (PTZ bij verblijfszorg);
- inzet van PTZ en declaratie van een VPT-prestatie voor VV10 (specifieke VPT-prestatie voor palliatieve zorg) kan in deze situaties zonder tussenkomst van het zorgkantoor plaatsvinden. Dat kan op het al toegewezen zorgprofiel. Dit op voorwaarde dat de onderbouwing van de extra zorginzet, met de ingeschatte levensverwachting volgens de behandelend arts, wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Vanaf 2020 is er bij inzet van

<sup>90</sup> De tekstuele beschrijving vervangt de tem terminaliteitsverklaring. Veldpartijen zoeken naar een andere benaming.

<sup>91</sup> Is er sprake van een verbetering van de cliëntsituatie en is er geen sprake meer is van een terminale levensfase, dan kan in overleg met de behandelend arts de verklaring over de ingeschatte levensverwachting (PGB) worden ingetrokken. Dat gebeurt altijd in overleg met de cliënt en de zorgaanbieder. In deze situaties is het geïndiceerde zorgprofiel weer leidend voor de inzet van zorg. Is dit zorgprofiel niet meer passend dan moet een herindicatie worden aangevraagd.

ZIN geen aparte schriftelijke verklaring nodig van de behandelend arts over de geschatte levensverwachting.

#### **3.3.8.4 Toeslag Thuiswonend kind (<18 jaar) met ontwikkelperspectief**

De toeslag Thuiswonend kind (< 18 jaar) met ontwikkelperspectief is bedoeld voor thuiswonende kinderen met combinatie problematiek van verstandelijke beperking met lichamelijke en/of zintuiglijke beperking. Deze kinderen hebben hierdoor behoefte aan maatwerk inzet van intensieve dagbesteding, dagbehandeling en/of individuele behandeling.

Deze toeslag geeft het zorgkantoor ruimte voor een snellere beoordeling omdat die voorliggend is aan de toeslag Meerzorg MPT. Voor inzet van het gehele zorgarrangement hoeft daardoor niet de volledige Meerzorg-procedure te worden doorlopen.

De toeslag kan worden ingezet als de toeslagen Ademhalings-ondersteuning, GVH of PTZ niet van toepassing zijn. Voor inzet van deze toeslag geldt als expliciete voorwaarde dat:

- Het kind jonger dan 18 jaar is. En;
- De ontwikkeling van het kind op de voorgrond staat. Vanuit dit perspectief gaat het ook altijd om tijdelijke inzet van extra budget. En;
- Er een zorgbehoefte is voor dure dagbesteding, dagbehandeling of individuele behandeling waarbij:
- de kosten van dagbesteding hoger liggen dan het bedrag dat daarvoor beschikbaar is in het (basis)budget, inclusief EKT. Met deze toeslag kan het prijsverschil worden overbrugd. De hoogte van de vergoeding voor dagbesteding in het basisbudget is terug te vinden in de Rekenmodule (tab) en de actuele RIz;
- de noodzakelijke kosten voor behandeling bij een kind met complexe problematiek niet betaald kunnen worden vanuit het budget dat beschikbaar is voor de toeslag EKT met Module behandeling. Het resterende budget voor bijvoorbeeld de noodzakelijke verpleging en verzorging kan daardoor te weinig zijn.

Voor de ontwikkeling van het kind is een multidisciplinair team betrokken met inbreng van orthopedagogische ondersteuning en/of therapieën. Het aangeboden (dag)programma is deels individueel en deels groepsgericht met concrete en haalbare (behandel)doelen die programmatisch worden gegeven. Denk daarbij aan extra bewegen en ontwikkelen van praktische, cognitieve en/of sociaal/emotionele vaardigheden.

Het programma heeft ook als doel om gevolgen van de aandoening (complicaties) te voorkomen of het ontstaan van aan de aandoening gerelateerde stoornissen te voorkomen. Er is ook vaak veel paramedische zorg nodig en/of persoonlijke verzorging of verpleging.

#### **Welke doelgroep komt bijvoorbeeld in aanmerking voor deze toeslag?**

Kinderen < 18 jaar met een combinatie van meerdere (minimaal 2), complexe beperkingen zoals:

- zeer ernstig verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEMVB). Het IQ<sup>92</sup> van deze kinderen is niet valide en betrouwbaar te meten;

---

<sup>92</sup> Bij ernstig meervoudig beperkte kinderen (EMB) ligt het IQ tussen 25-30 punten maar er kan ook sprake zijn van een matig verstandelijke beperking met gedragsproblemen.



- ernstige lichamelijke/motorische beperkingen, bijvoorbeeld spasticiteit en/of scoliose (los van de verstandelijke beperking), waardoor zelfstandig voortbewegen een probleem is;
- (een niet instelbare vorm van) epilepsie;
- eet- en drinkproblemen waardoor gebruik van sondevoeding (PEG-sonde) noodzakelijk is;
- andere (chronische) gezondheidsproblemen door organische afwijkingen zoals chronische luchtweginfecties, chronische pijnen, obstipatie, reflux etc.;
- niet zelfstandig kunnen (voort)bewegen waardoor ook risico op doorliggen (decubitus) ontstaat (vaak kunnen cliënten alleen liggen of met veel steun zitten) of voortbewegen is alleen mogelijk met ondersteuning van hulpmiddelen;
- grote fysieke kwetsbaarheid (vaak ziek en/of verblijf in ziekenhuis);
- een verstoorde prikkelverwerking en zintuiglijke problemen (visus, auditief);
- non-verbale wijze van communiceren via geluiden (bijvoorbeeld wisselende intonatie, tempo of toonhoogte) of via bewegingen of fysiologische reacties (bijvoorbeeld versnelde ademhaling of pupilverwijding). Wijze van communicatie is vaak subtiel en blijft makkelijk onopgemerkt;
- gedragsproblemen (bijvoorbeeld verwondingen, stereotype en teruggetrokken gedrag, slaapproblemen etc.). Het kan hier ook gaan om gedragsproblemen in combinatie met aanvullende problematiek zoals verslaving, dakloosheid of fysieke agressie;
- hoog medicatiegebruik.

### **Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag Thuiswonend kind**

- De CZT kan deze toeslag aanvragen als de noodzakelijke dagbesteding, dagbehandeling en/of individuele behandeling niet met het beschikbare (basis)budget kan worden georganiseerd. Ook niet via de toeslag EKT inclusief de module Behandeling;
- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Thuiswonend kind met ontwikkelperspectief < 18 jaar (code 8);
- Gelijktijdig wordt een Rekenmodule en het Adviesformulier aangeleverd, waarin de motivatie en toelichting is opgenomen. De behandelaar moet de noodzaak voor de behandeling (individueel of in groepsverband) aan de cliënt goed onderbouwen, dat geldt ook voor inzet van dure dagbesteding (zie paragraaf 3.3.4.2);
- Uit de aanvraag wordt ook duidelijk dat er minimaal 1 gecontracteerde zorgprofessional betrokken is bij de cliëntsituatie, die doelgericht werkt aan de ontwikkeling van het kind (ZIN of combinatie ZIN/PGB). Dat geldt ook als er sprake is van alleen inzet van PGB;
- Had de cliënt voor afgifte van een indicatiebesluit al zorg vanuit het andere domein Jw en/of Zvw? En is het nodig om een deel van deze zorg (bij dezelfde aanbieder) te continueren dan wordt dat ook aangegeven op het formulier. Wil een cliënt graag deze aanbieder behouden dan wordt daar zoveel mogelijk rekening mee gehouden op voorwaarde dat deze aanbieder gecontracteerd is voor Wlz-zorg of als onderaannemer kan/wil werken;
- De aanvraag wordt maximaal voor een periode van 3 jaar toegekend omdat er nog sprake is van een ontwikkelingsfase die van invloed is op de intensiteit en frequentie van behandelen (toegewezen budget/percentage). Na deze periode kan de behandeling opnieuw worden verlengd als dat nodig is. De duur van de zorgtoewijzing is afhankelijk van het moment waarop een kind 18 jaar wordt;

- Bij een aanvraag voor verlenging van de toeslag wordt bij de aanvraag altijd een evaluatie toegevoegd waarin het behaalde resultaat tot dan toe wordt beschreven met de reden van verlenging (zie paragraaf 3.3.4.2).

### **3.3.8.5 Toeslag Maatwerk dure dagbesteding en/of behandeling (individueel of groep)**

De toeslag Maatwerk met dure dagbesteding en/of behandeling is bedoeld voor iemand die niet in aanmerking komt voor een van de voorliggende toeslagen. Maar waar wel behoefte is aan inzet van dagbesteding, dagbehandeling of individuele behandeling die boven de EKT-grens uitkomt. Door inzet van zorg op maat is wel sprake van een verantwoorde thussituatie.

Voorwaarden voor inzet van deze toeslag:

- er is sprake van complexe problematiek bij een cliënt. In de gehandicaptenzorg moet een oudere cliënt met complexe problematiek bijvoorbeeld geplaatst worden in een kleinere groep met daarvoor gekwalificeerd personeel. De kosten hiervan kunnen bij zorg in natura aanzienlijk hoger liggen dan de bedragen die voor deze dagbesteding zijn opgenomen in het basisbudget voor zorg thuis. Het resterende budget voor bijvoorbeeld de noodzakelijke verpleging en verzorging kan daardoor te weinig zijn;
- de kosten van dagbesteding liggen hoger dan het bedrag dat daarvoor beschikbaar is in het (basis)budget, inclusief EKT. Met deze toeslag kan het prijsverschil worden overbrugd. De hoogte van de vergoeding voor dagbesteding in het basisbudget is terug te vinden in de Rekenmodule (tab) en de actuele RIz;
- de noodzakelijke kosten voor behandeling bij een cliënt met complexe problematiek kunnen niet betaald worden vanuit het budget dat beschikbaar is voor de toeslag EKT met Module behandeling. Het resterende budget voor bijvoorbeeld de noodzakelijke verpleging en verzorging kan daardoor te weinig zijn.

### **Processtappen aanvraag toeslag Maatwerk**

- Heeft een cliënt bijvoorbeeld extra of dure behandeling of dagbesteding nodig? En kan die niet (volledig) worden betaald via de toeslag EKT (inclusief de Module behandeling) of een van de andere voorliggende toeslagen? Dan vraagt de CZT dit aan bij het zorgkantoor en levert daarbij de onderliggende motivatie aan;
- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Maatwerk in verband met dure dagbesteding, dagbehandeling en/of individuele behandeling (code 9);
- Gelijktijdig wordt een rekenmodule en het Adviesformulier aangeleverd, waarin de motivatie en toelichting is opgenomen;
- Is voor een cliënt extra budget nodig voor behandeling (individueel en/of in groepsverband) dan onderbouwt de behandelaar de noodzaak van deze aanvraag (zie paragraaf 3.3.4.2);
- Bij een aanvraag voor (dag)behandeling kijkt het zorgkantoor altijd naar de inzet van middelen die voor dagbesteding in het basisbudget beschikbaar zijn. Bij de beoordeling over het aantal dagdelen dagbehandeling worden die meegewogen en kan het daarvoor beschikbare bedrag worden ingezet voor (dag)behandeling.

### 3.3.8.6 Toeslag Meezorg thuis bij MPT (en/of PGB)

#### Wanneer is er sprake van toeslag Meezorg?

Meezorg kan zowel thuis als in een instelling worden ingezet. Niet elke cliënt kan een beroep doen op de toeslag Meezorg MPT. De toeslag Meezorg is bedoeld om cliënten met een extreme zorgzwaarte (extreem hoge zorgvraag) van adequate zorg te voorzien. De zorg die noodzakelijk is, is zwaarder (intensiever) dan de gangbare zorg voor cliënten in de Wlz. Om voor deze toeslag in aanmerking te komen moet iemand aan een aantal voorwaarden voldoen.

#### Wie kan beroep doen op de toeslag Meezorg thuis?

Iemand kan beroep doen op de toeslag Meezorg<sup>93</sup> MPT als hij beschikt over:

- een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud, 5ZGvis, 4GGZW of 5 GGZW én;
- het budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel en wat is opgehoogd met de toeslag EKT (inclusief module behandeling), niet voldoende ruimte<sup>94</sup> biedt om een passende oplossing voor de zorgbehoefte te realiseren en/of;
- iemand voor inzet van de extra zorgbehoefte<sup>95</sup> niet in aanmerking komt voor een van de andere voorliggende toeslagen (Ademhalingsondersteuning, PTZ, GVH, Thuiswonend kind <18 jaar met ontwikkelperspectief of Maatwerk Dure dagbesteding of behandeling).

#### Wanneer kan er géén toeslag Meezorg MPT worden aangevraagd?

De toeslag Meezorg MPT kan niet worden aangevraagd als:

- het (basis)budget dat hoort bij een bepaald zorgprofiel (nog) niet volledig is ingezet voor directe zorglevering aan de cliënt. Inclusief de toeslag EKT (met behandeling);
- iemand een indicatie heeft voor een SGLVG zorgprofiel, een LVG zorgprofiel, een 6GGZ-B of een 7GGZ-B zorgprofiel. Voor deze profielen is intramurale Meezorg wel mogelijk (zie hoofdstuk 4 en bijlage H);
- er sprake is van een aanvraag voor het regelen van 24-uurs toezicht<sup>96</sup> in de directe nabijheid. Meezorg is bedoeld voor mensen die meer (aanvullende) zorg nodig hebben op grond van bijzondere cliëntkenmerken. Meezorg is niet bedoeld om continue toezicht thuis te organiseren (dat is ondoelmatig en in een instelling beter te organiseren).

<sup>93</sup> De criteria voor de regeling meezorg zijn terug te vinden in artikel 2.2 van de Regeling Langdurige Zorg (RLZ). In het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.1.1, lid 2 wordt het verzekerd pakket en het recht op zorg omschreven.

<sup>94</sup> Het criterium dat er voor de toeslag 25% meer zorgvolume nodig is dan de zorg die hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel vervalt vanaf 2020 voor zorg thuis via MPT en/of PGB. Maar geldt nog wel voor intramurale Meezorg en Meezorg die naast VPT wordt ingezet.

<sup>95</sup> Meezorg voor iemand die zijn Wlz-zorg alleen via PGB inkoop valt buiten de scope van het voorschrift. Hiervoor is een apart uitvoeringsprotocol beschikbaar. Budgethouders regelen deze meezorg aanvragen zelf.

<sup>96</sup> Bijvoorbeeld het regelen van toezicht in het kader van beveiliging.

## Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag Meezorg MPT

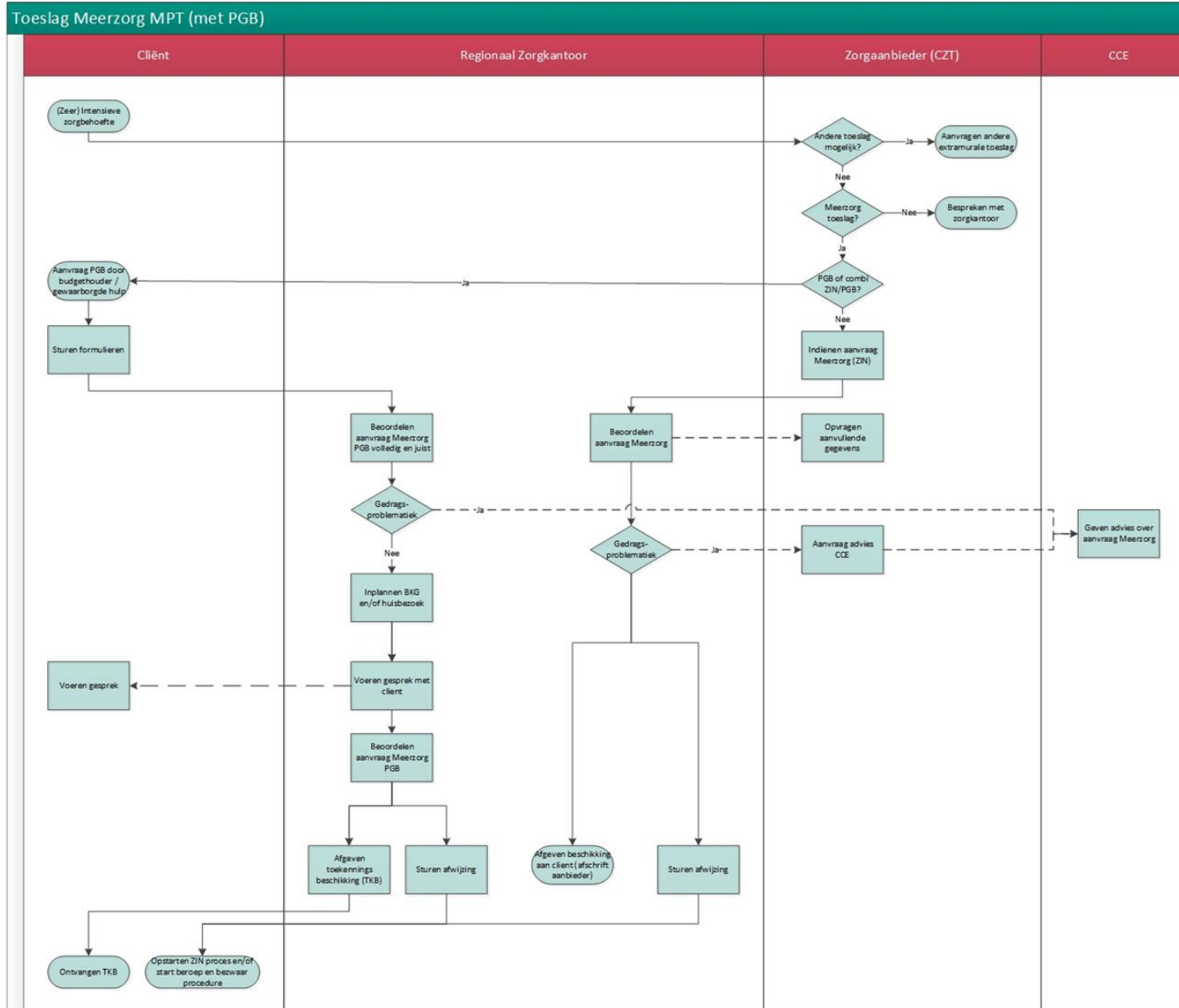
- Voor een individuele aanvraag Meezorg thuis bij (geclusterd) VPT wordt de intramurale Meezorgprocedure gevolgd. Dit staat verder uitgewerkt in bijlage H, net zoals de Meezorg procedure voor Verblijfszorg;
- Bij een individuele aanvraag voor de toeslag Meezorg MPT is alleen sprake van een aanvraag voor extra budget voor directe cliëntgebonden zorgkosten. Vergoeding van indirecte kosten is bij deze cliëntsituaties niet mogelijk (zie bijlage H, Groepsmeezorg);
- Wordt de toeslag Meezorg MPT toegekend, dan vervalt een eventueel eerder toegekende toeslag (bijvoorbeeld EKT);
- Besluit over een aanvraag Meezorg MPT wordt altijd door het regionale zorgkantoor genomen op basis van zorginhoudelijke redenen. Het advies van het CCE wordt daarin meegenomen als dit is opgevraagd;
- Voor de beoordeling van een aanvraag (ZIN en/of PGB) kan het regionale zorgkantoor besluiten om bij een cliënt op huisbezoek te gaan;
- Bij een aanvraag Meezorg MPT voor een cliënt met (ernstige) gedragsproblematiek kan het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) adviseren over de toegang tot Meezorg (MPT en/of PGB). Inschakelen van het CCE is afhankelijk van de gedragsproblematiek bij een cliënt en zijn context;
- Het CCE heeft géén adviserende rol voor iemand zonder (ernstige) gedragsproblematiek. De volledige beoordeling ligt dan bij het zorgkantoor;
- In een aanvraag voor (alleen) PGB legt het zorgkantoor, na 1<sup>e</sup> beoordeling, contact met het CCE als dat nodig is. Het CCE adviseert over aantal uren zorg die nodig zijn, looptijd en eventuele verbeterdoelen. Het zorgkantoor vertaalt dit advies naar een PGB;
- In een aanvraag voor ZIN loopt het contact met het CCE via de zorgaanbieder (na 1<sup>e</sup> beoordeling door zorgkantoor en afstemming tussen zorgkantoor en zorgaanbieder);
- Voor consultatie (inhoudelijke toetsing) stelt het CCE als voorwaarden dat er een complete aanvraag wordt voorgelegd en dat er een gedragsdeskundige betrokken is bij de cliënt;
- Het zorgkantoor beoordeelt de toegang tot Meezorg MPT in de situaties waar geen sprake is van gedragsproblematiek. Het CCE heeft bij deze situaties géén adviserende rol;
- De zorgaanbieder gebruikt de actuele versie van de Rekenmodule<sup>97</sup> en vult daarin de tab Meezorg onderbouwing bij MPT (in combinatie met PGB). En leest vooraf de tab Werkwijze rekenmodule zorgvuldig door;
- Gebruikt de zorgaanbieder een verouderde versie van het formulier en/of de rekenmodule dan neemt het zorgkantoor de aanvraag niet in behandeling. Dat geldt ook voor aanvragen waar;
  - In de rekenmodule de tabbladen Adviesformulier, Rekenblad en/of Meezorg MPT onderbouwing niet (goed) gevuld zijn;
  - Informatie ontbreekt over aard en omvang van de uren zorg of begeleiding die nodig zijn en het zorgprofiel overstijgen en onderbouwing van de noodzaak daarvan;
  - het dag/week schema ontbreekt waaruit blijkt op welke momenten er zorg, begeleiding, dagbesteding en/of dagbehandeling wordt geleverd en door welke zorgaanbieder;

<sup>97</sup> Voor een individuele aanvraag Meezorg VPT gebruikt de zorgaanbieder het actuele Excel sjabloon Meezorg (zie bijlage H) en niet de Rekenmodule.

- het actuele zorgplan ontbreekt;
  - bij een her-aanvraag geen informatie wordt aangeleverd over de systematische wijze waarop aan vooraf opgestelde doelen is gewerkt en welke resultaten behaald zijn;
  - de eventuele mogelijkheden voor inzet van gebruikelijke zorg, mantelzorg, (cliënt)netwerk, of respijtzorg ontbreekt.
- Zijn er meerdere zorgaanbieders bij een cliënt betrokken? Dan wordt bij een aanvraag Meerzorg MPT met de cliënt besproken wie de CZT is. De CZT is verantwoordelijk voor deze Meerzorg aanvraag;
  - De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Meerzorg (code 3);
  - Is er sprake van een combinatie MPT met PGB? Volg dan de aanvraagprocedure PGB als de nadruk ligt op PGB. (Voor het MPT-gedeelte wordt in deze situaties ook altijd een rekenmodule ingevuld door de CZT anders heeft het zorgkantoor geen totaalbeeld van het budget.) Volg anders de aanvraagprocedure MPT;
  - Het zorgkantoor legt het besluit over een aanvraag Meerzorg MPT vast in een individuele beschikking. In de beschikking staat of de aanvraag akkoord is;
  - Bij een negatieve beschikking geeft het zorgkantoor een inhoudelijke en juridische onderbouwing van het besluit. Bijvoorbeeld omdat in de aanvraag onvoldoende wordt aangetoond dat de zorgvraag niet past binnen het reguliere budget, eventueel aangevuld met een andere, voorliggende toeslag. De zorgaanbieder ontvangt deze toelichting ook via het Notitieverkeer;
  - Het zorgkantoor legt in de beschikking ook vast voor welke periode die is afgegeven. Afhankelijk van de casuïstiek is de maximale looptijd 3 jaar<sup>98</sup> (als het CCE is ingeschakeld adviseert het CCE ook over de looptijd);
  - De beschikking voor een aanvraag Meerzorg PGB of Meerzorg MPT wordt door het zorgkantoor altijd naar de cliënt gestuurd. De zorgaanbieder die de toeslag Meerzorg MPT heeft aangevraagd, ontvangt bij een positief besluit de zorgtoewijzing. Daarnaast wordt via het Notitieverkeer de hoogte van het budget, de begin- en de einddatum doorgegeven;
  - De zorgaanbieder meldt, bij een individuele Meerzorgaanvraag, een relevante wijziging in het (digitale) zorgplan of de persoonlijke omstandigheden van de cliënt zo snel mogelijk bij het zorgkantoor via het Notitieverkeer. Het zorgkantoor beslist op basis van deze informatie of een nieuwe beoordeling voor Meerzorg MPT noodzakelijk is;
  - De zorgaanbieder voegt bij een aanvraag voor verlenging altijd een evaluatie van de ingezette extra middelen toe en de tot dan toe bereikte doelen (kritische reflectie / voorgangsrapportage). Bij een afwijkende aanvraag wordt die onderbouwd;
  - De zorgaanbieder declareert voor Meerzorg MPT de reguliere, extramurale prestaties bij het zorgkantoor;
  - In bijlage H staat de bezwaarprocedure beschreven die gevolgd moet worden als een cliënt het niet eens is met het besluit van het zorgkantoor (zie paragraaf 13.6). En hoe te handelen bij verhuizing van een cliënt naar een andere zorgkantoor regio (zie paragraaf 13.7).

<sup>98</sup> In uitzonderingsgevallen is een langere periode mogelijk als er sprake is van een stabiele, structurele intensieve zorgvraag (waarbij verandering of verbetering niet wordt verwacht binnen 3 jaar)..

# Processchema aanvraag Meezorg MPT (met PGB)



Figuur 10

### 3.3.9 VPT, MPT of PGB in combinatie met logeren

Om de mantelzorg thuis te ontlasten, als voorbereiding op een opname of bijvoorbeeld voor herstel na een ziekte (zelfstandigheid bevorderen) is logeeropvang in een instelling mogelijk. Logeren of vakantieopnames kan in de Wlz voor maximaal 156 etmalen per kalenderjaar, dat is wettelijk zo geregeld. De etmalen mogen worden opgespaard en voor langere (vakantie)periodes worden ingezet. Wordt een indicatie in de loop van een kalenderjaar afgegeven? Dan wordt het maximaal aantal etmalen logeeropvang naar verhouding bepaald: het aantal weken dat het indicatiebesluit in dat kalenderjaar nog geldig is wordt vermenigvuldigd met maximaal 3 etmalen per week.

Structureel ontlasten van de mantelzorg kan ook via deeltijdverblijf(DTV) in combinatie met zorg thuis. Dit biedt een oplossing als bijvoorbeeld met het aantal etmalen logeren de thuissituatie (structureel) onvoldoende wordt ontlast. Omdat het hier om een vorm van verblijfszorg gaat, wordt die uitgewerkt in hoofdstuk 4.

#### Declareren van logeren

- Voor MPT en PGB (ook tijdens de wachtperiode tot opname) geldt dat logeren wordt bekostigd vanuit het basisbudget. Daarmee is er geen onderscheid tussen aanvragen voor logeren voor leveringsvorm MPT of PGB;
- Logeren maakt dus onderdeel uit van de leveringsvorm MPT of PGB en wordt niet via een AAT aangevraagd onder de leveringsvorm Verblijf;
- Cliënten die hun indicatie volledig in PGB hebben omgezet, kopen ook het logeren in met dit budget. Wil een cliënt logeeropvang via MPT inkopen? Dan wordt dit altijd uit het beschikbare (basis)budget voor de cliënt betaald. Het budget PGB wordt daarvoor dan gecorrigeerd. Het logeren via zorg in natura (ZIN) komt dus niet extra bovenop het PGB;
- Voor het logeren geldt een integraal tarief. Alle zorg die een cliënt tijdens een etmaal logeren krijgt, wordt in één tarief afgerekend. Het is dan niet meer mogelijk om voor de periode van logeren gelijktijdig nog andere extramurale prestaties te declareren. Uitzondering hierop vormt behandeling en begeleiding groep (GZ<sup>99</sup>). Inzet van begeleiding groep (dagbesteding) tijdens het logeren mag als dit aansluit bij de definitie in de NZa beleidsregel<sup>100</sup>. Dat geldt ook voor noodzakelijke behandeling als die geen onderdeel is van de logeerprestatie<sup>101</sup>. De prestaties voor dagbesteding en/of behandeling hoeven dan niet te worden ingevuld in de rekenmodule. Het zorgkantoor kan bij de zorgaanbieder achteraf toetsen of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd;
- Voor de aanvraag in de rekenmodule geldt dat het gemiddeld aantal etmalen per week dat een cliënt komt logeren wordt ingevuld. Reken het aantal etmalen per week terug op basis van het verwachte aantal etmalen dat een cliënt in een kalenderjaar komt logeren. Past het logeren niet in het (basis)budget dat voor een cliënt beschikbaar is? Overleg dit dan met het zorgkantoor.

<sup>99</sup> Let op: bij het schrijven van het voorschrift is het niet duidelijk of dit ook voor de GGZW geldt.

<sup>100</sup> Dagbesteding/dagbehandeling (of dagactiviteit) is een structurele tijdsbesteding met een vastomlijnd doel waarbij de cliënt actief wordt betrokken en die hem zingeving geeft. Een reguliere dag structurering of welzijnsactiviteit in de woon-/of verblijfsituatie zoals bijvoorbeeld zang, bingo of uitstapjes valt niet onder dagbesteding/dagbehandeling.

<sup>101</sup> Het zorgkantoor gaat uit van gepaste inzet van financiële middelen.

- Voor het aantal dagen dat logeren gedeclareerd mag worden, geldt dat de dag van aankomst (voor 20.00 uur) en de dag van vertrek<sup>102</sup> mogen worden gedeclareerd. Dit kan een dag verschil opleveren met het aantal etmalen dat is aangevraagd in de rekenmodule. Dus bij een aanvraag van 3 etmalen in de rekenmodule, mag een zorgaanbieder 4 etmalen declareren<sup>103</sup>.

### **MPT en logeren**

Is bij start van het MPT nog geen behoefte aan logeren, maar ontstaat deze later wel? Dien dan een nieuwe aanvraag voor het MPT in als het logeren door een nieuwe aanbieder wordt geleverd of als deze zorg niet past binnen het toegewezen percentage. Zonder toewijzing voor een percentage kan de logeerprestatie door de nieuwe aanbieder niet worden gedeclareerd. Bovendien kan het uitbreiden van de zorg met logeren consequenties hebben voor de ruimte voor andere zorgprestaties binnen het MPT. Vul daarom de rekenmodule in.

### **VPT en logeren**

Cliënten die hun zorg thuis krijgen via een VPT kunnen ook gebruik maken van een logeermogelijkheid. Logeren kan, net zoals tijdelijk verblijf bij familie, detentie of tijdelijke afwezigheid door vakantie gedeclareerd worden naast het VPT. Dat kan voor maximaal 14 aaneengesloten dagen (inclusief weekenddagen) per keer. Deze dagen worden alleen betaald als iemand, voorafgaand aan zijn afwezigheid, al minimaal 14 dagen gebruik maakte van het VPT. Het VPT hoeft dan dus niet direct te worden beëindigd.

Logeren valt onder leveringsvorm MPT. De DH kan daarvoor, naast een regulier toegewezen VPT, een reguliere zorgtoewijzing voor leveringsvorm MPT aanvragen. De leveringsvorm MPT en VPT kunnen gelijktijdig naast elkaar open staan, maar er moet dan wel sprake zijn van een andere zorgaanbieder (andere locatie waar de cliënt gaat logeren).

### **MPT of VPT en vakantieopname**

Er wordt van een vakantieperiode gesproken als een cliënt kortdurend maar minimaal 7 dagen aaneengesloten wordt opgenomen. Het MPT wordt tijdens deze vakantieperiode beëindigd. Dat geldt niet direct voor een VPT (zie VPT en logeren).

De coördinator zorg thuis (MPT) vraagt daarvóór, via de normale werkwijze, een zorgtoewijzing aan voor het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf voor de vakantieperiode. Zij blijven ook tijdens de vakantieperiode het eerste aanspreekpunt voor de cliënt. Na terugkeer naar de eigenlijke situatie wordt het MPT weer van kracht op voorwaarde dat de cliëntsituatie ongewijzigd is. De zorgtoewijzingen hiervoor moeten dan weer opnieuw worden aangevraagd bij het zorgkantoor. De coördinator zorg thuis (MPT) kan deze zorgtoewijzing alvast aanvragen voor na de geplande vakantieperiode. Dat kan niet in dezelfde AAT als die voor verblijfszorg, maar de aanbieder kan wel direct daarna een tweede AAT aanmaken voor MPT (dus twee AW39-berichten).

<sup>102</sup> Het mogen declareren van de dag van vertrek heeft te maken met een verschil tussen de aanspraak en de financiering. De aanspraak die is beschreven door het Zorginstituut gaat uit van etmalen (overnachtingen), de financiering gaat uit van dagen.

<sup>103</sup> 156 etmalen logeren kan dan leiden tot maximaal 208 etmalen declareren.



### **Eerstelijnsverblijf (kortdurend verblijf buiten eigen huis)**

Eerstelijns verblijf wordt geregeld door zorgverzekeraars. In bijlage A staat een korte beschrijving van Eerstelijnsverblijf. Cliënten die thuis wonen en géén Wlz-recht hebben komen hiervoor in aanmerking. Dat geldt ook voor de groep cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel, die de keuze hebben gemaakt om uit te stromen naar een ander domein (zie bijlage D). Voor respijtzorg kunnen deze groepen een beroep doen op de gemeente (Wmo). Cliënten met een indicatie voor een 'hoog' zorgprofiel kunnen dus geen gebruik maken van Eerstelijns verblijf die betaald wordt vanuit de Zvw.

### **3.3.10 VPT, MPT of PGB in combinatie met onderwijs**

Wlz-zorg kan, bij schoolgaande kinderen met een Wlz-indicatie, gecombineerd worden met zorg in het onderwijs<sup>104</sup>. Het gaat dan om persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding. Voorbeelden daarvan zijn: hulp bij eten en drinken, toiletbezoek, het bewegen en/of zich verplaatsen, hulp bij verzorging van een stoma, hulp bij het toedienen of gebruik van medicijnen of hulp bij communicatie (begrijpen wat anderen zeggen en jezelf begrijpelijk maken).

### **Procesafspraken bij zorg tijdens onderwijs**

- Zorg tijdens het onderwijs kan geleverd worden via MPT (of via PGB). Deze zorg wordt betaald uit het beschikbare (basis)budget. De CZT vraagt dit via een AAT aan;
- Zorg tijdens het onderwijs kan ook geleverd worden naast VPT of verblijfszorg, via het tarief inclusief dagbesteding;
- Wil de cliënt zijn zorg tijdens het onderwijs van een zorgaanbieder? Dan is deze zorgaanbieder verantwoordelijk voor de zorg tijdens het onderwijs. Het gaat bij ZIN altijd om een zorgaanbieder die al bij de zorg voor een kind betrokken is. Zijn er meerdere zorgaanbieders bij de zorgverlening voor een kind betrokken? Dan kiest het kind en/of de ouder(s)/verzorger(s) zelf wie de zorg tijdens het onderwijs levert;
- De zorgaanbieder die de zorg tijdens het onderwijs levert, zorgt dat de afspraken hierover worden vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Deze afspraken worden ook samen met de school gemaakt;
- Kan een kind niet deelnemen aan het onderwijs door ziekte, dan is het mogelijk om de extra zorg thuis in te zetten of in de woonvorm. Dat geldt ook voor een vakantieperiode.

---

<sup>104</sup> Meer informatie over zorg in het onderwijs is terug te vinden in het Beleidskader contractering Wlz van de zorgkantoren en via de handreiking Zorg en onderwijs: [www.passendonderwijs.nl](http://www.passendonderwijs.nl).

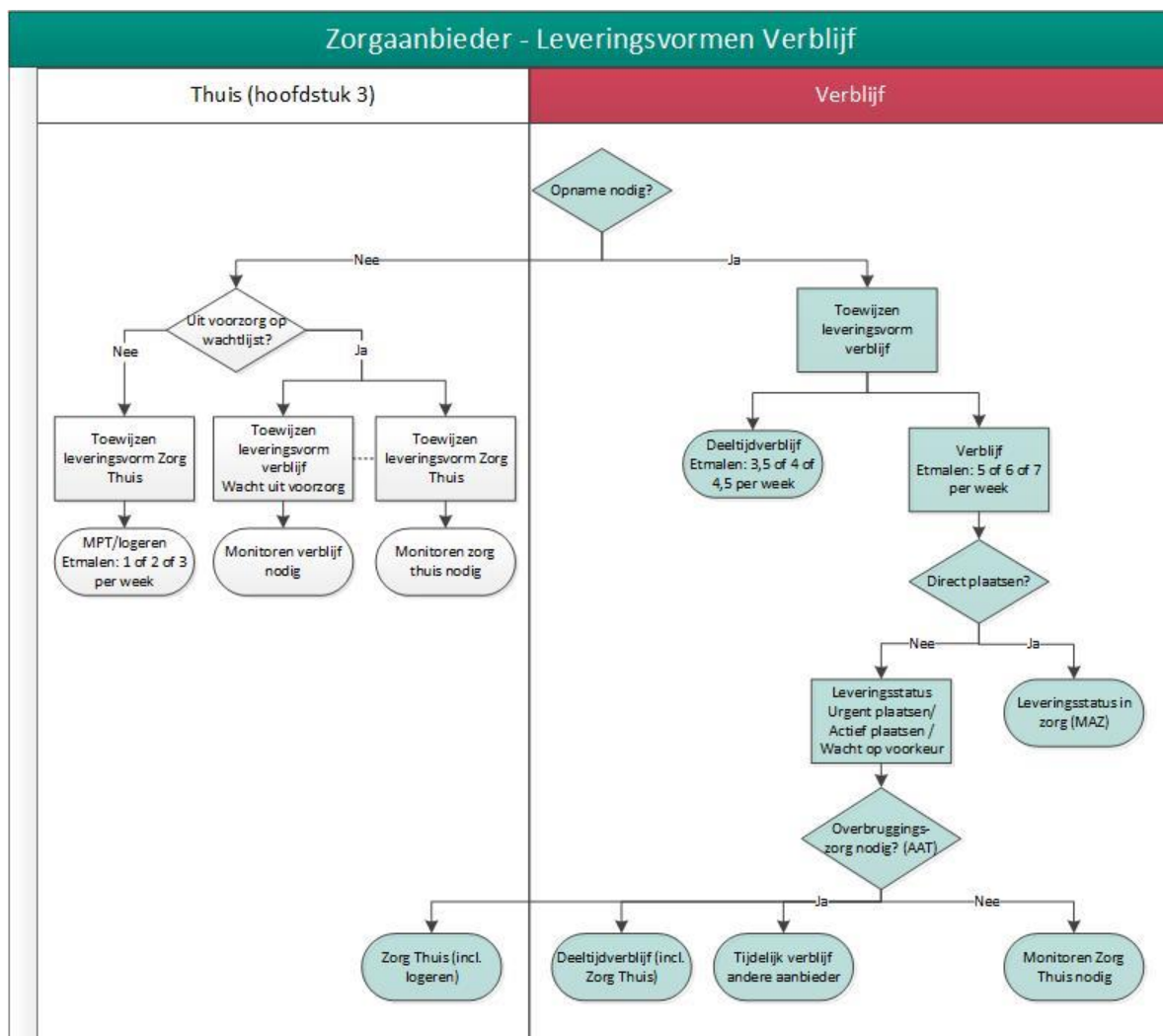
## 4. Wlz-zorg bij (deeltijd)verblijf in een instelling

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we in paragraaf 4.2 eerst de algemene uitgangspunten voor het organiseren van verblijfszorg. Vervolgens worden de specifieke uitgangspunten voor verblijfszorg bij een SGLVG of LVG-zorgprofiel beschreven, de rol van de dossierhouder en het veld Behandeling in de MAZ voor verblijfszorg. De paragraaf wordt afgesloten met enkele voorbeelden van het gewijzigde wachtlijstbeheer voor verblijfszorg.

Onder paragraaf 4.3 krijgt de leveringsvorm deeltijdverblijf (DTV) extra aandacht. Deeltijdverblijf is onderdeel van dit hoofdstuk omdat bij DTV de nadruk ligt op verblijfszorg en niet op de zorg thuis. DTV wordt daarom gezien als een vorm van Verblijf. Vanaf 2021 kan iemand met een wens voor DTV op de wachtlijst staan. Dit wordt toegelicht met een 2-tal voorbeelden. Belangrijk is verder dat er vanaf 2021 ook wachtlijstinformatie wordt opgebouwd voor partneropname.

De crisiszorg (voor alle sectoren) en de intramurale toeslag Meerzorg worden in dit hoofdstuk kort benoemd. Verdere uitwerking van de uitvoeringsprocessen is terug te vinden in bijlage G Crisiszorg en bijlage H Meerzorg bij verblijfszorg of (geclusterd) VPT.



Figuur 11

## 4.2 Verblifzorg

### 4.2.1 Algemene uitgangspunten verblifzorg

- Mensen met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (V&V), de Gehandicaptenzorg (GZ)<sup>105</sup> of geestelijke gezondheidszorg (GGZ)<sup>106</sup> kunnen Wlz-zorg in een instelling krijgen;
- Voor de GGZB-zorgprofielen geldt dat iemand alleen een beroep kan doen op de Wlz als hij meer dan 3 jaar in een GGZ-instelling verblijft die gericht is op behandeling. Een indicatie voor een GGZB-zorgprofiel volgt dan aansluitend op intramuraal klinisch verblif, die de eerste 3 jaar betaald is vanuit de Zvw. Een indicatiebesluit voor een GGZB-zorgprofiel wordt in de Wlz afgegeven voor maximaal 3 jaar omdat een behandeltraject in principe kortdurend

<sup>105</sup> De gehandicaptenzorg (GZ) onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

<sup>106</sup> De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kent vanaf 2021 zorgprofielen GGZ-B (klinisch verblif) en GGZ-W (wonen).

is. Als de cliënt nog niet is uitbehandeld na deze periode kan een nieuw indicatiebesluit worden aangevraagd met een passend GGZB-zorgprofiel voor de situatie op dat moment;

- Is verblijf in een GGZ-behandelinstelling niet meer nodig? Dan vervalt het Wlz-recht, ook bij een nog geldig GGZB-indicatiebesluit. Behalve als iemand, op basis van zijn Wlz-indicatie, binnen 90 dagen<sup>107</sup> terugkeert naar de GGZ-behandelinstelling. Of op basis van de Wlz-criteria een indicatie heeft voor een ander Wlz-zorgprofiel. Bijvoorbeeld een GGZW<sup>108</sup>-zorgprofiel. In alle andere situaties is er sprake van onrechtmatig gebruik van de Wlz. Iemand met een indicatie voor een GGZB-zorgprofiel mag dus niet worden opgenomen in een V&V of GZ-instelling<sup>109</sup> of Wlz-zorg thuis krijgen;
- Heeft iemand een indicatie voor een GGZW-zorgprofiel en krijgt hij verblijfszorg zonder behandeling? Dan blijft de intramurale zorgaanbieder verantwoordelijk voor de coördinatie van verblijfszorg én GGZ-behandeling. Deze aanbieder is dus verantwoordelijk voor de afstemming tussen de woonzorg, de specifieke Wlz-behandeling, de GGZ-behandeling en medische generalistische zorg (MGZ) die via de Zvw wordt geleverd. Via de Zvw wordt bijvoorbeeld inzet van een ambulante behandelteam zoals een FACT-team vergoed<sup>110</sup>. Alle benodigde behandeling is integraal onderdeel van de zorg aan de cliënt. De medische verantwoordelijkheid ligt bij de behandelaar zelf;
- Geriatrische revalidatiezorg valt onder de Wlz als er sprake is van een cliënt die al verblijfszorg krijgt inclusief behandeling. In deze situatie heeft het CIZ de mogelijkheid om een indicatiebesluit voor zorgprofiel gVVB af te geven (op herstelgerichte behandeling). In alle andere situaties van Wlz-zorg (verblijfszorg zonder behandeling, deeltijdverblijf, VPT, MPT en/of PGB) valt de geriatrische revalidatiezorg onder de Zvw<sup>111</sup> en kan de cliënt daarop beroep doen. Ook als een Wlz-indicatie nog niet is verzilverd;
- Heeft iemand een geldige indicatie voor een laag zorgprofiel VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3<sup>112</sup>, ZGaud1 of ZGvis 1 (zie bijlage D)? En is die in 2015 uitgestroomd naar een ander domein, dan geldt een terugkeergarantie voor de Wlz. Dat kan op basis van deze indicatie alleen via directe opname in een instelling. Het is met deze indicaties niet mogelijk om terug te keren in de Wlz waarbij de wachtperiode tot opname overbrugd wordt met zorg thuis;
- Mobiliteitshulpmiddelen voor iemand die niet meer thuis woont, worden vanaf 1 januari 2020 vergoed vanuit de Wlz en niet vanuit de WMO (gemeente). Dat geldt niet alleen voor verblijfszorg met behandeling maar ook voor verblijfszorg zonder behandeling. Het gaat dan om: een (aangepaste) rolstoel, een (aangepaste) scootmobiel, niet algemeen gebruikelijke fiets of een niet algemeen gebruikelijke buggy/duwwandelwagen voor een minderjarige. Een niet algemeen gebruikelijk aangepast autostoeltje is ook mogelijk voor een minderjarige als die hier vanwege zithouding of veiligheid op is aangewezen.

<sup>107</sup> Keert iemand na 90 dagen terug in een GGZ-behandelinstelling dan wordt het medisch noodzakelijk verblijf weer vanuit de Zvw betaald.

<sup>108</sup> Vanaf 1 januari 2021 maakt een nieuwe range GGZ Wonen zorgprofielen (GGZW) deel uit van de Wlz.

<sup>109</sup> Tenzij voor deze doelgroep in een V&V of GZ-instelling een aparte afdeling is gecreëerd en specifieke zorg wordt ingekocht.

<sup>110</sup> Zie publicatie Zorginstituut: Handreiking behandeling in de Wlz per 1 januari 2021.

<sup>111</sup> Onder verwijzing naar art. 2.5c van het Besluit Zorgverzekeringswet.

<sup>112</sup> Is een indicatiebesluit voor zorgprofiel LG3 afgegeven na 1 januari 2015 dan valt die wel onder de Wlz.

#### Maatwerk

- Het voorschrift gaat uit van een maatwerk pakket Wlz-zorg. Het zorgprofiel wordt bij inzet van zorg thuis om de wachtperiode tot opname te overbruggen, dus niet vertaald naar een standaard zorgarrangement maar in overleg met de cliënt ingevuld. Daarbij worden ook de mogelijkheden van de cliënt zelf, zijn mantelzorg en sociaal netwerk besproken en zo mogelijk ingezet (zie bijlage E);
- De kosten voor zorg om de wachtperiode te overbruggen mogen in principe niet hoger zijn dan de zorgkosten bij opname in een instelling. Is dit wel het geval dan gelden andere afspraken voor het zorgtoewijzingsproces (zie paragraaf 4.3);
- Ook bij wonen in een instelling wordt de zorgbehoefte van een cliënt op maat ingevuld. Bovendien kan een cliënt in de gehandicaptenzorg of geestelijke gezondheidszorg (GGZW) zijn dagbesteding of behandeling bij een andere aanbieder afnemen. Neemt een thuiswonende cliënt bijvoorbeeld al deel aan een dagprogramma en wil hij daar graag blijven als hij niet meer thuis kan wonen? Dan is dat mogelijk als die aanbieder voor de Wlz is gecontracteerd of als onderaannemer kan en wil werken.

#### 4.2.2 Zorgprofiel SGLVG of LVG

- Een (SG)LVG-zorgprofiel wordt door het CIZ alleen geïndiceerd als er noodzaak is voor verblijfszorg met behandeling in een (SG)LVG-behandelcentrum en een cliënt nog niet is uitbehandeld. Is verblijf niet nodig, dan geeft het CIZ geen indicatie af voor een SGLVG of LVG-zorgprofiel;
- Is er nog geen plaats voor een cliënt in een (SG)LVG-behandelcentrum? Dan mag thuis, tijdens de wachtperiode tot opname, de noodzakelijke overbruggingszorg en behandeling worden ingezet door een zorgaanbieder die geen (SG)LVG zorg biedt. Dat kan via een VPT, MPT<sup>133</sup> of DTV (als de cliënt hier al gebruik van maakt);
- Wachtstatus: bij overbruggingszorg thuis stuurt de DH een MUT18 (Zorgaanbieder kan nu de zorg (nog) niet leveren). Gelijktijdig wordt bij de leveringsvorm Verblijf de **wachtstatus Actief plaatsen** aangeleverd met **classificatie Dreigende crisis thuis**. Deze combinatie geeft de noodzaak aan van een snelle opname vanuit de thussituatie naar een (SG)LVG-behandelinstelling;
- Overbruggingszorg kan ook worden ingezet als een cliënt al in een Wlz-instelling woont die geen toelating heeft voor het leveren van (SG)LVG-zorg. Dit gebeurt dan op basis van het zorgprofiel in het voorliggende, aansluitende indicatiebesluit. De (SG)LVG-zorgaanbieder levert in deze situatie bij de leveringsvorm Verblijf de **wachtstatus Actief plaatsen** aan met **classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder)**. Ook dit gebeurt via een MUT18. Deze combinatie geeft aan dat de huidige zorgaanbieder geen passende zorg kan bieden aan de cliënt en dat daarom doorstroom naar een (SG)LVG-behandelinstelling noodzakelijk is;
- Voor beide situaties van overbruggingszorg geldt dus dat een cliënt de wachtstatus Actief plaatsen krijgt voor de verblijfszorg in het (SG)LVG behandelcentrum, maar met een andere classificatie (andere context);
- De overbruggingszorg kan maximaal 13 weken worden ingezet. Deze periode kan, in overleg met het zorgkantoor, met maximaal 13 weken worden verlengd waarbij enige extra

<sup>133</sup> Extra financiële ruimte voor inzet van behandeling naast een VPT of MPT kan via de rekenmodule worden aangevraagd maar is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Dat geldt niet voor (SG)LVG zorgprofielen. Behandeling is daar integraal (onlosmakelijk) onderdeel van de gehele zorg en altijd inbegrepen in het basistarief.

uitloop mogelijk is als er zicht is op opname in een (SG)LVG-instelling. Een eventuele verlenging moet tijdig worden aangevraagd het zorgkantoor;

- Is duidelijk dat een cliënt met een (SG)LVG zorgprofiel op korte termijn is uitbehandeld? Dan vervalt zijn recht op Wlz-zorg bij uitstroom uit de (SG)LVG-behandelinstelling. Daarom moet op tijd een nieuwe indicatie worden aangevraagd voor de Wlz, Zvw en/of Wmo. De vervolgzorg kan niet worden vergoed met de (SG)LVG indicatie;
- Krijgt de cliënt een nieuwe Wlz-indicatie? Maar is er nog geen passende plaats bij een andere instelling beschikbaar? Dan kan de klant tijdelijk in de (SG)LVG-behandelinstelling blijven. Vanaf 1 januari 2020 kan het zorgkantoor deze overbruggingszorg dan maximaal 13 weken vergoeden via een van de nieuwe o-prestaties overbruggingszorg LVG of SGLVG. Is er na deze 13 weken nog geen plaats gevonden, dan kan deze periode eenmalig verlengd worden met nogmaals 13 weken. De zorgaanbieder stemt over noodzaak tot verlenging altijd af met het zorgkantoor;
- In de situatie dat doorstroom naar een andere instelling een probleem is, meldt de 'nieuwe' zorgaanbieder na ontvangst van de reguliere zorgtoewijzing dat hij nog geen plaats heeft (MUT18). Hij levert daarbij de **wachtstatus Actief plaatsen** aan met de **classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder)**. Deze combinatie wordt aangeleverd omdat de cliënt is uitbehandeld en zo snel mogelijk moet uitstromen van een (SG)LVG-behandelinstelling. Gelijktijdig vraagt hij overbruggingszorg aan voor de (SG)LVG-behandelinstelling;
- Het tijdelijke (SG)LVG-zorgprofiel wordt voor een kortdurende overbruggingsperiode toegewezen aan de (SG)LVG-behandelinstelling. De reguliere zorg moet in principe binnen 13 weken starten. Zodra er plaats is in een passende Wlz-instelling plaatst deze zorgaanbieder een MAZ op het 'nieuwe', regulier toegewezen zorgprofiel. De zorgtoewijzing voor overbruggingszorg wordt hierdoor ingetrokken door het zorgkantoor;
- De overbruggingsprestaties beginnen in de beschrijving met een O en worden alleen afgesproken met (SG)LVG behandelinstellingen. Deze prestaties worden direct gedeclareerd vanaf de dag dat de (SG)LVG indicatie is vervangen door een nieuwe indicatiebesluit met een ander zorgprofiel. Deze declaraties stoppen op het moment dat de cliënt is verhuisd naar een passende Wlz-instelling;
- Deze O-prestaties mogen alleen worden ingezet bij cliënten die, direct na/aansluitend op een (SG)LVG indicatie, een indicatie krijgen voor een van de volgende zorgprofielen: VV4 t/m VV9b, GGZB1 t/m GGZB7, VG3 t/m VG8, LG2 of LG4 t/m LG7, ZGaud2 t/m ZGaud4, ZGvis2 t/m ZGvis5;
- Voor declaratie van de overbruggingszorgprestaties wordt door de nieuwe voorkeuraanbieder een passend (SG)LVG zorgprofiel aangevraagd via een AAT. Dit gebeurt in overleg met de (SG)LVG behandelinstelling. Met passend wordt verwezen naar het zorgprofiel dat inhoudelijk het beste aansluit bij de cliënt nadat hij is uitbehandeld. Deze aanvragen worden altijd handmatig beoordeeld door het zorgkantoor;
- Geeft het CIZ geen nieuwe indicatie af voor de Wlz? Dan stroomt hij uit naar het andere domein(en). Is passende vervolgzorg niet direct inzetbaar of is hiervoor nog geen plaats beschikbaar? Dan kan het CIZ de (SG)LVG-indicatie maximaal drie maanden verlengen. De cliënt kan zo tijdelijk in de (SG)LVG-instelling blijven. Het zorgkantoor betaalt de (SG)LVG-zorgaanbieder gedurende 13 weken het tarief dat past bij de betreffende (SG)LVG-indicatie. Na 13 weken mag en kan het zorgkantoor geen declaratie voor deze cliënten meer vergoeden.

### 4.2.3 Dossierhouder

#### Dossierhouder algemeen

- De zorgaanbieder die een cliënt als 1e aanspreekpunt wil voor het organiseren van zijn verblijfszorg is de dossierhouder (DH). Dat geldt ook voor Deeltijdverblijf en VPT;
- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al dat hij een voorkeur heeft voor verblijfszorg? Dan staat in het indicatiebesluitbericht bij VoorkeurCliënt, de waarde Verblijf (of Verblijf/PGB);
- Is de voorkeuraanbieder ook bekend dan wijst het zorgkantoor het geïndiceerde zorgprofiel direct toe aan de voorkeuraanbieder, met leveringsvorm Verblijf (Opname: Ja);
- En vult in de zorgtoewijzing de voorkeuraanbieder ook in het veld Dossierhouder (DH);
- Het toe te wijzen % hangt af van de wens van een cliënt. Wil een cliënt alleen zorg in natura dan wordt bij leveringsvorm Verblijf 100% toegewezen. Wil een cliënt verblijfszorg combineren met PGB (voor dagbesteding) dan wordt 1% toegewezen bij de verblijfszorg. Dat heeft te maken met de combinatie ZIN/PGB, het is belangrijk hierover goed af te stemmen met de cliënt/ budgethouder;
- De DH neemt na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt om afspraken te maken over de zorgverlening. Dit gebeurt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen twee werkdagen ná de dag waarop de zorgtoewijzing is ontvangen. Bij dit contact met de cliënt kan een derde partij betrokken zijn, zoals een (wettelijk) vertegenwoordiger of (onafhankelijke) cliëntondersteuner;
- De DH is, samen met het zorgkantoor, verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van de noodzakelijke (overbruggings)zorg voor een cliënt en communiceert daarover met de cliënt;
- De DH bepaalt samen met de cliënt of verblijfszorg ook de best passende oplossing is. Dit voor het geval dat een cliënt denkt dat hij in de Wlz geen thuiszorg kan krijgen (geen keuzevrijheid heeft) en altijd moet kiezen voor verblijfszorg. Is zorg thuis (voorlopig) de gewenste en passende oplossing? Dan zet de DH dit proces in gang. Dit wordt verder uitgewerkt onder Processtappen zorgtoewijzing (zie paragraaf 4.3);
- Is bij een cliënt met een GGZW-zorgprofiel verblijfszorg de best passende oplossing? Dan is de DH ook verantwoordelijk voor afstemming met de GGZ-behandelaar (Zvw) bij eventuele inzet van GGZ-behandeling naast de verblijfszorg;
- Is verblijfszorg de beste oplossing maar is er niet direct een plaats beschikbaar? Dan bespreekt de DH met de cliënt hoe zijn zorg tot opname het beste kan worden ingevuld. Hij houdt daarbij rekening met de zorg of begeleiding die een cliënt eerder heeft gehad (bijvoorbeeld vanuit de Zvw of Wlz). Was de cliënt daar tevreden over? Dan kan deze zorgaanbieder worden benaderd voor de overbruggingszorg. Dat kan alleen als hij ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg, of als onderaannemer kan/wil werken, of de zorg via PGB wil leveren;
- Bij de aanvraag van overbruggingszorg thuis via MPT geeft de DH aan wie de coördinator zorg thuis (CZT) wordt. In deze situatie is er altijd sprake van een DH én een CZT. De CZT kan dezelfde aanbieder zijn als de DH, maar het kan ook een andere aanbieder zijn;
- De DH is niet verantwoordelijk voor aanvragen die door de CZT (andere aanbieder) worden gedaan. De CZT kan zelf een gewijzigde AAT bij het zorgkantoor aanvragen als dat nodig is;
- De DH heeft regelmatig contact met de CZT (en/of gewaarborgde hulp of wettelijk vertegenwoordiger) over een cliënt. Afhankelijk van de cliëntsituatie en hoe die zich ontwikkelt is dat minimaal 2x per jaar;

- De DH heeft regelmatig contact met de cliënt over zijn mogelijkheden voor verblijfszorg (plaats op de wachtlijst en beschikbare plaatsen). De frequentie van dit contact is ook afhankelijk van de (ontwikkelingen in de) cliëntsituatie en de wachtstatus maar vindt minimaal 2 keer per jaar plaats. De DH houdt zo een integraal beeld van de cliënt en past zo nodig de wachtstatus en/of classificatie aan op de opnamebehoefte (zie paragraaf 2.5);
- De DH blijft het eerste aanspreekpunt als overbruggingszorg thuis niet (meer) verantwoord is en tijdelijke opname bij een andere aanbieder de aangewezen oplossing is. In deze situaties zoekt de DH, na overleg met de CZT en de cliënt, naar een passende zorgaanbieder. Hij zorgt ervoor dat bij **de leveringsvorm Verblijf** de wachtstatus **Actief plaatsen staat**, met de **classificatie Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar**. Zo nodig schakelt hij het zorgkantoor in voor hulp bij de bemiddeling naar een andere aanbieder. Hoe dit er in iWlz berichtenverkeer uitziet is uitgewerkt in voorbeeld 4 van dhr. en mevr. Yusuf;
- De DH coördineert de gehele zorgverlening aan de cliënt bij verblijfszorg. Ook als er meerdere aanbieders bij de zorgverlening zijn betrokken of een deel van de zorg geregeld wordt met PGB (bijvoorbeeld dagbesteding). De DH houdt samen met de cliënt of zijn vertegenwoordiger het totaaloverzicht;
- De DH is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van geleverde (medische) zorg door andere zorgaanbieders die betrokken zijn bij de cliënt. Behalve als dit gebeurt in de constructie van onderaannemer en de DH de hoofdaannemer is;
- De DH is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die een budgethouder met PGB inkoop. Maar de DH signaleert wel tijdig bij de cliënt, zijn gewaarborgde hulp en/of het zorgkantoor als dit leidt een onverantwoorde zorgsituatie.

### Dossierhouder en wachtlijstbeheer (1)

De dossierhouder:

- Voert een gesprek met de cliënt over zijn zorgvraag. Blijkt dat de cliënt liever zorg thuis wil en is dit een verantwoorde en doelmatige oplossing? Dan levert de DH bij de AAT voor zorg thuis, gelijktijdig voor de leveringsvorm Verblijf een MUT<sub>12</sub> aan om de status voor verblijfszorg te wijzigen naar Einde zorg. (De DH levert alleen een MUT<sub>12</sub> aan op de leveringsvorm Verblijf als de cliënt zijn zorg thuis volledig via PGB wil inkopen. De cliënt vraagt zelf zijn PGB aan. Dat loopt buiten de DH om.) Of;
- Levert in deze situaties een MUT<sub>12</sub> aan met de **wachtstatus Wacht uit voorzorg** als de cliënt voor de toekomst wel in beeld wil blijven voor verblijfszorg maar hiervoor voorlopig nog geen aanbod wil krijgen. Omdat hij zich samen met zijn mantelzorg nog (goed) redt in de thussituatie. De gewenste classificatie wordt in overleg met de cliënt bepaald. In deze situaties kan een regulier toegewezen leveringsvorm Verblijf (Opname Ja) gelijktijdig samengaan met een reguliere zorgtoewijzing voor zorg thuis;
- Is (de eerste keer) verantwoordelijk voor het aanvragen van een zorgtoewijzing voor reguliere zorg thuis (MPT of VPT) of DTV als de cliënt (voorlopig)afziet van verblijfszorg;
- Vertelt de cliënt dat hij bij zijn keuze voor een andere aanbieder eventueel begeleid kan worden door het zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner. De DH kan ook zelf besluiten het zorgkantoor hiervoor in te schakelen als ze er samen niet uitkomen. Dit is bijvoorbeeld van toepassing als een cliënt nog in een andere regio woont en de dossierhouder geen beeld heeft bij het zorgaanbod. Het regionale zorgkantoor begeleidt of



bemiddelt de cliënt dan naar een passende aanbieder voor zijn overbruggingszorg. En houdt daarbij rekening met de zorg die een cliënt eventueel al vanuit de Wlz ontving;

- Is verblijfszorg de gewenste oplossing dan is de DH verantwoordelijk voor het tijdig opnemen van de cliënt en het regelen van noodzakelijke overbruggingszorg thuis (in ieder geval de eerste keer vraagt de DH dit aan);
- Blijft verantwoordelijk voor het tijdig en juist plaatsen van een cliënt als die tijdelijk bij een andere aanbieder verblijft (in situatie van overbruggingszorg, crisiszorg of vakantie opname). De voorkeur van de cliënt blijft daarin leidend;
- Meldt via een MUT 18, tijdig bij het zorgkantoor dat een cliënt met de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen niet binnen de streefnorm geplaatst kan worden én er geen vooruitzicht is op plaatsing. Ook niet op korte termijn na verstrijken van de streefnorm. De DH levert bij de status een passende classificatie aan (zie paragraaf 2.5). Bij een cliënt met ondoelmatige of onverantwoorde zorg thuis zoeken betrokken partijen dan samen naar een tijdelijke opname bij een andere aanbieder (actief bemiddelen door zorgkantoor);
- Is verantwoordelijk voor het actueel houden van de status en classificatie in iWlz zodat de (landelijke) wachtlijstinformatie klopt. De status en/of classificatie wordt 'op maat' geactualiseerd via een mutatiebericht. Dit gebeurt in overleg met de cliënt en/of CZT. De DH bespreekt ook de impact van een bepaalde status/classificatie met de cliënt;
- Regelt bij wijziging naar een andere voorkeuraanbieder voor Verblijf en al ingezette overbruggingszorg dat de overbruggingszorg niet opnieuw hoeft te worden aangevraagd. De DH draagt daarvoor alleen het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf via een AW39-bericht over naar de nieuwe dossierhouder via het iWlz-berichtenverkeer<sup>114</sup>. De al toegewezen leveringsvorm met overbruggingszorg wordt niet ingetrokken, maar wel informatief<sup>115</sup> opnieuw toegewezen aan desbetreffende zorgaanbieder(s). De nieuwe dossierhouder heeft wel de verantwoordelijkheid om contact op te nemen met de cliënt en te vragen of de bestaande overbruggingszorg naar wens is. Is dat niet het geval, dan is het de verantwoordelijkheid van de nieuwe dossierhouder om dit aan te passen.

## Dossierhouder en wachtlijstbeheer (2)

De dossierhouder:

- Is verantwoordelijk voor een juiste volgorde van opname. Cliënten met de wachtstatus Urgent plaatsen en Actief plaatsen gaan in principe voor op cliënten met de wachtstatus Wacht op voorkeur (zie paragraaf 2.5). De DH houdt bij de wachtstatus Urgent plaatsen en Actief plaatsen ook rekening met de prioriteit in de classificaties;
- Bewaakt dat een cliënt met de meeste wachtdagen voor een locatie, het eerste een plaats krijgt aangeboden als er sprake is van gelijke wachtstatus en gelijke geschiktheid van cliënten. Afhankelijk van bijvoorbeeld de aard van de zorgvraag en de context van de beschikbare plaats, kan een aanbieder hier gemotiveerd van afwijken;
- Zorgt ervoor dat iemand die oorspronkelijk de status Urgent Plaatsen of Actief plaatsen had én tijdelijk is opgenomen bij een andere aanbieder, (opnieuw) de status Actief plaatsen krijgt met classificatie Voorkeuraanbieder leidend. De cliënt wordt door de DH zo snel

<sup>114</sup> In een AAT kan ook altijd maar een leveringsvorm worden opgenomen

<sup>115</sup> Op een informatieve zorgtoewijzing hoeft niet gereageerd te worden met een MAZ of MUT.

mogelijk geplaatst en gaat in principe voor op gelijke cliënten met de status Actief plaatsen. Ook zorgkantoren monitoren deze groep cliënten in het wachtlijstbeheer;

- Bij een cliënt met de wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen, kan voor de overbruggingszorg thuis extra budget worden aangevraagd bij het zorgkantoor, als er anders een onverantwoorde thuissituatie ontstaat. De CZT kan daarvoor een beroep doen op de toeslagen die thuis mogelijk zijn (zie paragraaf 3.7). De toeslag EKT gaat daarbij voor op de toeslag Extra overbruggingszorg;
- De CZT (of DH) gebruikt de rekenmodule om te berekenen of er sprake is van (on)doelmatige overbruggingszorg thuis (MPT en/of PGB) tijdens de wachtperiode;
- Wordt voor de overbruggingszorg een beroep gedaan op extra budget, bijvoorbeeld de toeslag EKT? Dan is dit géén reden om de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen te krijgen bij de toegewezen verblijfszorg. Deze toeslag is bij de reguliere zorg thuis ook gewoon voor iedereen beschikbaar. Tenzij de situatie thuis onverantwoord is maar er niet meer zorg ingezet hoeft te worden, bijvoorbeeld omdat dit wordt opgevangen door de aanwezige mantelzorg;
- Is het budget met de toeslag EKT niet toereikend en is er geen andere toeslag thuis van toepassing? Dan vult de CZT (of DH) in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij bij het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Extra overbruggingszorg Urgent plaatsen of Actief plaatsen (waarde 1). De CZT (of DH) levert in deze situatie altijd de rekenmodule en het Adviesformulier aan bij het zorgkantoor. Uit de onderbouwing moet blijken waarom het extra budget nodig is (zie paragraaf 2.5.1). Uitgangspunt is dat dit voor uitzonderingssituaties geldt. De hoeveelheid extra in te zetten overbruggingszorg moet redelijk en te verantwoorden zijn. Het afgesproken budget mag niet worden overschreden. Verder moet duidelijk zijn wat de verwachte duur tot opname is en welke stappen de zorgaanbieder onderneemt om realisatie van verblijfszorg voor de cliënt te bespoedigen;
- Is een aanvraag voor ondoelmatige zorg thuis akkoord dan wijst het zorgkantoor deze met terugwerkende kracht toe aan de zorgaanbieder. De gewenste startdatum van de zorgtoewijzing is in deze situaties veelal gelijk aan de aanvraagdatum;
- Uitgangspunt is dat verblijfszorg voor een cliënt met wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen binnen de streefnorm wordt gerealiseerd. De streefnorm is afhankelijk van de combinatie status/classificatie. Daarom wordt overbruggingszorg in deze situaties kortdurend toegewezen: maximaal voor een periode van 8 weken bij de status Urgent plaatsen (uitzondering hierop vormt PTZ) en maximaal voor 26 weken bij de status Actief plaatsen. In overleg met het zorgkantoor is verlenging mogelijk als bijvoorbeeld een passende plaats binnen afzienbare termijn vrijkomt;
- Lukt plaatsing binnen de streefnorm niet dan wordt tijdelijk naar een andere zorgaanbieder gezocht. Dat gebeurt uit het oogpunt van doelmatige en/of verantwoorde inzet van zorg. Uitzondering hierop vormt een cliënt in een terminale levensfase. Voor deze cliënten wordt direct gestuurd op plaatsing bij zijn voorkeuraanbieder;
- Wordt een aanvraag voor overbruggingszorg thuis afgewezen? Dan neemt het zorgkantoor contact op met de DH, CZT en/of de cliënt.

### **Geen dringende opnamebehoefte (Wacht op voorkeur)**

- Heeft een cliënt geen dringende opnamebehoefte maar wel een opnamewens bij zijn voorkeuraanbieder én is hij bereid om binnen 1 jaar te verhuizen? Is overbruggingszorg thuis doelmatig en verantwoord te organiseren? Dan meldt de DH dit via een mutatiebericht: hij vult MUT18/ Wacht op voorkeur in het bericht en geeft zo aan dat hij de zorg nog niet kan leveren. Verder levert hij de classificatie aan die het beste aansluit bij de wens van een cliënt. Bijvoorbeeld een specifieke locatie omdat die gespecialiseerd is in bepaalde zorg (zoals autisme) of voldoet aan een bepaalde woonwens zoals dichtbij het huidige woonadres of de mogelijkheid om een huisdier mee te nemen. Of partneropname omdat de partner al is opgenomen op die locatie of omdat ze samen naar een locatie willen verhuizen. Gelijktijdig vraagt hij overbruggingszorg aan via een AAT;
- Is overbruggingszorg thuis verantwoord te organiseren doordat beroep wordt gedaan op de regeling EKT of andere toeslagen zoals genoemd in paragraaf 3.7? Dan geeft de dossierhouder dit ook gelijktijdig via een AAT door aan het zorgkantoor. In de AAT wordt het veld Doelmatig gevuld met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Bij het veld BijzondereSituatie vult hij de noodzakelijke toeslag;
- Uitgangspunt bij de status Wacht op voorkeur: biedt de voorkeuraanbieder binnen 1 jaar een passende plaats aan, dan is de cliënt bereid deze plaats te accepteren;
- Bij een cliënt met de status Wacht op voorkeur wordt de overbruggingszorg daarom voor een periode van maximaal 1 jaar toegewezen. In overleg met het zorgkantoor kan deze periode bij de voorkeuraanbieder worden verlengd, bijvoorbeeld als er nog geen passende plaats beschikbaar is en/of de cliënt een eerder aanbod niet heeft afgewezen. De toewijsp periode is afhankelijk van de noodzaak (urgentie) van opname en de kosten van zorg thuis.

#### **4.2.4 Behandeling in MAZ bij Verblijf Opname Ja**

- Vanaf 2021 meldt een zorgaanbieder die leveringsvorm Verblijf, Opname Ja levert bij de begindatum van de zorg of er verblijfszorg mét behandeling of verblijfszorg zonder behandeling wordt geleverd. Hiervoor is in de MAZ het veld Behandeling (J/N) opgenomen;
- Dit geldt niet voor een zorgaanbieder met een zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf, Opname Nee;
- Deze informatie wordt initieel gebruikt voor de samenloopcontrole die zorgverzekeraars uitvoeren als iemand een Wlz-indicatie heeft. Bepaalde zorg en/of verstrekkingen mogen dan niet vanuit de Zvw worden vergoed maar vanuit de Wlz;
- De melding in de MAZ geeft een eerste beeld na opname. Wijzigt voor iemand de verblijfszorg met behandeling later naar verblijfszorg zonder behandeling (of andersom) dan hoeft de aanbieder dit niet te melden via een nieuwe MAZ;
- Een gewijzigde situatie blijkt uit de declaraties die een aanbieder aanlevert bij het zorgkantoor. Een declaratie overruled de eerder aangeleverde informatie in de MAZ;
- Het zorgkantoor kan achteraf controleren of een aanbieder de juiste informatie aanlevert in de MAZ voor verblijf (door een vergelijking met de gedeclareerde zorg).

#### 4.2.5 Voorbeelden wachtstatus Verblijf

##### Voorbeeld 1 Urgent plaatsen, Doorstroom Ziekenhuis

Mevrouw De Wit (1936) is alleenstaand en kon tot nu toe nog goed zelfstandig wonen. Ze maakte gebruik van zorg en ondersteuning vanuit Zvw en Wmo én kreeg mantelzorg van de buren. Als gevolg van een hersenbloeding is zij kortgeleden opgenomen in het ziekenhuis. Door een halfzijdige verlamming en oriëntatieproblemen kan mevrouw De Wit niet terug naar huis. Er wordt een Wlz-indicatie aangevraagd. Het CIZ indiceert op 25 mei 2021 een 6VV (Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging). De voorkeuraanbieder is Huize Elisabeth, het verpleeghuis in de wijk waar mevrouw al heel lang woont.

Het zorgkantoor ontvangt het indicatiebesluitbericht (IO31) op 25 mei en maakt direct een zorgtoewijzing (AW33) aan voor Huize Elisabeth.

IO31 (verzonden op 25-05-2021) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 25-05-2021) Van Zorgkantoor naar Huize Elisabeth
<b>Indicatie</b> Besluitnummer: 301 Soort indicatie: CIZ Grondslag: Somatische ziekte/ aandoening Afgiftedatum IB: 25-05-2021 Ingangsdatum IB: 25-05-2021 Einddatum IB: geen Meerzorg: Nee	<b>Zorgprofiel: 6VV</b> Instelling: Huize Elisabeth Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 25-05-2021 ToewijzingPercentage: 100% ToewijzingIngangsdatum: 25-05-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Klasse: KE7 Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: Huize Elisabeth Opname: Ja
<b>Geïndiceerd zorgprofiel: 6VV</b> Ingangsdatum: 25-05-2021 Einddatum: geen/leeg VoorkeurCliënt: Verblijf Klasse: KE7 Voorkeuraanbieder: Huize Elisabeth Financiering: Wlz	

##### Voorbeeld 4a

Op 26 mei stuurt Huize Elisabeth een mutatiebericht (MUT/AW39) naar het zorgkantoor. Op dat moment is er geen kamer beschikbaar, maar binnen 4 weken wel. Omdat er geen andere aanbieder in de regio is die een tijdelijke plek heeft, blijft mevrouw De Wit in het ziekenhuis wachten.

De situatie waarin de behandelend specialist uit het ziekenhuis besluit dat iemand is uitbehandeld én die cliënt met een Wlz-indicatie nog in het ziekenhuis ligt, wordt Verkeerde-bed Ziekenhuis (VKB) genoemd.

Huize Elisabeth geeft in de MUT de **wachtstatus Urgent plaatsen** door met **classificatie Doorstroom ziekenhuis**. Urgent plaatsen omdat mevrouw is uitbehandeld in het ziekenhuis, en daar een bed bezet houdt waardoor andere mensen die behandeling in het ziekenhuis nodig hebben niet kunnen instromen. Bovendien verblijft ze in een omgeving die niet optimaal is als leefomgeving voor haar algehele conditie (kwetsbare oudere). Het is daarom belangrijk dat ze zo snel mogelijk in

de eigen regio een plaats krijgt en niet onnodig lang in het ziekenhuis blijft wachten op de voorkeuraanbieder. Binnen de status Urgent plaatsen krijgt deze groep niet standaard voorrang, plaatsing gebeurt op basis van urgentie en/of geschiktheid van een beschikbare plaats.

**AW39 (verzonden op 26-05-2021)  
van Huize Elisabeth naar Zorgkantoor**

**Mutatie Zorgzwaartepakket (zorgprofiel)**

Besluitnummer: 301  
 Zorgprofiel: 6VV  
 ToewijzingIngangsdatum: 25-05-2021  
 Instelling: Huize Elisabeth  
 Mutatiecode: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren)  
 Mutatiedatum: 26-05-2021  
 Leveringsstatus: Urgent plaatsen  
 Classificatie: Doorstroom Ziekenhuis  
 Leveringsvorm: Verblijf

Voorbeeld 4b

Op 11 juni verhuist mevrouw De Wit naar Huize Elisabeth. Er is geen sprake van een sleuteldatum. Op 14 juni stuurt Huize Elisabeth een MAZ voor verblijfszorg met behandeling naar het zorgkantoor. Het zorgkantoor stuurt informatie uit de MAZ op 15 juni door naar het CAK voor het opleggen van de eigen bijdrage. Dit gebeurt via een CA-bericht. In dit bericht wordt geen informatie opgenomen over de klasse omdat het CAK er vanuit gaat dat dit bij leveringsvorm Verblijf altijd 7 etmalen is.

**AW35 (verzonden op 14-06-2021)  
Van Huize Elisabeth naar het Zorgkantoor**

Besluitnummer: 301  
 Geleverd zorgprofiel: 6VV  
 ToewijzingIngangsdatum: 25-05-2021  
 Begindatum: 11-06-2021  
 Instelling: Huize Elisabeth  
 Leveringsstatus: In zorg  
 Klasse: KE7  
 Leveringsvorm: Verblijf  
 Behandeling: Ja

**CA317 (verzonden op 15-06-2021)  
Van het Zorgkantoor naar het CAK**

GeleverdeZorgID: 905372cd-1a23-4a12-a12b-0a1bc23d45a6  
 Geleverd zorgprofiel:6VV  
 Startdatum: 11-06-2021  
 Leveringsvorm: Verblijf  
 Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)

Voorbeeld 4c

**Extra processtap zorgkantoor**

Voor de periode waarin mevr. De Wit met een geldige Wlz-indicatie in het ziekenhuis verbleef (de Verkeerde-bed-situatie) geldt een eigen bijdrage voor Wlz-zorg. Op basis van de Verkeerde-bed declaratie die het ziekenhuis achteraf bij het zorgkantoor aanlevert, stuurt het zorgkantoor nogmaals een MAZ naar het CAK. Dit bericht heeft als startdatum de ingangsdatum van de Wlz-indicatie en als 'leveringsvorm' VKB (verkeerde bed).

Uit de MAZ-op-MAZ-situatie concludeert het CAK dat de verkeerde-bed-opname op 11-06-2021 is overgegaan in verblijf bij Huize Elisabeth.

CA317 (verzonden op 05-04-2018)  
Van het Zorgkantoor naar het CAK

GeleverdeZorgID: d378b2e1-62c3-4de1-87a8-1bc9ff66772  
Geleverd zorgprofiel:6VV  
Startdatum: 25-05-2021  
Instelling: Ziekenhuis (agb-code)  
Leveringsvorm: Verkeerde bed (VKB)  
Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)

Voorbeeld 4d

### **Voorbeeld 2 Van Wacht op voorkeur, Partneropname naar Actief plaatsen, (Tijdelijk) andere aanbieder bespreekbaar**

*Dhr. Yusuf heeft een Wlz-indicatie voor 5VV (Beschermd wonen met intensieve dementiezorg) en krijgt verblijfszorg in Huis aan Zee. Mevr. Yusuf woont nog thuis, omdat ze door diabetes slechtziend is en ernstige vaatproblematiek heeft wordt er zorg en ondersteuning ingezet vanuit de Zvw en de Wmo. Haar lichamelijke conditie gaat achteruit na de opname van haar man. Ook zorgt ze niet goed voor zichzelf. In overleg met mevrouw vraagt haar dochter een indicatie aan. Het CIZ indiceert op 10 maart 2021 een 6VV (Beschut wonen met intensieve verzorging en verpleging) en vult bij VoorkeurCliënt: Verblijf. De voorkeuraanbieder is Huis aan Zee, omdat mevrouw graag bij haar man wil wonen. Het zorgkantoor stuurt na ontvangst van het indicatiebesluitbericht (IO31), direct een zorgtoewijzing (AW33).*

IO31 (verzonden op 10-03-2021) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 10-03-2021) Van Zorgkantoor naar Huis aan Zee
<p><b>Indicatie</b>  Besluitnummer: 301  Soort indicatie: CIZ  Grondslag: Somatische ziekte/ aandoening  Afgiftedatum IB: 10-03-2021  Ingangsdatum IB: 10-03-2021  Einddatum IB: geen  Meerzorg: Nee</p> <p><b>Geïndiceerd zorgprofiel: 6VV</b>  Ingangsdatum: 10-03-2021  Einddatum: geen  Klasse: KE7  VoorkeurCliënt: Verblijf  Voorkeuraanbieder: Huis aan Zee  Financiering: Wlz</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV</b>  Instelling: Huis aan Zee  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 10-03-2021  ToewijzingPercentage: 100%  ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  Klasse: KE7  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Huis aan Zee  Opname: Ja</p>

Voorbeeld 5a

*Huis aan Zee heeft een wachtlijst. Mevr. Yusuf wil voorlopig graag thuis blijven wonen en niet tijdelijk bij een andere aanbieder opgenomen worden. Omdat haar kinderen dichtbij wonen en extra mantelzorg kunnen leveren is dat verantwoord. Huis aan Zee stuurt een Mutatiebericht (AW39) met **wachtstatus Wacht op voorkeur** en **classificatie Partneropname**. Daarnaast vraagt Huis aan Zee een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan voor MPT (overbruggingszorg). Thuiszorg aan de Kust gaat het MPT leveren. Omdat de wachtstatus Wacht op voorkeur is, wordt de overbruggingszorg voor een jaar aangevraagd. Het zorgkantoor stuurt op 13 maart de zorgtoewijzingen naar beide zorgaanbieders.*

AW39 (verzonden op 12-03-2021) van Huis aan Zee naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 13-03-2021) Van Zorgkantoor naar Huis aan Zee en Thuiszorg aan de kust
<p><b>Mutatie Zorgzwaartepakket (zorgprofiel)</b>  Besluitnummer: 301  Zorgprofiel: 6VV  ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  Instelling: Huis aan Zee  Mutatiecode: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren)  Mutatiedatum: 12-03-2021  Leveringsstatus: Wacht op voorkeur  Classificatie: Partneropname  Leveringsvorm: Verblijf</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (1)</b>  Instelling: Huis aan Zee  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 10-03-2021  ToewijzingPercentage: 100%  ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  Klasse: KE7  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Huis aan Zee  Opname: Ja</p>
<p><b>Aanvraag</b>  Besluitnummer: 301  Afgiftedatum: 10-03-2021  Instelling: Huis aan Zee  Zorgprofiel: 6VV  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: Thuiszorg aan de kust  Doelmatig: Ja  Verantwoord: Ja</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (2)</b>  Instelling: Thuiszorg aan de kust  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Toewijzingsdatum 13-03-2021  ToewijzingPercentage: 100%  ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  ToewijzingEinddatum t/m: 09-03-2022  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: Thuiszorg aan de kust</p>
<p><b>Aanvraag Instelling</b>  Instelling:Thuiszorg aan de kust  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  ToewijzingEinddatum t/m: 09-03-2022  ToewijzingPercentage: 100%</p>	

Voorbeeld 5b

*Thuiszorg aan de kust start op 14 maart met het leveren van thuiszorg (MPT) en stuurt hiervoor op 15 maart de melding aanvang Wlz-zorg (MAZ/AW35) naar het zorgkantoor. Het zorgkantoor stuurt deze MAZ door naar het CAK, via een CA317-bericht, voor het opleggen van de eigen bijdrage.*

AW35 (verzonden op 15-03-2021) Van Thuiszorg aan de kust naar het Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 15-03-2021) Van het Zorgkantoor naar het CAK
<p>Besluitnummer: 301  Geleverd zorgprofiel: 6VV  ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  Begindatum: 14-03-2021  Instelling: Thuiszorg aan de kust  Leveringsstatus: In zorg  Leveringsvorm: MPT</p>	<p>GeleverdeZorgID: do11b446-8a07-4fao-965e-9477787fd44d  Geleverd zorgprofiel:6VV  Startdatum: 14-03-2021  Leveringsvorm: MPT  Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)</p>

Voorbeeld 5c



Na een stabiele periode verslechtert de situatie van mevr. Yusuf. De mantelzorgers dreigen overbelast te raken. Alleen thuis wonen kan niet lang meer op een verantwoorde manier. Thuiszorg aan de kust overlegt met Huis aan Zee. Er is op korte termijn geen kamer vrij waar mevr. Yusuf samen met haar man kan gaan wonen. Ook is er voor haar op korte termijn geen eenpersoonskamer beschikbaar. Gezien de situatie wordt in overleg met mevr. en haar kinderen tijdelijke opname bij een andere aanbieder gezocht.

Huis aan Zee stuurt op 1 juni een mutatiebericht/MUT (leveringsvorm Verblijf) met **wachtstatus Actief plaatsen** en **classificatie (Tijdelijk) andere aanbieder bespreekbaar** naar het zorgkantoor. Alle betrokken partijen (zorgaanbieders en zorgkantoor) beschikken nu over dezelfde actuele wachtlijst-informatie. Zo kan er sneller en gericht gezocht kan worden naar passende zorg voor mevr. Yusuf.

AW39 (verzonden op 01-06-2021)  
van Huis aan Zee naar Zorgkantoor  
Beëindiging/mutatie Wlz-zorg

**Mutatie Zorgzwaartepakket (zorgprofiel)**

Besluitnummer: 301

Zorgprofiel: 6VV

ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021

Instelling: Huis aan Zee

Mutatiedatum: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren)

Mutatiedatum: 01-06-2021

Leveringsstatus: Actief plaatsen

Classificatie: (Tijdelijk) Andere aanbieder bespreekbaar

Leveringsvorm: Verblijf

Voorbeeld 5d

**Van Actief plaatsen, (Tijdelijk) andere aanbieder bespreekbaar naar Actief plaatsen, Voorkeuraanbieder leidend**

Mevr. Yusuf krijgt op 11 juni bericht dat ze tijdelijk kan worden opgenomen bij De Vuurtoren, een zorgaanbieder in de buurt. Ze verhuist op 16 juni. Huis aan Zee vraagt hiervoor op 14 juni een AAT aan voor een half jaar, omdat de wachtstatus bij Huis aan Zee ongewijzigd blijft (Actief plaatsen). Daarnaast geeft Huis aan Zee meteen een classificatiewijziging voor zichzelf door bij de **wachtstatus Actief plaatsen**. Omdat de voorkeur van mevrouw voor Huis aan Zee ongewijzigd blijft wordt de classificatie, na opname bij De Vuurtoren, omgezet van **(Tijdelijk) andere aanbieder bespreekbaar** naar **Voorkeuraanbieder leidend**. Het zorgkantoor handelt de aanvraag op 15 juni af en verstuurt de bijbehorende zorgtoewijzingen.

AW39 (verzonden op 14-06-2021) van Huis aan Zee naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 15-06-2021) Van Zorgkantoor naar Huis aan Zee, De Vuurtoren en Thuiszorg aan de kust
<p><b>Mutatie Zorgzwaartepakket (zorgprofiel)</b>  Besluitnummer: 301  Zorgprofiel: 6VV  Ingangsdatum ztw: 10-03-2021  Instelling: Huis aan Zee  Mutatiecode: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren)  Mutatiedatum: 14-06-2021  Leveringsstatus: Actief plaatsen  Classificatie: Voorkeuraanbieder leidend  Leveringsvorm: Verblijf</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (1)</b>  Instelling: Huis aan Zee  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 10-03-2021  ToewijzingPercentage: 100%  ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  Klasse: KE7  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Huis aan Zee  Opname: Ja</p>
<p><b>Aanvraag</b>  Besluitnummer: 301  Afgiftedatum: 10-03-2021  Instelling: Huis aan Zee  Zorgprofiel: 6VV  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Huis aan Zee</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (2)</b>  Instelling: De Vuurtoren  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Toewijzingsdatum 15-06-2021  ToewijzingPercentage: 100%  ToewijzingIngangsdatum: 16-06-2021  ToewijzingEinddatum t/m: 15-12-2022  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Huis aan Zee  Opname: Ja</p>
<p><b>Aanvraag Instelling</b>  Instelling: De Vuurtoren  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  ToewijzingIngangsdatum: 16-06-2021  ToewijzingEinddatum t/m: 15-12-2022  ToewijzingPercentage: 100%  Opname: Ja</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (3)</b>  Instelling: Thuiszorg aan de kust  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Toewijzingsdatum 13-03-2021  ToewijzingPercentage: 100%  Ingangsdatum ztw: 10-03-2021  Einddatum ztw t/m: 16-06-2021  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: Thuiszorg aan de kust</p>

Voorbeeld 5e

De classificatiewijziging voor Huis aan Zee wordt bij de aanvraag ook direct verstuurd. De classificatiewijziging gaat daardoor enkele dagen eerder in dan de dag waarop mevr. Yusuf wordt opgenomen bij De Vuurtoren. Dat is geen probleem. De classificatie (Tijdelijk) andere aanbieder bespreekbaar heeft geholpen bij de zorgbemiddeling naar De Vuurtoren. Het geeft onnodige administratieve last voor Huis aan Zee om een paar dagen later opnieuw een MUT-bericht te sturen met alleen de classificatie wijziging erin. (Dat geldt overigens ook voor de situatie dat de wachtstatus én classificatie een paar dagen te vroeg wijzigen).

De zorgtoewijzing voor Thuiszorg aan de kust wordt ingetrokken t/m datum opname bij de Vuurtoren. Omdat de thuiszorg eindigt op de einddatum van deze zorgtoewijzing, hoeft Thuiszorg aan de kust geen melding einde zorg (MEZ/MUT) aan te leveren bij het zorgkantoor.

*Nadat mevr. Yusuf op 16 juni is opgenomen, stuurt De Vuurtoren op 18 juni 2021 een MAZ naar het zorgkantoor. Vanwege de sterke lichamelijke achteruitgang, krijgt mevr. Yusuf verblijfszorg met behandeling. De Vuurtoren geeft in de MAZ door dat er sprake is van Verblijf met behandeling. Het zorgkantoor stuurt de MAZ op 19 juni door naar het CAK. Het CAK krijgt na de MAZ voor het MPT, een MAZ voor Verblijf. Op basis van deze opvolgende MAZ- en concludeert het CAK dat het MPT is gestopt en past de eigen bijdrage hierop aan (het zorgkantoor stuurt geen MEZ voor het MPT naar het CAK).*

AW35 (verzonden op 18-06-2021) Van De Vuurtoren naar het Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 19-06-2018) Van het Zorgkantoor naar het CAK
Besluitnummer: 301	GeleverdeZorgID: d5f19e86-bf78-4b7d-991f-f03339418228
Geleverd zorgprofiel: 6VV	Geleverd zorgprofiel:6VV
ToewijzingIngangsdatum: 16-06-2021	Startdatum: 16-06-2021
Begindatum: 16-06-2021	Leveringsvorm: Verblijf
Instelling: De Vuurtoren	Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)
Leveringsstatus: In zorg	
Leveringsvorm: Verblijf	
Behandeling: Ja	

Voorbeeld 5f

*Huis aan Zee heeft een plaats vrij voor mevr. Yusuf. Ze verhuist op 4 augustus 2021. Op 6 augustus ontvangt het zorgkantoor hiervoor een MAZ van Huis aan Zee. De wachtstatus/classificatie wijzigt van de wachtstatus **Actief plaatsen, Voorkeur leidend** naar **de leveringsstatus In zorg**. Mevr. Yusuf woont nu bij haar oorspronkelijke voorkeuraanbieder, dichtbij haar man, en staat niet meer op de wachtlijst.*

**AW35 (verzonden op 06-08-2021)**  
**Van Huis aan Zee naar het Zorgkantoor**

Besluitnummer: 301  
Geleverd zorgprofiel: 6VV  
ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  
Begindatum: 04-08-2021  
Instelling: Huis aan Zee  
Leveringsstatus: In zorg  
Leveringsvorm: Verblijf  
Behandeling: Ja

Voorbeeld 5g

Op basis van de ontvangen MAZ op de reguliere zorgtoewijzing van Huis aan Zee, trekt het zorgkantoor de overbruggingszorg bij De Vuurtoren in (via een AW33-bericht). De Vuurtoren hoeft geen melding einde zorg (MEZ/MUT) aan te leveren bij het zorgkantoor, omdat de zorg eindigt op de einddatum van de nieuwe, ingekorte zorgtoewijzing. Het zorgkantoor levert de MAZ van Huis aan Zee ook aan bij het CAK via een CA317-bericht, zodat het CAK weet dat een andere zorgaanbieder de verblijfszorg levert.

**AW33 (verzonden op 06-08-2021)**  
**Van Zorgkantoor naar Huis aan Zee en De Vuurtoren**

**Toegewezen zorgprofiel 6VV (1)**

Instelling: Huis aan Zee  
Soort zorgtoewijzing: Regulier  
Toewijzingsdatum: 10-03-2021  
ToewijzingPercentage: 100%  
Ingangsdatum ztw: 10-03-2021  
Einddatum ztw: geen/leeg  
Klasse: KE7  
Leveringsvorm: Verblijf  
Dossierhouder: Huis aan Zee  
Opname: Ja

**Toegewezen zorgprofiel 6VV (2)**

Instelling: De Vuurtoren  
Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  
Toewijzingsdatum 15-06-2021  
ToewijzingPercentage: 100%  
Ingangsdatum ztw: 16-06-2021  
Einddatum ztw t/m: 04-08-2021  
Leveringsvorm: Verblijf  
Dossierhouder: Huis aan Zee  
Opname: Ja

Voorbeeld 5h

## 4.3 Vormen van verblijfszorg

Vormen van verblijfszorg voor de sector V&V, GZ en/of GGZ

1. Deeltijdverblijf (V&V, GZ, GGZ)
2. Verblijf in een instelling (V&V, GZ, GGZ)
3. Crisiszorg in een instelling (V&V, GZ)
4. Verblijf in een instelling of VPT, met toeslag Meerzorg (V&V, GZ, GGZ)
5. Verblijf in een instelling, in combinatie met zorg thuis (V&V, GZ)
6. Verblijf in een instelling (zonder behandeling), met (tijdelijk) behandeling
7. Overbruggingszorg in een instelling (V&V, GZ, GGZ)
8. Dagbesteding, naast verblijf in een instelling (GZ, GGZ)
9. Partneropname

### 4.3.1 Deeltijdverblijf (DTV)

Wordt de zorg thuis voor een cliënt (te) zwaar voor familie of mantelzorg? Of is dit moeilijk te combineren met de gezins- of werksituatie? Dan kan met inzet van deeltijdverblijf iemand langer thuis blijven wonen óf geleidelijk wennen aan overgang naar volledige verblijfszorg. Deeltijdverblijf is een tussenoplossing als logeren (1, 2 of 3 etmalen per week) of volledig verblijf (5, 6 of 7 etmalen per week) (nog) niet de gewenste oplossing is.

#### 4.3.1.1 Wat is deeltijdverblijf

Bij deeltijdverblijf wordt verblijfszorg in een vast patroon gecombineerd met zorg thuis. Omdat er sprake is van een vaste structuur, is deeltijdverblijf (DTV) terug te rekenen naar een gemiddelde, wekelijkse inzet en kan DTV voor een lange periode worden aangevraagd.

Hoe kan dit vaste patroon er uit zien?

- Deeltijdverblijf in een wekelijkse combinatie met zorg thuis. Iemand krijgt dan gemiddeld 3,5 of 4 of 4,5 etmalen per week aaneengesloten verblijfszorg. Ofwel: per 2 weken woont iemand dan 7, 8 of 9 etmalen niet thuis. Op de overige dagen woont iemand thuis en kan hij MPT en/of PGB krijgen;
- Deeltijdverblijf kan ook week op week af worden ingezet. Iemand krijgt dan een hele week verblijfszorg. De week erna woont hij thuis en kan hij zorg thuis krijgen. Gemiddeld maakt iemand dan 3,5 etmaal per week gebruik van deeltijdverblijf;
- Een kamer voor deeltijdverblijf kan via een vast patroon gedeeld worden met een andere bewoner voor DTV of bijvoorbeeld gebruikt worden voor logeren (in het weekend). Leegstand van een kamer voor DTV wordt namelijk niet vergoed<sup>116</sup> vanuit de Wlz.
- Uitgangspunt is dat de kamer zo volledig mogelijk wordt bezet. Daarom wordt leegstand niet vergoed en mogen er bij DTV geen afwezigheidsdagen of mutatiedagen worden gedeclareerd;
- De wisseldag van deeltijdverblijf naar huis kan niet gedeclareerd worden via een Deeltijdverblijf-prestatie. De inzet van zorg thuis op de wisseldag kan wel gedeclareerd worden.

<sup>116</sup> Dat geldt ook voor mutatiedagen (net zoals bij het logeren).

## (Medische) Zorg

### Deeltijdverblijf:

- Kan worden ingezet voor iedereen die een Wlz-indicatie heeft en Wlz-zorg thuis kan krijgen;
- Kan niet als reguliere zorg worden ingezet bij de zorgprofielen: GGZB, SGLVG, LVG, VVgb, VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis1;
- Kan niet als overbruggingszorg worden ingezet bij de zorgprofielen: GGZB, SGLVG, LVG, VVgb, VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis1. Tenzij de cliënt al gebruik maakte van DTV vóórdat een indicatie voor een van deze zorgprofielen werd afgegeven;
- Wordt alleen geleverd via zorg in natura (het verblijfsdeel: DTV, Opname Ja);
- Kan alleen gecombineerd worden met een MPT, PGB of combinatie van MPT/PGB. Voor het MPT-deel geldt dat dit wordt aangevraagd via leveringsvorm DTV, Opname Nee;
- Kan niet gecombineerd worden met een VPT;
- Kan niet gecombineerd worden met structureel logeren (MPT);
- Kan volgens wet- en regelgeving gecombineerd worden met incidenteel logeren. Wat dit incidenteel logeren omvat wordt in 2021 verder uitgewerkt en daarna ingepast in het uitvoerings- en declaratieproces;
- Kan volgens wet- en regelgeving gecombineerd worden met een aantal intramurale toeslagen. Welke intramurale toeslagen dit zijn wordt in 2021 verder uitgewerkt en daarna ingepast in het uitvoerings- en declaratieproces ;
- Kan gecombineerd worden met dagbesteding die via een andere zorgaanbieder wordt geleverd of met een PGB die wordt ingekocht (zie 4.3.1.2 Procesafspraken deeltijdverblijf);
- Wordt gedeclareerd als een aparte verblijfsprestatie zonder dagbesteding en zonder behandeling. Daardoor houdt een cliënt zijn eigen huisarts<sup>117</sup>, tandarts (mondzorg) en farmaceutische zorg (medicijnen)/ apotheek die vanuit de Zvw worden betaald;
- De noodzakelijke dagbesteding en/of behandeling tijdens het deeltijdverblijf wordt via het MPT of PGB aangevraagd (of loopt via de Zvw, behandeling GGZW).

### Vervoer, hulpmiddelen en roerende voorzieningen:

- Om een beroep te kunnen doen op bijvoorbeeld hulpmiddelen thuis, blijft de cliënt in het BRP ingeschreven op zijn thuisadres (en niet op het adres van de instelling voor DTV);
- Heeft iemand hulpmiddelen nodig als hij gebruik maakt van deeltijdverblijf? Thuis en/of in de instelling? Dan worden deze vergoed door de gemeente, zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Welk hulpmiddel door welke partij wordt vergoed staat in bijlage G. In deze bijlage is ook de vergoeding van hulpmiddelen bij logeren en volledig verblijf uitgewerkt;
- Uitgangspunt voor hulpmiddelen bij deeltijdverblijf is dat iemand die mee naar de instelling en naar huis neemt. Is dat niet mogelijk dan kan in bepaalde gevallen een tweede exemplaar worden aangevraagd. Dit staat verder uitgewerkt op [www.informatielangdurigezorg.nl](http://www.informatielangdurigezorg.nl);
- Een cliënt met een GGZW, LG, ZG of VG zorgprofiel kan naast deeltijdverblijf ook dagbesteding of dagbehandeling krijgen van een andere zorgaanbieder. Het vervoer hiernaar toe, zowel vanuit huis als vanuit de instelling wordt altijd uit de Wlz betaald. Het

<sup>117</sup> Voor de huisartsenzorg zal de praktijk dan zijn dat een cliënt tijdens het deeltijdverblijf voor uitstelbare zorg gewoon naar zijn huisarts gaat als hij weer thuis is. En voor acute zorg tijdens het deeltijdverblijf of naar zijn eigen huisarts/huisartsenpost als dit dichtbij is óf als passant naar een huisarts/huisartsenpost dicht bij de locatie van het deeltijdverblijf. (De SO/AVG leveren bij DTV in principe geen huisartsenzorg, wel Wlz-behandeling op de achtergrond in de instelling).

vervoer wordt vergoed conform regelgeving vervoer vanuit de Wlz. (.) Meer informatie over vervoer naar deeltijdverblijf (wisseldagen) staat ook in bijlage F.

### **Eigen bijdrage CAK**

- Voor inzet van DTV is het belangrijk dat de cliënt weet dat hiervoor een andere eigen bijdrage geldt dan voor zorg thuis. Dat komt omdat iemand gemiddeld meer tijd (etmalen) per week op een ander adres verblijft. Iemand woont dan volgens wet- en regelgeving niet meer thuis;
- Gemiddeld 3,5 etmaal per week: lage intramurale eigen bijdrage (net zoals VPT);
- Gemiddeld 4 of 4,5 etmalen per week: hoge intramurale eigen bijdrage;
- Bespreek dit als zorgaanbieder altijd zorgvuldig met een cliënt. Ook zorgkantoren geven hierover informatie aan de cliënt. Verwijs zo nodig naar het CAK om het effect van deze keuze door te (laten) rekenen (zie bijlage B);
- Deeltijdverblijf wordt uitgesplitst in Deeltijdverblijf, Opname: Ja (verblijfsdeel) en Deeltijdverblijf, Opname: Nee (zorg thuis op de overige dagen). In deze situaties wordt voor de zorg thuis (zorg in natura) niet leveringsvorm MPT toegewezen maar ook Deeltijdverblijf. Wordt de zorg thuis (deels) via PGB geleverd, dan geldt dit niet voor het PGB-deel omdat het uitvoeringsproces PGB hierdoor wordt verstoord;
- De zorgaanbieder die DTV gaat leveren, vult in de melding aanvang zorg (MAZ/AW35) altijd het gemiddelde aantal etmalen (3,5 of 4 of 4,5) dat per week wordt geleverd;
- Krijgt een cliënt Deeltijdverblijf Opname Ja en ook Deeltijdverblijf opname Nee? En zijn er bijvoorbeeld meerdere zorgaanbidders bij deze cliënt betrokken? Dan geven alle betrokken zorgaanbidders in de MAZ de leveringsvorm DTV door én hetzelfde aantal etmalen DTV dat voor het verblijfsdeel wordt ingezet;
- In de MAZ voor DTV kan namelijk niet worden doorgegeven of het om DTV Opname Ja of Opname Nee gaat. Voor de eigen bijdrage heffing door het CAK is de leveringsvorm DTV relevant en het aantal etmalen per week.

#### **4.3.1.2 Processtappen deeltijdverblijf (DTV)**

##### **Wachlijstbeheer bij DTV**

- Iemand kan vanaf 2021 bij het CIZ een voorkeur voor leveringsvorm DTV aangegeven;
- Vanaf 2021 is het aanvragen van DTV ook niet meer afhankelijk van de beschikbaarheid van een plaats. DTV kan altijd aangevraagd worden. Is er geen mogelijkheid voor DTV dan komt iemand hiervoor op de wachtlijst te staan. Via de (landelijke) wachtlijstinformatie is zo de behoefte aan deze leveringsvorm beter in beeld te brengen. Totdat DTV geleverd kan worden regelen partijen in overleg met de cliënt passende, alternatieve zorg.

##### **Zorgtoewijzingsproces algemeen**

- Het zorgkantoor vult bij toewijzing van DTV de voorkeuraanbieder in het veld dossierhouder (DH) omdat deeltijdverblijf gezien wordt als een verblijfsvorm;
- Als een cliënt voorkeur heeft voor DTV dan wijst het zorgkantoor dit (de eerste keer) altijd toe met een percentage van 1% en een vast aantal etmalen van 3,5 bij DTV Opname Ja. Het percentage van 1% is een trigger voor zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor om goed

met de cliënt over deze aanvraag te overleggen en de verwachtingen te managen. DTV is namelijk een relatief nieuwe zorgvorm en wordt nog niet breed ingekocht;

- Het niet direct toewijzen van een percentage van 100% is ook een trigger om de aanvraag goed voor te bereiden. Zeker als DTV gecombineerd wordt met zorg thuis en er op de dagen dat iemand DTV krijgt dagbesteding en/of behandeling nodig is (zie rekensystematiek);
- Door DTV wel direct aan de voorkeuraanbieder toe te wijzen loopt het zorgtoewijzingsproces geen onnodige vertraging op. De aanbieder kan alvast contact opnemen met de cliënt om zijn wensen te bespreken voor inzet van DTV (eventueel bij een andere aanbieder) of (tijdelijk) alternatieve mogelijkheden te bespreken;
- Om ervoor te zorgen dat er een juiste verdeling van het toe te wijzen percentage staat bij Deeltijdverblijf, Opname: Ja en Deeltijdverblijf, Opname: nee, levert de aanbieder altijd een rekenmodule aan. Als het vullen van de rekenmodule problemen oplevert dan kan het zorgkantoor daarbij helpen;
- Om te beoordelen of op de andere dagen de zorg thuis (Deeltijdverblijf, Opname: Nee) verantwoord geleverd kan worden, levert de DH ook het Adviesformulier aan. Daarvoor zijn afspraken met de huisarts en de aanwezigheid van juiste hulpmiddelen en roerende voorzieningen thuis relevant. Vul deze velden daarom altijd in het Adviesformulier;
- Na de eerste zorgtoewijzing voor Deeltijdverblijf, Opname: Ja aan een zorgaanbieder (dossierhouder), kan alleen de dossierhouder via iWlz een nieuwe AAT (AW39-bericht) aanvragen bij het zorgkantoor, zowel voor deeltijdverblijf als voor het deel zorg thuis. Dat kan niet worden gedaan door een CZT omdat DTV wordt gezien als een verblijfsvorm en er dan altijd sprake is van een DH. De aanbieders die bij een cliënt betrokken zijn stemmen dit onderling daarom altijd goed af;
- In een aanvraag voor DTV wordt ook aangegeven of er sprake is van een Doelmatige en Verantwoorde situatie thuis. Dit heeft te maken met het deel zorg thuis (DTV, Opname Nee) dat geleverd wordt;
- Is DTV niet direct mogelijk maar wil en kan de cliënt hier wel op wachten? Dan vraagt de DH via een AAT overbruggingszorg aan, bijvoorbeeld MPT of VPT. Bij een aanvraag voor MPT vult de DH de aanbieder die het MPT gaat leveren in het veld Coördinator zorg thuis. De CZT kan voor het MPT dan gewoon wel zelf een AAT aanvragen.

### **Zorgtoewijzingsproces van zorg thuis naar DTV**

- DTV kan worden ingezet als best passende oplossing voor een cliënt of om een cliënt alvast te laten wennen aan een definitieve opname. Zolang iemand nog niet op de wachtlijst staat voor verblijfszorg, wordt DTV aangevraagd met soort zorgtoewijzing Regulier;
- Woont iemand nog thuis, is er een wens voor DTV maar is hiervoor een wachtlijst? Dan vraagt de CZT alleen de leveringsvorm DTV, Opname Ja aan met een percentage van 1%. De CZT vraagt dus nog geen DTV Opname Nee aan voor de te regelen zorg thuis;
- Het juiste percentage en verdeling van de percentages over DTV Opname Ja en DTV Opname Nee is pas zinvol als er feitelijk een plaats beschikbaar is. Tot die tijd kan de zorg voor een cliënt nog (aanzienlijk) wijzigen en heeft het aanvragen van een ander percentage geen toegevoegde waarde. Het percentage van 1% is een trigger om de zorgtoewijzing aan te passen zodra er DTV ingezet kan worden (naast zorg thuis);
- De CZT neemt in de AAT voor DTV ook op wie de voorkeuraanbieder is (deze aanbieder wordt dossierhouder);

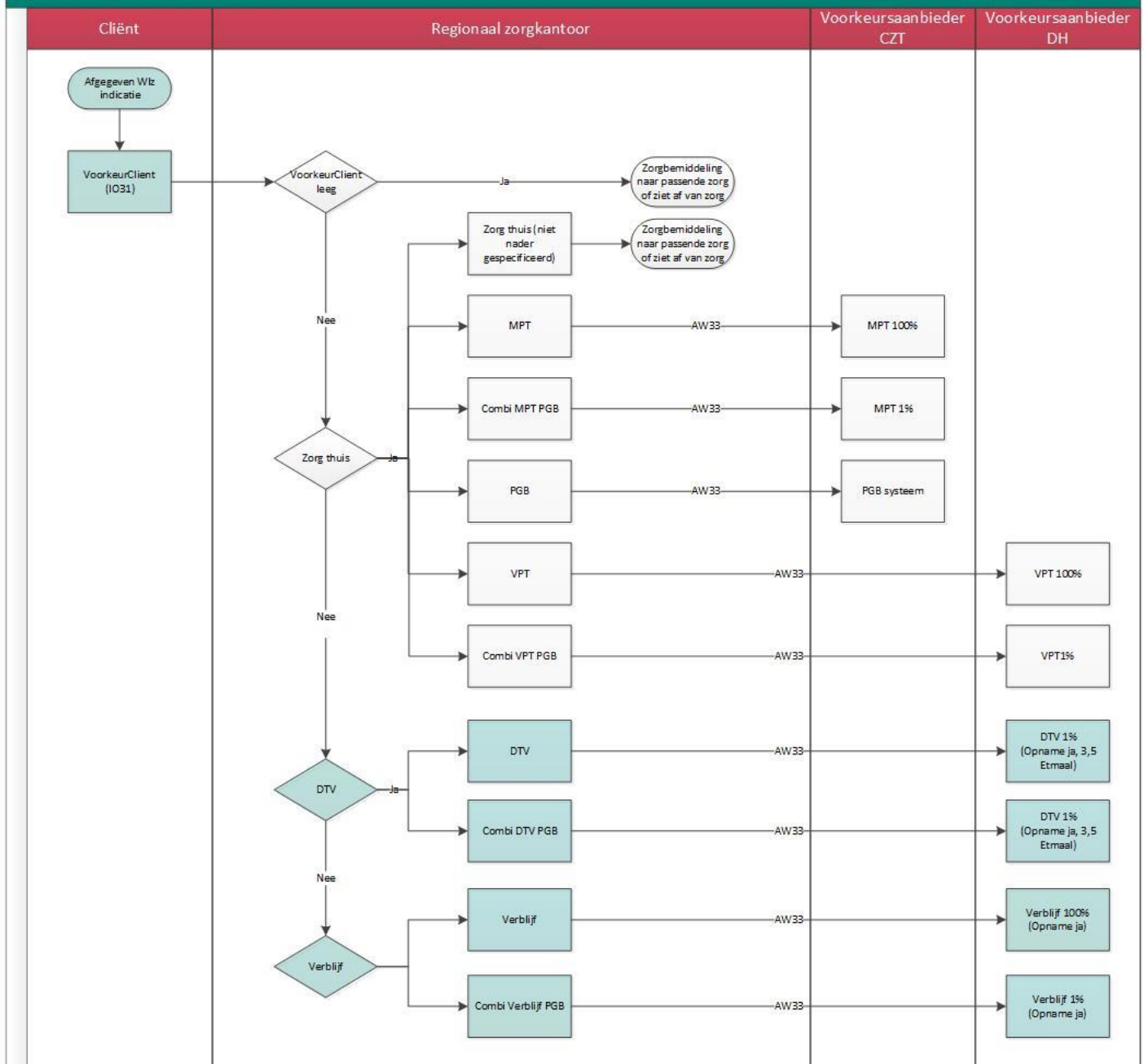


- Als het DTV niet direct kan worden geleverd en overbruggingszorg thuis nodig is, vraagt de DH dit aan via een AAT. Dat gebeurt in overleg met de cliënt en eventueel de huidige zorgaanbieder die zorg thuis levert. Afhankelijk van de situatie kan dat VPT of MPT zijn (een aanvraag voor PGB loopt via de budgethouder).

### **Zorgtoewijzingsproces van DTV naar Verblijf**

- Krijgt een cliënt al DTV óf wil iemand DTV vooruitlopend op verblijfszorg? En staat de cliënt op de wachtlijst voor verblijfszorg, dan wordt DTV aangevraagd met soort zorgtoewijzing Overbrugging;
- Levert de dossierhouder voor de verblijfszorg zelf het DTV, dan neemt hij zichzelf op als dossierhouder in de AAT. En vraagt via de AAT de overbruggingszorg aan voor DTV, Opname Ja en eventueel DTV, Opname Nee;
- Levert een andere zorgaanbieder het DTV? Dan vraagt deze aanbieder de AAT voor de overbruggingszorg DTV aan bij het zorgkantoor. Dat wordt dus niet gedaan door de DH voor verblijfszorg. De aanbieder voor verblijfszorg draagt zijn rol als DH daarvoor tijdelijk over aan de aanbieder voor DTV. Er kan namelijk maar één zorgaanbieder de rol van dossierhouder hebben. Het is logisch dat de aanbieder die op dat moment een cliënt het beste kan volgen deze rol krijgt.

## Eerste zorgtoewijzing AW33



Figuur 12 Van VoorkeurClient (IO31) naar leveringsvorm in 1<sup>e</sup> zorgtoewijzing (Aw33)

## Rekensystematiek DTV

- Door de combinatie van verblijfszorg en zorg thuis geldt voor DTV een afwijkende rekenmethodiek voor het berekenen van het percentage;
- Het budget is opgebouwd uit de totale kosten van deeltijdverblijf (DTV prestaties) en eventueel zorg thuis (MPT prestaties en/of PGB);
- Dit basisbudget wordt, net zoals bij de leveringsvormen voor zorg thuis, uitgedrukt in een percentage van 100% (DTV, Opname Ja)<sup>118</sup>;
- De 100% verwijst naar het NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel (deeltijdverblijf exclusief dagbesteding, exclusief behandeling);
- Omdat DTV prestaties altijd exclusief behandeling zijn, wordt de noodzakelijke behandeling die tijdens het deeltijdverblijf wordt geleverd, in het budget voor zorg thuis meegerekend (DTV, Opname Nee). Dat geldt niet voor zorgprofielen GGZW. De noodzakelijke behandeling naast DTV wordt betaald via de Zvw;
- DTV-prestaties zijn altijd exclusief dagbesteding. Wordt er dagbesteding ingezet tijdens het deeltijdverblijf? Dan wordt ook deze dagbesteding meegerekend in het budget voor zorg thuis (DTV, Opname Nee of PGB). Het basisbudget voor zorg thuis (dat naast het budget voor DTV) beschikbaar is, is daarvoor opgehoogd met het PGB weekbudget voor dagbesteding uit de tarieventabel PGB;
- Let op: Bij VV-zorgprofielen is er geen aparte component voor dagbesteding naast het DTV-tarief (net zoals bij verblijfszorg is dagbesteding onderdeel van het tarief). Bij de GZ- en GGZW-zorgprofielen wordt er wel een aparte component voor dagbesteding onderscheiden naast het DTV-tarief (DTV, Opname Nee);
- De dagbesteding (zorg in natura) tijdens het DTV wordt als MPT-prestatie gedeclareerd;
- Om te bepalen welk budget beschikbaar is voor de zorg thuis (DTV, Opname Nee), wordt het basisbudget gecorrigeerd voor het aantal etmalen dat iemand gebruik maakt van DTV. Maakt een cliënt bijvoorbeeld wekelijks 4 etmalen gebruik van DTV(4/7 deel)? Dan resteert voor zorg thuis 3/7 deel van het basisbudget. Via de rekenmodule kan het beschikbare budget voor zorg thuis worden teruggerekend;
- Eventuele extra budget voor zorg thuis (bijvoorbeeld EKT) wordt berekend over het basisbudget voor zorg thuis;
- De rekenmodule helpt bij de berekening van het juiste budget en het bijbehorende percentage dat in de aangepaste zorgtoewijzing (AAT) moet worden aangevraagd;
- Bij een structurele wijziging van het gemiddelde aantal etmalen DTV per week is een aanvraag van een nieuwe zorgtoewijzing nodig voor het juiste % bij DTV, Opname Ja en DTV, Opname Nee.

---

<sup>118</sup> Per verschillende aantal etmalen DTV Opname Ja (3,5 of 4 of 4,5) is het basisbudget 100%.

Soort zorg	Voorgestelde/Te declareren prestatie	Etmalen/ dagdelen	Zorgaanbieder (agb-code)	Afgerond percentage
Deeltijdverblijf Opname: Ja	Do61 DTV 6VV	4 etmalen	Bloemenweide (12351235)	85%
Deeltijdverblijf Opname: Nee	H104 Verpleging H117 Huishoudelijke hulp H126 Persoonlijke verzorging	60 min 60 min 60 min	Zonneheuvel (56795679)	8% 3% 5%

Voorbeeld 1: Inge vulde aanvraag rekenmodule DTV

#### 4.3.2 Voorbeelden wachtstatus Deeltijdverblijf

##### Voorbeeld 1 Voorkeur Deeltijdverblijf en overbruggingszorg MPT

*Sara Jansen (1997) heeft een verstandelijke beperking. Ze woont thuis bij haar ouders en zus en gaat 5 dagen per week naar zorgboerderij De Paarderij. Door een toenemende zorgvraag raakt het gezin (over)belast. Er wordt een indicatie aangevraagd voor de Wlz met voorkeur voor Deeltijdverblijf bij De Klaproos, een zorgaanbieder in de buurt. Het CIZ indiceert op 29 januari 2021 een zorgprofiel 4VG (Wonen met begeleiding en intensieve verzorging). Het zorgkantoor stuurt dezelfde dag nog een zorgtoewijzing.*

IO31 (verzonden op 29-01-2021) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 29-01-2021) Van Zorgkantoor naar De Klaproos
<b>Indicatie</b> Besluitnummer: 301 Soort indicatie: CIZ 1 <sup>e</sup> Grondslag: Verstandelijke handicap 2 <sup>e</sup> Grondslag: Psychiatrische aandoening Afgiftedatum IB: 29-01-2021 Ingangsdatum IB: 29-01-2021 Einddatum IB: geen Meerzorg: Nee  <b>Geïndiceerd: zorgprofiel 4VG</b> Ingangsdatum: 29-01-2021 Einddatum: geen VoorkeurCliënt: Deeltijdverblijf Voorkeuraanbieder: De Klaproos Financiering: Wlz	<b>Toegewezen: zorgprofiel 4VG</b> Instelling: De Klaproos Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 29-01-2021 ToewijzingPercentage: 1% ToewijzingIngangsdatum: 29-01-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Etmalen: 3,5 Leveringsvorm: Deeltijdverblijf Dossierhouder: De Klaproos Opname: Ja

Voorbeeld 6a

*De Klaproos heeft nog geen plaats voor Sara. In overleg met de familie wordt ze op de wachtlijst geplaatst voor DTV. De Klaproos stuurt daarvoor op 1 februari 2021 naar het zorgkantoor een MUT18 (Zorgaanbieder kan de zorg nog niet leveren), met de **wachtstatus Wacht op voorkeur en classificatie Specifieke locatie/ woonwens**. Daarnaast wordt een AAT aangevraagd voor MPT (thuiszorg en dagbesteding) met startdatum 1 februari. De Klaproos gaat zelf thuiszorg leveren en*

hoopt het gezin daarmee te ontlasten. De dagbesteding kan doorlopen bij Zorgboerderij De Paarderij omdat die ook gecontracteerd is voor de Wlz.

Het zorgkantoor stuurt op 3 februari 2021 de zorgtoewijzingen (AW33) door naar de zorgaanbieders. Omdat de wachtstatus Wacht op voorkeur is, wordt overbruggingszorg voor een jaar toegewezen.

AW39 (verzonden op 01-02-2021) Van De Klaproos naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 03-02-2021) Van Zorgkantoor naar De Klaproos en Zorgboerderij De Paarderij
<p><b>Beëindiging/Mutatie Wlz-zorg</b>  Besluitnummer: 301  Zorgprofiel: 4VG  ToewijzingIngangsdatum: 29-1-2021  Instelling: De Klaproos  Mut-code: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren)  Mutatiedatum: 01-02-2021  Leveringsstatus: Wacht op voorkeur  Classificatie: Specifieke locatie/woonwens  Leveringsvorm: Deeltijdverblijf</p>	<p>Instelling: De Klaproos  Toegewezen zorgprofiel: 4VG  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 03-02-2021  ToewijzingPercentage: 1%  ToewijzingIngangsdatum: 29-01-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  Leveringsvorm: Deeltijdverblijf (DTV)  Etmalen: 3,5  Dossierhouder: De Klaproos  Opname: Ja</p>
<p><b>Aanvraag (AAT)</b>  Besluitnummer: 301  Afgiftedatum IB: 29-01-2021  Instelling: De Klaproos  Zorgprofiel: 4VG  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Klaproos  Doelmatig: Ja  Bijzondere situatie: n.v.t.  Verantwoord: Ja</p>	<p>Instelling: De Klaproos  Toegewezen zorgprofiel: 4VG  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Toewijzingsdatum: 03-02-3021  ToewijzingPercentage: 67%  ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021  ToewijzingEinddatum: 31-01-2022  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Klaproos</p>
<p><b>Aanvraag (AAT) instelling</b>  De Klaproos  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021  ToewijzingEinddatum: 31-01-2022  ToewijzingPercentage: 67%</p> <p>Zorgboerderij De Paarderij  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021  ToewijzingEinddatum: 31-01-2022  ToewijzingPercentage: 33%</p>	<p>Instelling: Zorgboerderij De Paarderij  Toegewezen zorgprofiel: 4VG  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Toewijzingsdatum: 03-02-3021  ToewijzingPercentage: 33%  ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021  ToewijzingEinddatum: 31-01-2022  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Klaproos</p>

Voorbeeld 6b

*De Klapproos stuurt op 4 februari 2021 een MAZ naar het zorgkantoor. Zorgboerderij De Paardery doet dit op 5 februari. Het zorgkantoor stuurt hierna informatie door naar het CAK voor het opleggen van de eigen bijdrage. Bij het MPT wordt geen informatie over de leverende zorgaanbieder doorgestuurd naar het CAK. (Zijn er meer zorgaanbieders betrokken dan is het niet logisch om maar 1 aanbieder op te nemen op de factuur.) Belangrijk is de juiste startdatum van het MPT.*

AW35 (04/05-02-2021) Van De Klapproos en Zorgboerderij De Paardery naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 07-02-2020) Van Zorgkantoor naar CAK
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 4VG ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021 Begindatum: 01-02-2021 Instelling: De Klapproos Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: MPT	Geleverde zorgID: 8d3210e7-9620-4389-848c-odoc2ab486b5 Geleverde zorg: zorgprofiel 4VG Startdatum: 01-02-2021 Leveringsvorm: MPT Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 4Vg ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021 Begindatum: 01-02-2021 Instelling: Zorgboerderij De Paardery Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: MPT	

#### Voorbeeld 6c

*De Klapproos gaat vanaf 3 mei 2021 DTV leveren (3,5 etmaal). Sara woont dan afwisselend een week bij De Klapproos en een week thuis. In de week dat Sara thuis woont, blijft de thuiszorg en dagbesteding ongewijzigd. De Klapproos stuurt op 29 april een AAT waarin de juiste percentages voor DTV worden aangevraagd. Het MPT wordt daarbij omgezet naar DTV, Opname: Nee. De Klapproos telt voor zichzelf het % DTV, Opname: Ja en het % DTV, Opname: Nee bij elkaar op én vraagt dit in één percentage aan onder DTV, Opname Ja. Het zorgkantoor stuurt, na beoordeling van de AAT, op 3 mei de zorgtoewijzingen naar de zorgaanbieders voor de situatie vanaf 3 mei. Omdat de zorg thuis vanaf 3 mei bij dezelfde zorgaanbieders doorloopt, weten die dat de overbruggingszorg thuis overgaat in reguliere zorg thuis onder leveringsvorm DTV.*

AW39 (verzonden op 29-04-2021) Van De Klaproos naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 03-05-2021) Van Zorgkantoor naar De Klaproos en Zorgboerderij De Paarderij
<b>Aanvraag (AAT)</b> Besluitnummer: 301 Afgiftedatum IB: 29-01-2021 Instelling: De Klaproos Zorgprofiel: 4VG Etmalen: 3,5 Leveringsvorm: Deeltijdverblijf Dossierhouder: De Klaproos Doelmatig: Ja Verantwoord: Ja	Instelling: De Klaproos Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 03-05-2021 ToewijzingPercentage: 85% ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: Deeltijdverblijf Etmalen: 3,5 Dossierhouder: De Klaproos Opname: Ja (DTV)
<b>Aanvraag (AAT) instelling</b> Instelling: De Klaproos Soort zorgtoewijzing: Regulier ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg ToewijzingPercentage: 85% Opname: Ja (DTV)	Instelling: Zorgboerderij De Paarderij Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 03-05-2021 ToewijzingPercentage: 33% ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: Deeltijdverblijf Etmalen: 3,5 Dossierhouder: De Klaproos Opname: Nee (DTV)
Instelling: De Paarderij Soort zorgtoewijzing: Regulier ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg ToewijzingPercentage: 33% Opname: Nee (DTV)	

Voorbeeld 6d

Beide zorgaanbieders sturen op 3 mei, direct na ontvangst van de zorgtoewijzing een MAZ. Zorgboerderij De Paarderij vult in de MAZ 3,5 etmalen voor het DTV. Dit is hetzelfde aantal etmalen als bij DTV, Opname: Ja. Het zorgkantoor stuurt dezelfde dag nog een bericht naar het CAK waarmee de start van het Deeltijdverblijf wordt doorgegeven. Het CAK concludeert op basis van de MAZ op MAZ situatie dat het MPT beëindigd is.

AW35 (Verzonden op 03-05-2021) Van De Klaproos en Zorgboerderij De Paarderij naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 03-05-2021) Van Zorgkantoor naar CAK
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 4VG ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021 Begindatum: 03-05-2021 Instelling: De Klaproos Etmalen: 3,5 etmalen Leveringsstatus: In zorg	Geleverde zorgID: 61076d99-15e0-4030-9cf2-90e72890aa59 Geleverde zorg: zorgprofiel 4VG Instelling: De Klaproos Startdatum: 03-05-2021 Leveringsvorm: Deeltijdverblijf Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)

Leveringsvorm: Deeltijdverblijf

Besluitnummer: 301

Geleverd zorgprofiel: 4VG

ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021

Begindatum: 03-05-2021

Instelling: De Paarderij

Etmalen: 3,5 etmalen

Leveringsstatus: In zorg

Leveringsvorm: Deeltijdverblijf

Voorbeeld 6e

De Klaproos en Zorgboerderij De Paarderij hoeven bij het zorgkantoor geen melding einde zorg (MEZ/ MUT-bericht) aan te leveren voor het MPT. Door de MAZ op het regulier toegewezen Deeltijdverblijf wordt de overbruggingszorg (automatisch) ingetrokken door het zorgkantoor. Dat hoeft in principe niet met 1 dag overlap met het Deeltijdverblijf omdat de zorg thuis gewoon doorloopt via leveringsvorm DTV bij dezelfde zorgaanbieders .

## Voorbeeld 2 Van MPT naar Deeltijdverblijf

*Mehmet (1995) heeft een verstandelijke beperking. Het CIZ heeft op 6 januari 2021 een indicatie voor 6VG afgegeven met leveringsvorm MPT. Mehmet krijgt al zorg thuis van De Klaproos via de Zvw en wil zijn zorg thuis daar graag continueren. Dat kan omdat de Klaproos ook gecontracteerd is voor de Wlz. Na ontvangst van de indicatie stuurt het zorgkantoor de zorgtoewijzing nog dezelfde dag door naar De Klaproos. De Klaproos weet dat Mehmet naar de dagbesteding gaat bij Atelier Creatief (Wmo) en dat het Atelier ook gecontracteerd is voor de Wlz. Om het gezin te ontlasten is het belangrijk dat deze dagbesteding doorloopt. De Klaproos vraagt daarom op 6 januari direct een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan de AAT snel verwerken (het totaal aangevraagde % is 100%) en stuurt op 7 januari de volgende zorgtoewijzingen naar beide zorgaanbieders.*

**AW33 (verzonden op 07-01-2021)  
Van Zorgkantoor naar De Klaproos**

**Toegewezen: zorgprofiel 6VG**  
Instelling: De Klaproos  
Soort zorgtoewijzing: Regulier  
Toewijzingsdatum: 07-01-2021  
ToewijzingPercentage: 61%  
ToewijzingIngangsdatum: 06-01-2021  
ToewijzingEinddatum: geen/leeg  
Leveringsvorm: MPT  
CoördinatorZorgThuis: De Klaproos

**AW33 (verzonden op 07-01-2021)  
Van Zorgkantoor naar Atelier Creatief**

**Toegewezen: zorgprofiel 6VG**  
Instelling: Atelier Creatief  
Soort zorgtoewijzing: Regulier  
Toewijzingsdatum: 07-01-2021  
ToewijzingPercentage: 39%  
ToewijzingIngangsdatum: 06-01-2021  
ToewijzingEinddatum: geen/leeg  
Leveringsvorm: MPT  
CoördinatorZorgThuis: De Klaproos

Voorbeeld 7a

*De ouders van Mehmet zijn op leeftijd, met het oog op de toekomst willen ze daarom dat hij wordt voorbereid op de situatie dat hij niet meer thuis kan wonen. Ze willen dit graag geleidelijk doen via*



Deeltijdverblijf bij De Molen (4 etmalen per week), een voorziening dichtbij. De Klapproos vraagt hiervoor op 1 maart een AAT aan bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor verstuurt op 2 maart de zorgtoewijzing voor De Molen (inclusief de informatieve zorgtoewijzingen voor De Klapproos en Atelier Creatief).

AW39 (verzonden op 01-03-2021) Van De Klapproos naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 02-03-2021) Van Zorgkantoor naar De Molen, De Klapproos en Atelier Creatief
<p><b>Aanvraag (AAT)</b>  Besluitnummer: 301  Afgiftedatum IB: 06-01-2021  Instelling: De Klapproos  Zorgprofiel: 6VG  Etmalen: 4  Leveringsvorm: Deeltijdverblijf  Dossierhouder: De Molen  Doelmatig: Ja  Verantwoord: Ja</p> <p><b>Aanvraag (AAT) instelling</b>  Instelling: De Molen  Soort zorgtoewijzing: Regulier  ToewijzingIngangsdatum: 01-03-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  ToewijzingPercentage: 100%  Opname: Ja (DTV)</p>	<p>Instelling: De Klapproos  Toegewezen zorgprofiel: 6VG  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 07-01-2021  ToewijzingPercentage: 61%  ToewijzingIngangsdatum: 06-01-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  Leveringsvorm: MPT  CoördinatorZorgThuis: De Klapproos</p> <p>Instelling: Atelier Creatief  Toegewezen zorgprofiel: 6VG  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 07-01-2021  ToewijzingPercentage: 39%  ToewijzingIngangsdatum: 06-01-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  Leveringsvorm: MPT  CoördinatorZorgThuis: De Klapproos</p> <p>Instelling: De Molen  Toegewezen zorgprofiel: 6VG  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 02-03-2021  ToewijzingPercentage: 100%  ToewijzingIngangsdatum: 01-03-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  Leveringsvorm: Deeltijdverblijf (DTV)  Etmalen: 4  Dossierhouder: De Molen  Opname: Ja (DTV)</p>

Voorbeeld 7b

De Molen heeft een wachtlijst en stuurt daarom op 3 maart een Mutatiebericht waarmee wordt aangegeven dat het DTV nog niet geleverd kan worden (MUT18). Daarbij wordt de **wachtstatus Wacht op voorkeur** met **classificatie Specifieke locatie/ woonwens** aangeleverd. Daarnaast vraagt De Molen overbruggingszorg aan zodat De Klapproos en Atelier Creatief de huidige zorg kunnen continueren totdat er plaats is. Omdat de status Wacht op voorkeur is, wordt de overbruggingszorg voor een jaar aangevraagd.

Het zorgkantoor stuurt op 3 maart de actuele (aangepast) zorgtoewijzingen naar alle betrokken zorgaanbieders. De reguliere zorgtoewijzingen voor De Klaproos en Atelier Creatief worden op 28 februari afgesloten en vanaf 1 maart omgezet naar overbruggingszorg.

AW39 (verzonden op 03-03-2021) Van De Molen naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 03-03-2021) Van Zorgkantoor naar De Molen, De Klaproos en Atelier Creatief
<p><b>Beëindiging/Mutatie Wlz-zorg</b>            Besluitnummer: 301            Zorgprofiel: 6VG            ToewijzingIngangsdatum: 01-03-2021            Instelling: De Molen            Mut-code: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren)            Mutatiedatum: 03-03-2021            Leveringsstatus: Wacht op voorkeur            Classificatie: Specifieke locatie/ woonwens            Leveringsvorm: Deeltijdverblijf</p>	<p>Instelling: De Molen            Toegewezen zorgprofiel: 6VG            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 02-03-2021            ToewijzingPercentage: 1%            ToewijzingIngangsdatum: 01-03-2021            ToewijzingEinddatum: geen/leeg            Leveringsvorm: Deeltijdverblijf (DTV)            Etmalen: 4            Dossierhouder: De Molen            Opname: Ja</p>
<p><b>Aanvraag (AAT)</b>            Besluitnummer: 301            Afgiftedatum IB: 06-01-2021            Instelling: De Molen            Zorgprofiel: 6VG            Leveringsvorm: MPT            CoördinatorZorgThuis: De Klaproos            Doelmatig: Ja            Bijzondere situatie: n.v.t.            Verantwoord: Ja</p>	<p>Instelling: De Klaproos            Toegewezen zorgprofiel: 6VG            Soort zorgtoewijzing: Overbrugging            Toewijzingsdatum: 03-03-2021            ToewijzingPercentage: 61%            ToewijzingIngangsdatum: 01-03-2021            ToewijzingEinddatum: 28-02-2022            Leveringsvorm: MPT            CoördinatorZorgThuis: De Klaproos</p>
<p><b>Aanvraag (AAT) instelling</b>            De Klaproos            Soort zorgtoewijzing: Overbrugging            ToewijzingIngangsdatum: 01-03-2021            ToewijzingEinddatum: 28-02-2022            ToewijzingPercentage: 61%</p> <p>Atelier Creatief            Soort zorgtoewijzing: Overbrugging            ToewijzingIngangsdatum: 01-03-2021            ToewijzingEinddatum: 28-02-2022            ToewijzingPercentage: 39%</p>	<p>Instelling: Atelier Creatief            Toegewezen zorgprofiel: 6VG            Soort zorgtoewijzing: Overbrugging            Toewijzingsdatum: 03-03-2021            ToewijzingPercentage: 39%            ToewijzingIngangsdatum: 01-03-2021            ToewijzingEinddatum: 28-02-2022            Leveringsvorm: MPT            CoördinatorZorgThuis: De Klaproos</p>

Voorbeeld 7c

De Klaproos en Atelier Creatief sturen 6 maart allebei een MAZ naar het zorgkantoor waarmee ze het MPT weer in zorg melden per 1 maart 2021. Omdat de zorg ongewijzigd is, en aansluitend doorloopt, stuurt het zorgkantoor hiervoor geen CA-bericht naar het CAK. De opgelegde eigen bijdrage blijft ongewijzigd.

*Vanaf 16 augustus is er plaats bij De Molen en start Mehmet met Deeltijdverblijf (4 etmalen). Op de overige dagen (3 etmalen) blijft De Klaproos MPT leveren. Atelier Creatief blijft zowel tijdens het DTV als op de dagen dat Mehmet thuis is de dagbesteding leveren. De Molen stuurt op AAT met de juiste percentages voor de verdeling van het Deeltijdverblijf (Opname Ja en Opname Nee). Het zorgkantoor verwerkt de aanvraag op 17 augustus. Omdat de gewijzigde zorg al op 16 augustus is ingegaan, is het niet nodig om de ingetrokken overbruggingszorg naar De Klaproos en Atelier Creatief te sturen. Zij ontvangen (alleen) een nieuwe reguliere zorgtoewijzing.*

AW39 (verzonden op 16-08-2021) Van De Molen naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 17-08-2021) Van Zorgkantoor naar De Molen, De Klaproos en Atelier Creatief
<p><b>Aanvraag (AAT)</b>            Besluitnummer: 301            Afgiftedatum IB: 06-01-2021            Instelling: De Molen            Zorgprofiel: 6VG            Etmalen: 4            Leveringsvorm: Deeltijdverblijf            Dossierhouder: De Molen            Doelmatig: Ja            Verantwoord: Ja</p>	<p>Instelling: De Molen            Toegewezen zorgprofiel: 6VG            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 17-08-2021            ToewijzingPercentage: 50%            ToewijzingIngangsdatum: 16-08-2021            ToewijzingEinddatum: geen/leeg            Leveringsvorm: DTV            Etmalen: 4            Dossierhouder: De Molen            Opname: Ja (DTV)</p>
<p><b>Aanvraag (AAT) instelling</b>            Instelling: De Molen            Soort zorgtoewijzing: Regulier            ToewijzingIngangsdatum: 16-08-2021            ToewijzingEinddatum: geen/leeg            ToewijzingPercentage: 50%            Opname: Ja (DTV)</p>	<p>Instelling: De Klaproos            Toegewezen zorgprofiel: 6VG            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 17-08-2021            ToewijzingPercentage: 25%            ToewijzingIngangsdatum: 16-08-2021            ToewijzingEinddatum: geen/leeg            Leveringsvorm: DTV            Etmalen: 4            Dossierhouder: De Molen            Opname: Nee (DTV)</p>
<p>Instelling: De Klaproos            Soort zorgtoewijzing: Regulier            ToewijzingIngangsdatum: 16-08-2021            ToewijzingEinddatum: geen/leeg            ToewijzingPercentage: 25%            Opname: Nee (DTV)</p>	
<p>Instelling: Atelier Creatief            Soort zorgtoewijzing: Regulier            ToewijzingIngangsdatum: 16-08-2021            ToewijzingEinddatum: geen/leeg            ToewijzingPercentage: 39%            Opname: Nee (DTV)</p>	<p>Instelling: Atelier Creatief            Toegewezen zorgprofiel: 6VG            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 17-08-2021            ToewijzingPercentage: 39%            ToewijzingIngangsdatum: 16-08-2021            ToewijzingEinddatum: geen/leeg            Leveringsvorm: DTV            Etmalen: 4            Dossierhouder: De Molen            Opname: Nee (DTV)</p>

Voorbeeld 7d

Alle zorgaanbieders leveren snel een MAZ aan bij het zorgkantoor. De Molen op 18 augustus, Atelier Creatief op 19 augustus en De Klaproos op 20 augustus. De Klaproos levert op 20 augustus weer voor het eerst MPT nadat Mehmet 4 etmalen bij De Molen is geweest (daarom is de ingangsdatum in de MAZ ook 20 augustus).

Het zorgkantoor stuurt nu wel een bericht naar het CAK omdat de eigen bijdrage wijzigt van MPT naar DTV. Het CAK kan dit vaststellen op basis van de MAZ van De Molen, daarom wordt alleen deze doorgestuurd. Voor de hoogte van de eigen bijdrage is het aantal etmalen DTV van belang daarom zijn deze opgenomen in het bericht naar het CAK.

AW35 (Verzonden op 18/19/20-08-2021) Van De Molen, Atelier Creatief en De Klaproos naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 21-08-2021) Van Zorgkantoor naar CAK
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 6VG ToewijzingIngangsdatum: 16-08-2021 Begindatum: 16-08-2021 Instelling: De Molen Etmalen:4 Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: Deeltijdverblijf	Geleverde zorgID: b205555f-ef1a-4ebo-a461-13c7874bfda1 Geleverde zorg: zorgprofiel: 6VG Instelling: De Molen Startdatum: 16-08-2021 Leveringsvorm: Deeltijdverblijf Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 6VG ToewijzingIngangsdatum: 16-08-2021 Begindatum: 20-08-2021 Instelling: De Klaproos Etmalen:4 Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: Deeltijdverblijf	
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 6VG ToewijzingIngangsdatum: 16-08-2021 Begindatum: 16-08-2021 Instelling: Atelier Creatief Etmalen:4 Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: Deeltijdverblijf	

Voorbeeld 7e

#### 4.3.3 Verblijf in een instelling

Heeft een cliënt een behoefte of wens voor intramurale zorg<sup>119</sup> en kan de DH niet direct een plaats aanbieden bij de voorkeurslocatie? Dan plaatst de DH de cliënt op de wachtlijst voor deze locatie. De DH geeft via het mutatiebericht (AW39) de juiste wachtstatus en classificatie door aan het zorgkantoor en vraagt (gelijktijdig) de noodzakelijke overbruggingszorg aan.

<sup>119</sup> Intramurale zorg (intramurale opname) is zorg die een zorgaanbieder binnen de muren van een instelling verleent aan cliënten die minimaal 24 uur in die instelling verblijven.

### **Voorkeurslocatie zonder eigen AGB**

Heeft een zorgaanbieder niet voor elke locatie een eigen AGB-code? Dan is het in iWlz niet mogelijk om een cliënt als wachtende te registreren bij een locatie zonder eigen AGB-code. De cliënt staat in deze situaties op de wachtlijst bij een locatie die wel een AGB-code heeft. Wordt de cliënt opgenomen, maar niet bij zijn locatie van voorkeur? En valt die locatie onder dezelfde AGB-code, dan is de wens van een cliënt alleen via een schaduwwachlijst bij de zorgaanbieder zichtbaar te maken. In iWlz release 2.2 is geprobeerd een oplossing te vinden voor deze schaduwwachlijsten. De uitgewerkte oplossing bleek niet uitvoerbaar. Voor een volgende iWlz release wordt opnieuw een voorstel uitgewerkt zodat er beter inzicht ontstaat in de wachtlijstproblematiek en de wensen van cliënten.

#### **4.3.3.1 Zorg thuis tot opname (DTV, VPT, MPT en/of PGB)**

Woont iemand nog thuis dan kan de wachttijd tot opname worden overbrugd met zorg thuis op voorwaarde dat deze (doelmatig en) verantwoord is. De wachttijd kan ook overbrugd worden met tijdelijk verblijf in een andere instelling (zie 4.3.3.2).

#### **Zorgtoewijzingsproces Overbruggingszorg thuis (MPT, VPT)**

- Is er een zorgtoewijzing voor verblijfszorg aanwezig dan vraagt de DH de eerste keer altijd de overbruggingszorg aan. Bij MPT kan de CZT dit daarna overnemen, die hoeft daarvoor geen reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg te hebben;
- In één AAT kan één leveringsvorm worden aangevraagd. Een AAT kan bijvoorbeeld niet gelijktijdig de leveringsvorm Verblijf én MPT bevatten;
- Levert de DH zelf de overbruggingszorg in de vorm van een MPT, dan heeft hij de rol van DH én CZT. De aanbieder wordt gevuld bij het veld Dossierhouder (Verblijf) en bij het veld Coördinator zorg thuis (MPT);
- In de situatie dat meerdere aanbieders betrokken zijn bij het leveren van overbruggingszorg via MPT, bespreekt de DH met de cliënt wie hij als eerste aanspreekpunt wil. De DH vult deze aanbieder in het veld Coördinator zorg thuis in de AAT. De DH bewaakt dat de rol van CZT actief wordt opgepakt. Voor de DH moet duidelijk zijn met welke zorgaanbieder hij moet afstemmen over mogelijkheden tot plaatsing;
- Voor de aanvraag van overbruggingszorg, overlegt de DH met de voorkeuraanbieder over de inhoud van de AAT. Ze kunnen samen ook besluiten dat de DH hiervoor de eerste keer een percentage van 100% aanvraagt. De zorgaanbieder (overbruggingszorg) bespreekt daarna met de cliënt wat er precies nodig is en vraagt dit eventueel via een nieuwe AAT aan;
- De DH of CZT stelt het overbruggingszorg arrangement samen op basis van de feitelijke zorgbehoefte van een cliënt. Overbruggingszorg thuis wordt ook in een percentage (budgetcomponent) aangevraagd. Net zoals regulier zorg thuis (zie hoofdstuk 3);
- Om het aan te vragen % te berekenen wordt de rekenmodule gebruikt. Levert één zorgaanbieder de volledige overbruggingszorg en past die binnen het basisbudget dat beschikbaar is voor het geïndiceerde zorgprofiel? Dan vraagt hij een percentage aan van 100% bij de leveringsvorm (VPT of MPT), met soort zorgtoewijzing Overbrugging;

- Is (nog) niet het volledig beschikbare budget nodig om de wachtperiode tot opname te overbruggen? Zet de zorg thuis dan doelmatig in. In deze situaties hoeft geen lager percentage<sup>120</sup> bij het zorgkantoor te worden aangevraagd;
- De rekenmodule wordt ook gebruikt als er direct meerdere zorgaanbieders bij het leveren van overbruggingszorg betrokken zijn. Het noodzakelijke budget wordt dan verdeeld over deze zorgaanbieders en toegewezen met de berekende percentages;
- De rekenmodule wordt niet bij het zorgkantoor aangeleverd als de overbruggingszorg binnen het basisbudget past óf binnen de ruimte van de toeslag EKT. Dat geldt ook voor het Adviesformulier als de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd;
- De rekenmodule en het Adviesformulier worden wel bij het zorgkantoor aangeleverd als voor de overbruggingszorg een hoger % nodig is dan EKT (inclusief module Behandeling) en/of er geen andere toeslag voor zorg thuis passend is. In deze situaties is dan de Toeslag Extra overbruggingszorg thuis van toepassing;
- Let op: als de toeslag Meerzorg MPT voor de eerste keer moet worden aangevraagd, gaat deze niet voor op de toeslag Extra overbruggingszorg thuis. Dit levert een onnodig administratieve last op voor betrokken partijen;
- De CZT (of DH) moet altijd alle actuele zorg die voor een bepaalde leveringsvorm wordt geleverd opnemen in de AAT. Ook als er voor een zorgaanbieder niets verandert aan de geleverde zorg. Gebeurt dat niet, dan wordt deze periode niet opnieuw toegewezen. De zorgaanbieder loopt hierover een financieel risico omdat er geen zorg gedeclareerd kan worden zonder geldige zorgtoewijzing;
- Zorgkantoren regelen dat naast de wijziging voor leveringsvorm MPT of VPT, óók de actuele leveringsvorm Verblijf informatief wordt opgenomen in het zorgtoewijzingsbericht. Dit bericht (AW33) gaat naar alle aanbieders die op dat moment bij een cliënt zijn betrokken. Zo is iedereen op de hoogte van de actuele zorgvraag en zorginzet bij een cliënt;
- Een actuele, reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg wordt dus niet ingetrokken als in een AAT alléén zorg thuis<sup>121</sup> wordt aangevraagd;
- Levert de DH de overbruggingszorg in de vorm van een VPT zelf, dan neemt hij zichzelf op als dossierhouder in de AAT voor het VPT met soort zorgtoewijzing Overbrugging;
- Het veld Dossierhouder kan per cliënt namelijk maar 1x worden gevuld in de AAT. In deze situaties ligt de rol van DH altijd bij de aanbieder waar de cliënt wacht op verblijfszorg. Die vraagt zo nodig ook een wijziging op overbruggingszorg aan voor de (andere) aanbieder(s) die het VPT levert;
- Wil de cliënt zijn overbruggingszorg (VPT) via een andere zorgaanbieder? Dan overlegt de DH met de cliënt wie zijn voorkeuraanbieder daarvoor is. Komen ze samen tot een goede oplossing, dan geeft de dossierhouder dit door via de AAT. Deze aanbieder kan dus niet worden gevuld in het veld DH bij de aangevraagde leveringsvorm VPT;
- Het moment van aanvraag van overbruggingszorg staat los van de start van overbruggingszorg. Uitgangspunt is dat noodzakelijke (overbruggings)zorg direct wordt ingezet bij een cliënt. Daarmee wordt niet gewacht totdat het volledige zorgarrangement

<sup>120</sup> Zorgaanbieders kunnen er wel voor kiezen om het feitelijk noodzakelijke percentage(s) via een AAT aan te vragen als de eigen organisatie hier om vraagt. Bijvoorbeeld vanwege interne verantwoording van geleverde en gedeclareerde zorg. Zijn er meerdere aanbieders bij een cliënt betrokken dan raakt de keuze van een organisatie ook de administratieve last voor de andere zorgaanbieder(s) omdat zij ook altijd nieuwe zorgtoewijzingen ontvangen.

<sup>121</sup> Dat geldt niet alleen voor een aanvraag MPT maar ook voor een aanvraag VPT.

thuis bekend is, afgestemd met andere betrokken aanbieders en via een AAT bij het zorgkantoor is aangevraagd. Dit voorkomt ook dat eventuele overdracht vanuit het andere domein onnodig stagneert.

### Processtappen (aanvraag) overbruggingszorg

- Net zoals bij zorg thuis en deeltijdverblijf wijst het zorgkantoor ook een budgetcomponent toe voor Verblijf, uitgedrukt in een percentage. De eerste keer is dat altijd 100%;
- Het percentage 100% voor verblijfszorg verwijst naar het maximale NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel (verblijf inclusief dagbesteding en/of inclusief behandeling);
- Na de eerste zorgtoewijzing voor verblijfszorg, levert de DH de juiste status aan via een MAZ (In zorg) of MUT-bericht (wachtstatus). Dit gebeurt uiterlijk binnen 10 werkdagen na de zorgtoewijzing voor verblijfszorg als er een overbruggingszorgarrangement moet worden samengesteld. Anders geldt hiervoor een periode van maximaal 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing;
- Bij een wachtlijst voor opname kan overbruggingszorg gelijktijdig met een MUT<sub>18</sub> worden aangevraagd en/of later<sup>122</sup> via een apart AW39-bericht als hiervoor meer tijd nodig is;
- Vraagt de CZT bijvoorbeeld meer budget aan voor overbruggingszorg of wijzigt (de verdeling van het MPT over) het aantal betrokken aanbieders? Is er nog een actuele zorgtoewijzing voor verblijfszorg en verandert daarin niets? Dan blijft de zorgtoewijzing voor verblijfszorg ongewijzigd staan en hoeft er géén herbevestiging van de wachtstatus bij verblijfszorg te worden aangeleverd via een MUT-bericht;
- Neemt een cliënt deel aan dagbesteding? Dan kan dit via de overbruggingszorg gewoon doorlopen met leveringsvorm MPT, VPT, Deeltijdverblijf Opname Nee of PGB. Deze dagbesteding wordt bij zorg in natura via de AAT aangevraagd. Een cliënt kan de dagbesteding bij een (of meerdere) zorgaanbieders krijgen en/of deels via PGB inkopen;
- Wil een cliënt de dagbesteding na opname continueren bij een andere aanbieder (en/ of via PGB)? Dan vraagt de DH daarvoor een aparte zorgtoewijzing aan (Verblijf, Opname Nee). Dat kan alleen bij zorgprofielen die geïndiceerd worden voor de GZ of GGZW;
- De toegewezen dagbesteding met leveringsvorm MPT of VPT (overbruggingszorg) kan dan niet op dezelfde manier gecontinueerd worden. Die wordt namelijk automatisch beëindigd (ingetrokken via een AW33) als bij het zorgkantoor een MAZ bekend is voor het regulier toegewezen Verblijf, Opname Ja;
- Na opname is er alleen nog sprake van een DH. Die is eindverantwoordelijk voor het gehele zorgarrangement (Verblijf, Opname Ja en Opname Nee). Het veld CZT wordt daarom niet gevuld bij dagbesteding via leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee;
- De zorgaanbieder die dagbesteding levert via leveringsvorm Verblijf, Opname Nee vult in de MAZ een klasse. Standaard is dit 7 etmalen. Deze klasse past niet bij de tijdseenheid voor dagbesteding (dagdelen) maar heeft verder geen betekenis;
- Verblijft een cliënt in een instelling en krijgt hij dagbesteding via een andere zorgaanbieder (Leveringsvorm Verblijf, Opname Nee)? En gaat een cliënt weer zelfstandig thuis wonen (MEZ voor Verblijf, Opname Ja)? Dan moet de zorgtoewijzing voor dagbesteding met leveringsvorm Verblijf, Opname Nee worden beëindigd en omgezet naar leveringsvorm

---

<sup>122</sup> Vanaf iWlz 2.0 is de AAT losgekoppeld van het doorgeven van een mutatiebericht / wachtstatus. Een zorgaanbieder hoeft daardoor bij een AAT, een wachtstatus niet opnieuw te bevestigen als die ongewijzigd is.

MPT of VPT. De DH<sup>123</sup> of CZT vraagt die in deze situatie opnieuw aan via een AAT. Dit is belangrijk voor een juiste eigen bijdrage heffing (zorg thuis in plaats van verblijfszorg).

### **Overbruggingszorg thuis in een combinatie van ZIN en PGB**

- Wil een cliënt zijn overbruggingszorg volledig via PGB? Dan vraagt de budgethouder of zijn gewaarborgde hulp dit zelf rechtstreeks aan bij het zorgkantoor. De DH stuurt in deze situatie alleen een mutatie naar het zorgkantoor met de actuele wachtstatus en classificatie voor verblijfszorg. De DH of CZT kan via een AAT geen zorgtoewijzing voor PGB aanvragen;
- Wordt overbruggingszorg thuis in een combinatie van ZIN met PGB geleverd? Dan overlegt de DH met de cliënt welk deel daarvan via ZIN wordt geleverd. Dit gedeelte vraagt de DH via een AAT aan bij het zorgkantoor. Omdat er sprake is van een combinatie met PGB levert de zorgaanbieder altijd een rekenmodule aan bij het zorgkantoor. Dat geldt niet standaard voor het Adviesformulier, als de zorg thuis binnen het beschikbare budget verantwoord georganiseerd kan worden;
- De DH of CZT geeft in de rekenmodule ook aan of met de cliënt is besproken dat de inhoud van het afgesproken MPT of VPT van invloed kan zijn op de hoogte van het PGB. Het zorgkantoor weet zo of de cliënt een bewuste keuze heeft gemaakt. Dat helpt alle betrokken partijen in de afhandeling en toekenning van PGB;
- Is er sprake is van een combinatie van ZIN en PGB dan wordt ook altijd een nieuwe AAT ingediend als het (totale) percentage voor ZIN wijzigt en/of het aantal betrokken zorgaanbieders. Deze wijziging kan namelijk direct van invloed zijn op het toegekende PGB.

#### **4.3.3.2 Tijdelijk bij andere zorginstelling opgenomen tot definitieve opname**

Is overbruggingszorg thuis niet (meer) verantwoord te leveren of te organiseren? Of duurt opname bij de voorkeuraanbieder toch langer dan verwacht (status Actief plaatsen, met classificatie Voorkeuraanbieder leidend). Dan is tijdelijke opname bij een andere zorgaanbieder een alternatief om de wachtperiode te overbruggen.

Een cliënt kan het zorgkantoor of de DH zelf vragen om bemiddeling naar een tijdelijke, andere instelling totdat de voorkeuraanbieder een plaats beschikbaar heeft. Dit kan de DH of het zorgkantoor ook zelf met de cliënt bespreken. Afhankelijk van de status biedt het zorgkantoor de cliënt deze mogelijkheid aan als de cliënt benaderd wordt bij het wachtlijstbeheer. Het zorgkantoor stuurt hier actief op als duidelijk is dat de voorkeuraanbieder geen passende plaats beschikbaar krijgt binnen de streefnorm voor de wachtstatus Actief plaatsen.

### **Processtappen tijdelijke opname bij andere zorgaanbieder**

- De DH vraagt de tijdelijke opname bij een ander instelling aan via een AAT. Bij de leveringsvorm Verblijf (Opname Ja) wordt soort zorgtoewijzing Overbrugging gevuld omdat de cliënt wil blijven wachten op een plaats bij zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder. Wijzigt er niets aan de reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg bij de voorkeuraanbieder, dan hoeft die niet in de AAT te worden opgenomen. Het zorgkantoor laat in deze situaties de reguliere zorgtoewijzing voor Verblijf gewoon staan en trekt deze niet in;

---

<sup>123</sup> De dossierhouder sluit de verblijfszorg dan af met een mutatie-bericht (MUT19 of MUT20) en vraagt gelijktijdig via een AAT de eerste zorgtoewijzing aan voor zorg thuis. Daarna neemt de coördinator zorg thuis dit over van de dossierhouder.



- Afhankelijk van de status wordt de periode voor overbruggingszorg maximaal een half jaar (Actief plaatsen) of maximaal een jaar (Wacht op voorkeur) toegewezen aan de tijdelijke verblijfsinstelling. De oorspronkelijke voorkeuraanbieder (DH) past zo nodig de wachtstatus en/of classificatie aan bij zijn reguliere zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf. Het maakt daarbij niet uit dat een cliënt al tijdelijk is opgenomen bij een andere zorgaanbieder. Zie voorbeeld 2 onder paragraaf 4.2.5;
- Heeft de oorspronkelijke voorkeuraanbieder plaats? Dan levert die een MAZ aan bij het zorgkantoor. Deze MAZ is voor het zorgkantoor de trigger om de zorgtoewijzing bij de tijdelijke verblijfsinstelling in te trekken (te beëindigen). Omdat de zorgtoewijzing wordt ingetrokken, hoeft die aanbieder geen MEZ aan te leveren. Door de intrekking eindigt de zorg namelijk op de einddatum van de zorgtoewijzing. Vanaf iWlz 2.0 maakt het zorgkantoor bij deze situaties zelf een 'melding einde zorg' aan in het eigen systeem;
- Is de cliënt tevreden met zijn tijdelijke zorgaanbieder en wil hij niet meer terug naar zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder? Dan moet de zorgtoewijzing voor de overbruggingszorg worden omgezet naar een reguliere zorgtoewijzing. De oorspronkelijke voorkeuraanbieder (DH) levert in deze situatie een mutatie-bericht aan op zijn eigen reguliere zorgtoewijzing voor Verblijf, Opname Ja (MUT12, Einde Zorg). Gelijktijdig vraagt hij een nieuwe reguliere zorgtoewijzing aan voor de gewijzigde voorkeuraanbieder en vult hij deze zorgaanbieder in het veld Dossierhouder. Na verwerking van deze aanvraag, wordt de zorgtoewijzing voor overbruggingszorg ingetrokken.

#### 4.3.3.3 Overbruggingszorg thuis na overdracht uit een ander domein

In de Regeling langdurige zorg (RLZ) staat dat een cliënt zijn zorg uit het andere domein voor maximaal 13 weken mag continueren binnen de Wlz, als er sprake is van een Wlz-indicatie met (dringende) opnamebehoefte. De zorg kan in deze periode door dezelfde aanbieder of in dezelfde leveringsvorm (MPT) en met dezelfde omvang worden voortgezet.

Dit op voorwaarde dat:

- de leverende aanbieder ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg en
- de geleverde zorg een gelijke Wlz-prestatie kent.

Het zorgkantoor beoordeelt in deze situaties, samen met de leverende aanbieder en DH, of de wens van de cliënt uitvoerbaar is en past binnen de Wlz (dit kan bijvoorbeeld ook als onderaannemer bij een regulier gecontracteerde Wlz-aanbieder). Kan het zorgkantoor niet tegemoet komen aan de wens van de cliënt, dan geldt voor inzet van overbruggingszorg direct de reguliere afspraken uit het voorschrift.

Heeft een cliënt een dringende opnamebehoefte (Urgent plaatsen, ongeacht classificatie of Actief plaatsen met classificatie Dreigende crisis thuis)? En stemt de cliënt in met (tijdelijke) opname bij een andere aanbieder als zijn voorkeuraanbieder geen plaats heeft binnen de streefnorm, of binnen enkele weken daarna? Dan:

- mag de cliënt tijdelijk zijn aanbieder(s) uit het andere domein houden als het zorgkantoor uitvoering kan geven aan de wens van de cliënt en deze zorgaanbieder hier uitvoering aan kan of wil geven. En de zorg die in het andere domein is geleverd past binnen de bestaande Wlz-prestaties. Of;

- mag de cliënt tijdelijk zijn PGB continueren zonder aan bepaalde voorwaarden<sup>124</sup> voor PGB te voldoen. Dit kan alleen als de cliënt in het andere domein op het moment van indicatiestelling voor de Wlz een PGB heeft;
- levert de DH binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing de wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen aan bij het zorgkantoor (met de bijbehorende classificatie). En vraagt gelijktijdig een AAT aan voor de overbruggingszorg. Bij het vullen van de velden in de AAT volgt de DH de reguliere afspraken. Verder houdt hij bij de ingangsdatum van de overbruggingszorg rekening met de maximale regeltijd voor overgang naar de Wlz (zorg in het andere domein mag 5 dagen gecontinueerd worden na de ingangsdatum van het indicatiebesluit);
- mag de omvang van zijn zorg uit het andere domein voor een periode van maximaal 13 weken gecontinueerd worden. Dit is afhankelijk van de wachtstatus/ classificatie. In overleg met het zorgkantoor is beperkte uitloop/verlenging mogelijk als de dossierhouder opname garandeert binnen een afgesproken termijn van bijvoorbeeld maximaal 2 weken. En als daarmee rekening wordt gehouden met het belang voor de cliënt: bereikbaarheid voor sociaal netwerk, herkenbaarheid van omgeving en voorkomen van onnodige achteruitgang van de cliënt door bijvoorbeeld extra verhuisbewegingen. (Het is niet wenselijk om iemand met cognitieve problemen in korte periode meerdere keren te verhuizen);
- volgt het zorgkantoor het reguliere wachtlijstproces dat past bij de wachtstatus/ classificatie, en bewaakt samen met de DH dat de cliënt binnen de streefnorm wordt opgenomen.

#### 4.3.3.4 Langdurige opname

##### **Te leveren zorgprofiel is gelijk aan geïndiceerd zorgprofiel**

De zorgaanbieder levert de geïndiceerde en toegewezen zorg als:

- uit overleg met de cliënt blijkt dat de toegewezen leveringsvorm passend is en overeenkomt met de zorgvraag van de cliënt;
- de zorgaanbieder hiervoor is gecontracteerd.

##### **Processtappen zorgtoewijzing**

- Het zorgkantoor wijst het geïndiceerde zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf toe aan de voorkeuraanbieder met een percentage van 100%. Het veld Opname heeft de waarde Ja en de soort zorgtoewijzing blijft Regulier;
- Intramurale toeslagen, intramurale Meerzorg of vervoer worden niet via iWlz aangevraagd en/of toegewezen. Deze zorg is daarmee nooit onderdeel van een toe te wijzen percentage;
- Het percentage 100% gaat uit van het (maximale) NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel. Afhankelijk van het zorgprofiel is dit een tarief inclusief dagbesteding en behandeling;
- Is er sprake van een percentage inclusief dagbesteding en behandeling, dan mag de zorgaanbieder deze niet standaard inzetten en declareren. Dat mag alleen als de zorg nodig is voor de cliënt en deze ook echt wordt geleverd aan de cliënt<sup>125</sup>. Zo is het bijvoorbeeld niet

<sup>124</sup> Onder verwijzing naar artikel 5.7a Rlz

<sup>125</sup> En is daarnaast ook afhankelijk van het zorginkoopbeleid van het regionale zorgkantoor.

toegestaan om een tarief inclusief dagbesteding te declareren als een cliënt deelneemt aan onderwijs (en tijdens het onderwijs geen zorg nodig heeft) of wanneer een cliënt aangepast werk heeft en dus geen dagbesteding afneemt;

- Voor bepaalde zorgprofielen uit de GZ<sup>126</sup> en GGZ, kan een cliënt zijn dagbesteding van een andere zorgaanbieder (en/of via PGB) krijgen. De DH bespreekt dit altijd zelf met de cliënt. Als de cliënt dit graag van een andere zorgaanbieder wil, vraagt de DH dat via een AAT aan bij het zorgkantoor. Het percentage voor Verblijf, Opname Ja, verandert door deze situatie ook (< 100%) en moet opnieuw worden aangevraagd;
- Voor de dagbesteding wordt in deze situaties leveringsvorm Verblijf aangevraagd en bij het veld Opname wordt Nee gevuld. Via de rekenmodule wordt het aan te vragen % berekend;
- Wil de cliënt zijn dagbesteding (deels) via PGB inkopen? Dan neemt de budgethouder of zijn gewaarborgde hulp rechtstreeks contact op met het zorgkantoor. Is er sprake van een combinatie van ZIN en PGB voor de dagbesteding? Dan vraagt de DH in de AAT een percentage voor de dagbesteding aan verminderd met het percentage voor PGB;
- Het is ook mogelijk om de dagbesteding door meerdere aanbieders te laten leveren en/of in combinatie met PGB. Bijvoorbeeld een deel door de aanbieder die ook het verblijf levert en een deel door een andere aanbieder. Of zelfs door 2 andere aanbieders (allebei anders dan de aanbieder die Verblijf<sup>127</sup> levert). Deze flexibiliteit verhoogt de keuzevrijheid van de cliënt;
- Het hoogste percentage verwijst in deze situaties altijd naar de leveringsvorm Verblijf, Opname: Ja. Het lagere percentage(s) verwijst naar dagbesteding en/of behandeling (Verblijf, Opname: Nee);
- Net zoals dagbesteding kan behandeling ook (tijdelijk) door een andere aanbieder worden geleverd. Dit wordt op dezelfde wijze aangevraagd als de dagbesteding (leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee met bijbehorende %). Uitzondering hierop vormt de behandeling die via een BORG instelling wordt geleverd. Dit loopt buiten het iWlz berichtenverkeer om;
- Wordt verblijfszorg geleverd exclusief dagbesteding en exclusief behandeling en wordt niet alle financiële ruimte voor behandeling benut? Dan wordt die resterende ruimte niet ingezet voor extra dagbesteding. Het budget voor de behandelcomponent is alleen in te zetten voor behandeling;
- Krijgt een cliënt verblijfszorg maar wil die overgeplaatst worden naar een andere zorgaanbieder? Dan levert de DH (latende zorgaanbieder) een mutatie-bericht (MUT<sub>17</sub>) aan via om de overplaatsing te melden. Let op: een MUT<sub>17</sub> mag alléén worden aangeleverd als er voor deze cliënt direct een plaats beschikbaar is, voor dezelfde leveringsvorm, bij de andere zorgaanbieder. De leveringsstatus bij de oorspronkelijke aanbieder wijzigt dan namelijk van In zorg naar Einde zorg. De mutatedatum is meteen de einddatum van de zorgtoewijzing voor deze aanbieder. Het zorgkantoor stuurt dit MUT/ MEZ-bericht niet door naar het CAK, omdat het uitgangspunt is dat deze zorg gecontinueerd wordt bij een andere zorgaanbieder<sup>128</sup>. Het zorgkantoor stuurt wel de nieuwe MAZ door naar het CAK. Het CAK weet zo dat dezelfde zorg door een andere zorgaanbieder aan de cliënt wordt geleverd. De eigen bijdrage loopt daardoor ongewijzigd door. Als de zorg niet direct doorloopt bij de

<sup>126</sup> Voor de VV, (S)LVG en GGZB zorgprofielen kan in de rekenmodule het verblijf, dagbesteding en behandeling niet gesplitst worden over meerdere aanbieders. Het gaat hier om integrale zorgpakketten met een integraal tarief. Er bestaan hiervoor in de NZa beleidsregels geen losse (intramurale) prestaties bij deze zorgprofielen;

<sup>127</sup> Langdurig Verblijf (of VPT) wordt bij een cliënt niet over 2 aanbieder gesplitst.

<sup>128</sup> Het CAK heeft deze informatie niet nodig voor het factureren van de eigen bijdrage.

nieuwe zorgaanbieder óf er is sprake van een andere leveringsvorm, dan mag er geen MUT<sub>17</sub> worden gebruikt. De DH meldt dan via een MUT<sub>19</sub>, de leveringsstatus Einde zorg en vraagt via een AAT de zorg aan voor de nieuwe zorgaanbieder.

Soort zorg	Te declareren prestatie	Etmalen/ dagdelen	Zorgaanbieder (agb-code)	Afgerond percentage
Verblijf	Z66o ZP 6lg excl. dagbesteding excl. behandeling	7 etmalen	De Hoeve (12341234)	66% (65,8%)
Dagbesteding	H914 Dagbesteding lg midden (lg6)	4 dag- delen	De Kwekerij (56785678)	10% (10,1%)
Dagbesteding	H914 Dagbesteding lg midden (lg6)	3 dag- delen	De Zorgboerderij (44443333)	7,5% (8%)
Behandeling individueel	H335 Behandeling som, pg, lg, vg, zg (SO)	120 min	De Appelhof (47474747)	12% (11,6%)

Voorbeeld 2 Ingevulde rekenmodule verblijfszorg, dagbesteding en behandeling

### **Te leveren zorgprofiel wijkt af van geïndiceerd zorgprofiel**

Heeft de cliënt bij een opnamebehoefte of -wens voorkeur voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel? En wil het zorgkantoor of de zorgaanbieder hiervoor geen productieafsprake maken? Dan is er sprake van een instellingsvreemd zorgprofiel voor deze zorgaanbieder. De zorgaanbieder informeert de cliënt over deze situatie en overlegt of een gecontracteerd, instellingseigen zorgprofiel past bij de zorgvraag van de cliënt (of een zorgarrangement thuis). De zorgaanbieder bespreekt met de cliënt ook of dit zorgarrangement leidt tot kwalitatief verantwoorde, passende zorg voor de cliënt. Is dit het geval en gaat de cliënt hiermee akkoord? Dan vraagt deze zorgaanbieder aan het zorgkantoor om het geïndiceerde (regulier toegewezen) zorgprofiel om te zetten naar een instellingseigen zorgprofiel via een AAT. Dit wordt toegewezen ook met soort zorgtoewijzing Regulier. Voor deze omzettingen hanteren zorgkantoren uniforme uitgangspunten (zie bijlage C).

Is de cliënt niet tevreden met het voorstel of kan de zorg door deze aanbieder niet verantwoord worden geleverd? Dan geeft de zorgaanbieder de zorgtoewijzing gemotiveerd terug aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor neemt de zorgbemiddeling van de zorgaanbieder over en/of geeft advies over regionaal, passend zorgaanbod aan de cliënt. Heeft de cliënt voorkeur voor hulp van zijn voorkeuraanbieder bij het zoeken naar een nieuwe aanbieder, dan mag dit ook. Komen de voorkeuraanbieder en de cliënt er samen niet uit dan wordt alsnog het zorgkantoor ingeschakeld of een onafhankelijke cliëntondersteuner als de cliënt dat zelf wil.

### **Overbruggingszorg thuis bij ander, regulier toegewezen zorgprofiel**

Kan de zorgaanbieder de verblijfszorg direct leveren, dan meldt de zorgaanbieder de cliënt in zorg met een MAZ-bericht. Kan de zorgaanbieder de verblijfszorg niet direct leveren en heeft de cliënt overbruggingszorg nodig? Dan vraagt de zorgaanbieder overbruggingszorg thuis aan op het regulier toegewezen zorgprofiel (ook als dit een ander zorgprofiel is dan het geïndiceerde zorgprofiel, omdat de zorgaanbieder daarvoor niet gecontracteerd is).

#### 4.3.4 Voorbeeld wachtstatus Verblijf

##### Actief plaatsen, van Voorkeuraanbieder leidend naar Dreigende crisis thuis

*Lisa van Dijk (1999) heeft een verstandelijke beperking. Ze woont thuis bij haar ouders en gaat overdag naar zorgboerderij De Dierenhoeve. De moeder van Lisa heeft een belangrijke rol in haar zorg en begeleiding (haar vader kan deze rol niet goed overnemen omdat dat in het verleden tot meer conflictsituaties met Lisa heeft geleid). Lisa's moeder is ernstig ziek daarom wordt voor Lisa een Wlz-indicatie aangevraagd. Er wordt een 4VG geïndiceerd (Wonen met begeleiding en intensieve verzorging). Ze hopen dat Lisa op korte termijn bij De Bloemenweide kan gaan wonen, een instelling in de buurt zodat Lisa in haar vertrouwde omgeving blijft en ook dichtbij haar ouders/ moeder is. Er is geen alternatieve aanbieder in de buurt, tijdelijk een andere aanbieder is daarom ook niet bespreekbaar in deze situatie.*

*Het zorgkantoor ontvangt op 8 februari 2021 het indicatiebesluitbericht (IO31) en stuurt nog dezelfde dag een zorgtoewijzing naar zorgaanbieder De Bloemenweide.*

IO31 (verzonden op 08-02-2021) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 08-02-2021) Van Zorgkantoor naar De Bloemenweide
<b>Indicatie</b> Besluitnummer: 301 Soort indicatie: CIZ 1 <sup>e</sup> Grondslag: Verstandelijke handicap Afgiftedatum IB: 08-02-2021 Ingangsdatum IB: 08-02-2021  <b>Geïndiceerd: zorgprofiel 4VG</b> Ingangsdatum: 08-02-2021 Einddatum: geen/leeg VoorkeurCliënt: Verblijf Voorkeuraanbieder: De Bloemenweide Meerzorg: nee Financiering: Wlz	<b>Instelling: De Bloemenweide</b> Toegewezen: zorgprofiel 4VG Soort zorgtoewijzing (ztw): Regulier Toewijzingsdatum: 08-02-2021 ToewijzingPercentage: 100% Ingangsdatum ztw: 08-02-2021 Einddatum ztw: geen/leeg Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: De Bloemenweide Opname: Ja

Voorbeeld 8a

*De Bloemenweide heeft nog geen plaats voor Lisa. Vanwege de situatie van haar moeder kan ze nog wel even thuis blijven wonen, maar is plaatsing binnen 6 maanden noodzakelijk. Met de huidige dagbesteding bij zorgboerderij De Dierenhoeve kan Lisa de wachtperiode voorlopig overbruggen.*

*De Bloemenweide stuurt een MUT met wachtstatus **Actief plaatsen en Classificatie Voorkeuraanbieder leidend** en vraagt op 9 februari via een AAT een zorgtoewijzing aan voor de overbruggingszorg (dagbesteding/MPT) bij zorgboerderij De Dierenhoeve. Het zorgkantoor verstuurt op 10 februari de zorgtoewijzingen.*

AW39 (verzonden op 09-02-2021) Van Bloemenweide naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 10-02-2021) Van Zorgkantoor naar Bloemenweide en Zorgboerderij De Dierhoeve
<p><b>Mutatiezorgzwaartepakket</b>  Besluitnummer: 301  Zorgprofiel: 4VG  ToewijzingIngangsdatum: 08-02-2021  Instelling: De Bloemenweide  Mut-code 18: Aanbieder kan nog niet leveren  Mutatiedatum: 09-02-2021  Leveringsstatus: Actief plaatsen  Classificatie: Voorkeuraanbieder leidend  Leveringsvorm: Verblijf</p> <p><b>Aanvraag (AAT) instelling</b>  Besluitnummer: 301  Zorgprofiel: 4VG  Afgiftedatum IB: 08-02-2021  Instelling: De Bloemenweide  Leveringsvorm: MPT  CoördinatorZorgThuis: De Dierhoeve  Doelmatig: Ja  Bijzondere situatie: n.v.t.  Verantwoord: Ja</p> <p>Instelling: De Dierhoeve  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  ToewijzingIngangsdatum: 08-02-2021  ToewijzingEinddatum: 07-08-2021  ToewijzingPercentage: 100%</p>	<p><b>Instelling: De Bloemenweide</b>  Toegewezen zorgprofiel: 4VG  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 08-02-2021  ToewijzingPercentage: 100%  ToewijzingIngangsdatum: 08-02-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: De Bloemenweide  Opname: Ja</p> <p><b>Instelling: De Dierhoeve</b>  Toegewezen zorgprofiel: 4VG  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Toewijzingsdatum: 10-02-2021  ToewijzingPercentage: 100%  ToewijzingIngangsdatum: 08-02-2021  ToewijzingEinddatum: 07-08-2021  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Dierhoeve</p>

Voorbeeld 8b

Zorgboerderij De Dierhoeve is ook gecontracteerd voor Wlz-zorg, de dagbesteding voor Lisa loopt gewoon door. Na ontvangst van de zorgtoewijzing stuurt De Dierhoeve daarvoor op 12 februari een MAZ. Het zorgkantoor levert die aan bij het CAK, zodat het CAK de eigen bijdrage kan opleggen.

AW35 (verzonden op 10-2-2021) Van De Dierhoeve naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 10-02-2021) Van Zorgkantoor naar CAK
<p>Besluitnummer: 301  Zorgprofiel: 4VG  ToewijzingIngangsdatum: 08-02-2021  Begindatum: 08-02-2021  Instelling: De Dierhoeve  Leveringsstatus: In zorg  Leveringsvorm: MPT</p>	<p>Geleverde ZorgID: fdf1bac4-7848-40bo-bed1-bc895bd96878  Zorgprofiel 4VG  Startdatum: 08-02-2021  Leveringsvorm: MPT  Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)</p>

Voorbeeld 8c

*De moeder van Lisa wordt medio in maart in het ziekenhuis opgenomen. Het gaat erg slecht met haar. Dat heeft zijn weerslag op Lisa. De situatie thuis is niet houdbaar. Lisa moet zo snel mogelijk opgenomen worden, ook al is dat niet bij haar voorkeuraanbieder.*

*De Bloemenweide is op de hoogte van de situatie en stuurt een MUT naar het zorgkantoor om de dreigende crisis thuis te melden. **De wachtstatus blijft onveranderd (Actief plaatsen), maar de classificatie is gewijzigd van Voorkeuraanbieder leidend in Dreigende crisis thuis.** Door het verzenden van de MUT met de gewijzigde classificatie beschikken het zorgkantoor en de zorgaanbieder over dezelfde, actuele wachtlijst informatie waardoor sneller en gerichter gezocht kan worden naar passende zorg voor Lisa.*

**AW39 (verzonden op 24-03-2021)  
Van Bloemenweide naar Zorgkantoor**

**Mutatiezorgzwaartepakket**

Besluitnummer: 301

Zorgprofiel: 4VG

ToewijzingIngangsdatum: 08-02-2021

Instelling: De Bloemenweide

Mut-code 18: Aanbieder kan de zorg nog niet leveren

Mutatiedatum: 24-03-2021

Leveringsstatus: Actief plaatsen

Classificatie: Dreigende crisis thuis

Leveringsvorm: Verblijf

Voorbeeld 8d

*Op 1 april laat De Zorgtuin weten dat ze vanaf 5 april een tijdelijk plek beschikbaar hebben voor Lisa. Lisa verhuist op 5 april. De Dierenhoeve blijft de dagbesteding leveren. Lisa wil graag op de wachtlijst blijven staan bij De Bloemenweide. De Bloemenweide blijft dossierhouder en vraagt een AAT aan voor overbruggingszorg bij De Zorgtuin en De Dierenhoeve (de dagbesteding wordt dan niet meer geleverd via leveringsvorm MPT maar via leveringsvorm Verblijf, Opname Nee).*

*De Bloemenweide vraagt daarvoor op 5 april een AAT aan. Door de verhuizing naar De Zorgtuin **verandert de classificatie weer terug naar Voorkeur aanbieder leidend.** Er is namelijk geen sprake meer van een dreigende crisis thuis. De Bloemenweide stuurt een AW39 met daarin zowel een MUT om de gewijzigde classificatie door te geven (bij de status Actief plaatsen) als de AAT. Het zorgkantoor verwerkt de wijzigingen en verstuurt de zorgtoewijzingen op 6 april 2021. Omdat de zorgtoewijzingen al ingaan op 5 april hoeft de voorgaande overbruggingszorg niet te worden ingetrokken.*

AW39 (verzonden op 05-04-2021) Van Bloemenweide naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 06-04-2021) Van Zorgkantoor naar Bloemenweide, De Zorgtuin en Zorgboerderij De Dierhoeve
<b>Mutatiezorgzwaartepakket</b> Besluitnummer: 301 Zorgprofiel: 4VG ToewijzingIngangsdatum: 08-02-2021 Instelling: De Bloemenweide Mut-code 18: Aanbieder kan nog niet leveren Mutatiedatum: 05-04-2021 Leveringsstatus: Actief plaatsen Classificatie: Voorkeuraanbieder leidend Leveringsvorm: Verblijf	<b>Instelling: De Bloemenweide</b> Zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 08-02-2021 ToewijzingPercentage: 100% ZorgtoewijzingIngangsdatum: 08-02-2021 ZorgtoewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: Verblijf Opname: Ja Dossierhouder: Bloemenweide
<b>Aanvraag</b> Besluitnummer: 301 Afgiftedatum: 08-02-2021 Instelling: De Bloemenweide Zorgprofiel: 4VG Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: De Bloemenweide	<b>Instelling: De Zorgtuin</b> Zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Toewijzingsdatum: 06-04-2021 ToewijzingPercentage: 80% ZorgtoewijzingIngangsdatum: 05-04-2021 ZorgtoewijzingEinddatum: 04-10-2021 Leveringsvorm: Verblijf Opname: Ja Dossierhouder: De Bloemenweide
<b>Aanvraag Instelling</b> Instelling: De Zorgtuin Soort zorgtoewijzing: Overbrugging ToewijzingIngangsdatum: 05-04-2021 ToewijzingEinddatum: 04-10-2021 ToewijzingPercentage: 80% Opname: Ja	<b>Instelling: De Dierenhoeve</b> Zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Toewijzingsdatum: 06-04-2021 ToewijzingPercentage: 20% ZorgtoewijzingIngangsdatum: 05-04-2021 ZorgtoewijzingEinddatum: 04-10-2021 Leveringsvorm: Verblijf Opname: Nee Dossierhouder: De Bloemenweide
<b>Aanvraag Instelling</b> Instelling: De Dierenhoeve Soort zorgtoewijzing: Overbrugging ToewijzingIngangsdatum: 05-04-2021 ToewijzingEinddatum: 04-10-2021 ToewijzingPercentage: 20% Opname: Nee	

#### Voorbeeld 8e

*Op 7 april stuurt De Zorgtuin een MAZ naar het zorgkantoor. De Dierenhoeve doet dat op 8 april. De Zorgtuin heeft een zorgtoewijzing voor Verblijf, Opname Ja, en geeft daarom in de MAZ aan of Lisa wel of geen behandeling krijgt. De Dierenhoeve heeft een zorgtoewijzing voor Verblijf, Opname Nee en mag daarom het veld Behandeling niet vullen. Het zorgkantoor meldt de start van Verblijf bij het CAK. Voor het CAK is er sprake van een MAZ-op-MAZ-situatie (Verblijf volgt op MPT). De eigen bijdrage voor het MPT stopt per 4 april en gaat over in een eigen bijdrage voor verblijfszorg op 5 april.*



AW35 (verzonden) Van De Zorgtuin en Zorgboerderij De Dierenhoeve naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 07-04-2018) Van Zorgkantoor naar CAK
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 4VG ToewijzingIngangsdatum: 05-04-2021 Begindatum: 05-04-2021 Instelling: De Zorgtuin Leveringsstatus: In zorg Klasse: KE7 Leveringsvorm: Verblijf Behandeling: Ja	Geleverde zorgID: bd27b42c-50ec-43ce-abao-c8418f4e1aaa Zorgprofiel: 4VG Instelling: De Zorgtuin Startdatum: 05-04-2021 Leveringsvorm: Verblijf Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 4Vg ToewijzingIngangsdatum: 05-04-2021 Begindatum: 05-04-2021 Instelling: De Dierenhoeve Leveringsstatus: In zorg Klasse: KE7 Leveringsvorm: Verblijf	

Voorbeeld 8f

*Op 9 juni verhuist Lisa naar De Bloemenweide, die gaat ook de dagbesteding leveren. Op 8 juni neemt ze afscheid bij De Dierenhoeve. Op 10 juni stuurt De Bloemenweide een MAZ naar het zorgkantoor. Omdat de Bloemenweide een zorgtoewijzing heeft voor Verblijf, Opname Ja geven ze via de MAZ door of er sprake is van Verblijf met behandeling of zonder behandeling. De status wijzigt van Actief plaatsen met classificatie Voorkeuraanbieder leidend, naar In zorg voor alle zorg. Het zorgkantoor stuurt deze MAZ op 11 juni door naar het CAK omdat bij leveringsvorm Verblijf een wijziging van de aanbieder wel wordt doorgegeven.*

AW35 (verzonden op 10-06-2021) Van De Bloemenweide naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 11-06-2018) Van Zorgkantoor naar CAK
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 4VG ToewijzingIngangsdatum: 08-02-2021 Begindatum: 09-06-2021 Instelling: De Bloemenweide Leveringsstatus: In zorg Klasse: KE7 Leveringsvorm: Verblijf Behandeling: Ja	Geleverde zorgID: 00551ae3-44c9-49f4-a7d6-ec43f278e236 Zorgprofiel: 4VG Instelling: De Bloemenweide Startdatum: 09-06-2021 Leveringsvorm: Verblijf Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)

Voorbeeld 8g

Nadat het zorgkantoor de MAZ heeft ontvangen van De Bloemenweide trekt het zorgkantoor op 10 juni de zorgtoewijzingen voor overbruggingszorg in voor De Zorgtuin en De Dierhoeve. Omdat de zorg eindigt op de einddatum van de ingetrokken zorgtoewijzing, hoeven beide zorgaanbieders geen melding eind zorg (MEZ/MUT bericht aan te leveren). Het zorgkantoor stuurt op 10 juni de volgende (informatieve) zorgtoewijzingen naar alle betrokken zorgaanbieders.

AW33 (verzonden op 10-06-2021) Van Zorgkantoor naar Bloemenweide en De Zorgtuin	AW33 (verzonden op 10-06-2021) Van Zorgkantoor naar Zorgboerderij De Dierhoeve
<p><b>Instelling: De Bloemenweide</b> Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 08-02-2021 ToewijzingPercentage: 100% ToewijzingIngangsdatum: 08-02-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: De Bloemenweide Opname: Ja</p> <p><b>Instelling: De Zorgtuin</b> Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Toewijzingsdatum: 10-06-2021 ToewijzingPercentage: 80% ToewijzingIngangsdatum: 05-04-2021 ToewijzingEinddatum: 09-06-2021 Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: De Bloemenweide Opname: Ja</p>	<p><b>Instelling: De Dierhoeve</b> Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Toewijzingsdatum: 10-06-2021 ToewijzingPercentage: 20% ToewijzingIngangsdatum: 05-04-2021 ToewijzingEinddatum: 09-06-2021 Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: de Bloemenweide Opname: Nee</p>

Voorbeeld 8h

#### 4.3.5 Crisisopname in een instelling

Een crisis kan zowel thuis als intramuraal ontstaan, bijvoorbeeld door ouderdoms- of gedragsproblematiek)? In een crisissituatie kan crisisopname (verblijfszorg) in de Wlz een oplossing zijn maar dat is niet altijd noodzakelijk. Een crisissituatie kan thuis ook opgelost worden door tijdelijke inzet van een expertteam.

Een crisisopname gaat altijd over situaties waarbij op zeer korte termijn (een versnelde) opname in een Wlz-instelling noodzakelijk is. Eventuele ophoging van zorg thuis, extra ambulante begeleiding of inzet van een crisisondersteuningsteam (GZ) lost (het risico op) het gevaarscriterium niet op. Dit kan alleen opgelost worden met 24-uurs toezicht, maar dat is geen reguliere oplossing voor Wlz-zorg.

Crisisbedden zijn binnen de Wlz beschikbaar voor cliënten met een zorgprofiel voor VV, VG, LG en ZG. Een crisisopname in de GGZ loopt via de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de oorzaak van

de crisis kan het gaan om verblijfszorg met behandeling of verblijfszorg zonder behandeling. In bijlage G wordt de crisiszorg verder beschreven.

### **Crisisopname**

De crisiszorg is erop gericht om een cliëntsituatie te stabiliseren en/of acute dreiging af te wenden, zodat de cliënt weer terug kan naar reguliere zorg. Het gaat vooral om vrijwillige opnames maar een crisisopname kan ook een gedwongen opname zijn, op basis van de Wzd of WvGGZ.

Een versnelde opname is niet aan de orde bij een geleidelijke achteruitgang, dan is er geen sprake van een crisissituatie. Daarvoor gelden de reguliere stappen in de Wlz-keten. De ontwikkeling in de cliëntsituatie kan een aanbieder kenbaar maken via de wachtstatus met classificatie (zie paragraaf 2.5).

Is in een crisissituatie behandeling van curatieve aard nodig (medisch specialistische zorg)? Dan valt dat niet onder de aanspraak Wlz. Een cliënt wordt in deze situaties doorverwezen naar opname en behandeling in een (2<sup>e</sup> lijns) instelling zoals een ziekenhuis, revalidatiecentrum, opnameafdeling van een GGZ-instelling of psychiatrische afdeling in het ziekenhuis (PAAZ).

### **Afzonderlijke procedures crisiszorg V&V, GZ en GGZ**

Door organisatorische verschillen (soort aanbieders, specifiek zorgaanbod) en inhoudelijke verschillen (doelgroepen, zorgvragen) geldt een apart uitvoeringsproces voor crisiszorg in de V&V, GZ of GGZ. Dit wordt uitgewerkt in bijlage G.

#### 4.3.6 Verblijf in een instelling (of VPT), met toeslag Meerzorg

##### Wanneer is er sprake van intramurale toeslag Meerzorg?

Heeft een cliënt zorg nodig die qua omvang of inhoud niet past binnen het best passende, geïndiceerde zorgprofiel. Biedt het bijbehorende budget onvoldoende ruimte om de zorg te betalen die nodig is én biedt een van de aanvullende, intramurale zorgtoeslagen ook geen oplossing? Dan kan bij deze cliëntsituaties een aanvraag worden gedaan voor intramurale toeslag Meerzorg<sup>129</sup>. Wanneer deze aanvraag kan worden gedaan en onder welke voorwaarden staat uitgewerkt in bijlage H: Meerzorg bij verblijfszorg of geclusterd VPT. Uitzondering hierop vormen cliënten met PTZ (zie paragraaf 4.4).

#### 4.3.7 Verblijf in een instelling in combinatie met zorg thuis

Een cliënt kan verblijfszorg (minimaal 5 of 6 etmalen<sup>130</sup>) combineren met zorg thuis. Dit speelt bijvoorbeeld bij een kind of jeugdige die verblijfszorg krijgt maar in het weekend naar huis gaat. In deze situatie is de DH samen met de cliënt verantwoordelijk voor het organiseren van de zorg thuis op de andere dagen. In deze situaties kan thuiszorg alleen via ZIN worden ingezet en niet via PGB.

N.B. De zorgaanbieder vult in de MAZ bij de klasse voor verblijfszorg wel altijd 7 etmalen, ook al woont een cliënt maar 5 of 6 etmalen in de instelling.

#### 4.3.8 Behandeling tijdens verblijf zonder behandeling

##### Medische zorg goed geregeld

In de ouderenzorg en gehandicaptenzorg hebben cliënten in de Wlz steeds vaker een complexe zorgvraag. Voor deze cliënten is het belangrijk dat het totale pakket aan (medische) zorg goed geregeld is. Het maakt daarbij niet uit of een cliënt op een plaats verblijft met behandeling of zonder behandeling (óf zijn zorg via PGB inkoopt).

De mogelijkheden voor inzet van behandeling bij verblijfszorg V&V of GZ:

1. Kan een huisarts de medische zorg niet goed alleen leveren gezien de complexiteit van een cliëntsituatie? Dan is het mogelijk om hiervoor een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicaptten (AVG) te consulteren. Voor deze consultatie is geen toewijzing voor de functie Behandeling nodig. De aanvraag hiervoor kan rechtstreeks bij de SO of AVG worden gedaan door de huisarts of vanuit het Multidisciplinair overleg (MDO) rond de cliënt. Belangrijk is dat de reden, de inhoud en de aanvrager van de consultatie goed worden vastgelegd in het (digitale) zorgplan van de cliënt;
2. Het (tijdelijk) leveren van de overige behandelvormen SO of AVG of behandelprestaties.

Criteria voor het inzetten van behandeling:

- de inzet gaat uitdrukkelijk over Wlz-behandeling en niet over 'behandeling op de achtergrond';

<sup>129</sup> De criteria voor Meerzorg zijn terug te vinden in artikel 2.2 van de Regeling Langdurige Zorg (RLZ). In het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.1.1, lid 2 wordt het verzekerd pakket en het recht op zorg omschreven.

<sup>130</sup> Een etmaal is een aaneengesloten periode van 24 uur.

- in het (digitale) zorgplan wordt de onderbouwing voor deze inzet vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO;
- de onderbouwing in het (digitale) zorgplan geeft duidelijkheid over de inhoud van de in te zetten behandeling;
- de registratie in het (digitale) zorgplan bevat de duur en de te verwachten hoeveelheid uren;
- het verschil (financiële waarde) tussen een ZZP met behandeling en een ZZP zonder behandeling voor een bepaald zorgprofiel geldt als financieel kader voor de inzet. De aanbieder kan de rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen.

### **Werkafspraken voor (tijdelijke) behandeling bij leveringsvorm Verblijf**

Is behandeling geen onderdeel van het verblijf (ZZP-tarief exclusief behandeling) en heeft de cliënt een indicatie voor een V&V of GZ-zorgprofiel? Dan:

- Hoeft vooraf géén toestemming te worden gevraagd bij het zorgkantoor als die (tijdelijke) behandeling past binnen de beschikbare financiële ruimte van het ZZP-tarief inclusief behandeling en alleen door dezelfde instelling (agb-code) wordt geleverd;
- Vraagt de DH wel een reguliere zorgtoewijzing aan voor behandeling als die door een andere zorgaanbieder wordt geleverd. De aanvraag voor behandeling bevat dan de leveringsvorm Verblijf, Opname Nee en het benodigde %. Betrokken partijen zien zo dat er sprake is van behandeling naast verblijfszorg. In de AAT wordt alle zorg met leveringsvorm Verblijf opnieuw aangevraagd, ook verblijfszorg met Opname Ja. Als deze wordt vergeten in de AAT, dan wordt die niet opnieuw toegewezen en kan de verblijfszorg niet worden geleverd of gedeclareerd;
- Toetst het zorgkantoor achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria die daarover bij het contracteren zijn gemaakt.

#### **4.3.9 Partneropname**

Wordt een cliënt opgenomen in een Wlz-instelling dan kan de partner mee verhuizen naar deze instelling. De Wlz biedt hiervoor ruimte. De partner kan daarbij zelf ook een indicatie hebben voor Wlz-zorg óf geen indicatie voor Wlz-zorg.

#### **Partner zonder indicatie voor Wlz-zorg**

- Komt een partner niet in aanmerking voor Wlz-zorg, en wil die graag meeverhuizen naar een Wlz-instelling (intramuraal)? Dan vraagt de zorgaanbieder voor deze partner een ZZPo aan bij het CIZ. Dit kan direct via Portero, het ICT-systeem van het CIZ;
- Vanaf 2021 hoeft de zorgaanbieder daarmee niet te wachten totdat er een geschikte wooneenheid beschikbaar is, maar kan die aangevraagd worden zodra deze wens bekend is;
- Een indicatiebesluit voor een ZZPo is een registratief besluit. Het ZZPo vertegenwoordigt geen zorgprofiel en staat los van een recht op Wlz-zorg. Het CIZ voert daarom geen inhoudelijke beoordeling uit op de aanvraag;
- Heeft de zorgaanbieder nog geen mogelijkheid om beide partners samen te plaatsen, dan kan bij allebei afzonderlijk, via de classificatie bij de wachtstatus, de wens voor Partneropname worden doorgegeven. Dat kan alleen bij de wachtstatus Wacht op voorkeur of Wacht uit voorzorg;

- Heeft de partner met Wlz-indicatie een (zeer)dringende zorgvraag (wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen) óf is hij al opgenomen? Dan kan deze wens alleen via de wachtstatus/ classificatie bij de partner met het ZZPo worden doorgegeven;
- Omdat iemand geen Wlz-zorgvraag heeft is alleen de status Wacht op voorkeur of de wachtstatus Wacht uit voorzorg van toepassing met classificatie Partneropname;
- Heeft een meeverhuizende partner (zonder Wlz-recht) zorg nodig? Dan wordt voor deze zorg een beroep worden gedaan op de andere domeinen (Wmo en/of Zvw);
- Overlijdt de cliënt of verhuist de cliënt naar een andere instelling, dan houdt de partner het recht om in de instelling te blijven wonen. Woont de partner in een wooneenheid met een intramurale toelating voor 2 plaatsen? Dan moet de partner binnen redelijke termijn naar een eenpersoons wooneenheid verhuizen. Hierover maakt de zorgaanbieder met de partner (vooraf) een duidelijke afspraak;
- De 'niet geïndiceerde' partner blijft dan een eigen bijdrage voor het verblijf in de instelling betalen. De zorgaanbieder declareert deze verblijfscomponent bij het zorgkantoor;
- De 'niet geïndiceerde' partner kan er ook voor kiezen om naar een wooneenheid te verhuizen zonder intramurale toelating. Een aanleunwoning of een zelfstandige wooneenheid in of bij de intramurale instelling zijn hier goede voorbeelden van. In deze situatie wordt de intramurale eigen bijdrage vervangen door huur. Voor eventuele ondersteuning vanuit de Wmo geldt dan weer wel een eigen bijdrage;
- Ontstaat er behoefte aan Wlz-zorg dan wordt een reguliere indicatie bij het CIZ aangevraagd (ter vervanging van het ZZPo);

#### **Beide partners met indicatie voor Wlz-zorg**

- Heeft de meeverhuizende partner wel een Wlz-recht (indicatie voor een zorgprofiel) dan geldt het reguliere proces voor Wlz-zorg;
- Is er nog geen indicatie maar wel verwachting van een Wlz-recht, dan wordt in plaats van een ZZPo, een eigen Wlz-indicatie aangevraagd bij het CIZ;
- In de situatie dat de zorg voor iemand niet dringend gerealiseerd hoeft te worden, kan de wens voor partneropname via een MUT18-bericht worden doorgegeven. Dat kan bij de statussen Wacht op voorkeur of Wacht uit voorzorg (met classificatie Partneropname);
- Door de classificatie Partneropname te gebruiken ontstaat er meer inzicht in de behoefte hieraan, zeker als beide partners een Wlz-indicatie hebben (en geen ZZPo).

#### **4.3.10 Administratieve zorgtoewijzing (tijdelijk verblijf in andere instelling)**

Met een administratieve zorgtoewijzing kan een zorgaanbieder verblijfszorg blijven declareren voor een afwezige cliënt als die tijdelijk in een andere instelling verblijft. De aanbieder mag in deze situaties de intramurale plaats tijdelijk beschikbaar houden voor terugkeer van de cliënt.

Een administratieve zorgtoewijzing kan worden aangevraagd als:

- Een cliënt is opgenomen op een Wlz-plaats zonder toelating voor behandeling, en tijdelijk moet worden opgenomen op een Wlz-plaats met toelating voor behandeling. De Wlz-plaats met behandeling is daarbij een fysiek<sup>131</sup> andere plaats dan die zonder behandeling;

<sup>131</sup> De fysieke locatie is daarvoor leidend niet de agb-code.

- Een cliënt verblijfszorg krijgt met behandeling maar tijdelijk naar een andere locatie met een toelating voor behandeling moet. Dit geldt specifiek voor situaties van revalidatiezorg (zorgprofiel VV9B). Deze revalidatiezorg mag nadrukkelijk niet op dezelfde locatie geboden worden als waar de cliënt normaal verblijft (de cliënt is op deze locatie afwezig).

### **Processtappen Administratieve zorgtoewijzing**

- De aanvraag voor een administratieve zorgtoewijzing wordt via het Notitieverkeer aangevraagd bij het zorgkantoor en loopt buiten het iWlz-berichtenverkeer om;
- De aanvraag wordt gedaan door de zorgaanbieder waar de cliënt normaal gesproken verblijft. Deze aanvraag loopt dus niet via de tijdelijke, nieuwe dossierhouder;
- Dit gebeurt binnen 5 werkdagen na overplaatsing naar de tijdelijke verblijfslocatie;
- Het zorgkantoor controleert de aanvraag altijd op juistheid in het eigen systeem. Zo moet er bijvoorbeeld voor de tijdelijke verblijfszorg een MAZ aanwezig zijn;
- In deze aanvraag wordt gemeld dat het gaat om de leveringsvorm Verblijf, Opname Ja en soort zorgtoewijzing Administratief. Ook wordt aangegeven welk zorgprofiel aan de cliënt was toegewezen op de locatie waar de cliënt normaal verblijft (woont). Dit is dus het zorgprofiel uit de voorgaande, aansluitende zorgtoewijzingsperiode;
- De aanvraag wordt gedaan voor een periode van maximaal 3 maanden. Met toestemming van het zorgkantoor is een verlenging van maximaal 3 maanden mogelijk;
- Is eerder duidelijk dat de cliënt niet meer kan terugkeren naar zijn oorspronkelijke woonsituatie, dan beëindigt deze zorgaanbieder de administratieve zorgtoewijzing;
- Heeft de cliënt een tijdelijk indicatie voor een ander zorgprofiel én is de cliënt eerder uitbehandeld? Dan wordt de administratieve zorgtoewijzing ook eerder beëindigd. Is er al een indicatie aanwezig voor de opvolgende periode? Dan wordt een reguliere zorgtoewijzing aangevraagd voor het zorgprofiel dat hierin is opgenomen (dit gaat dan eerder in). Is er nog geen opvolgende indicatie aanwezig? Dan wordt die zo snel mogelijk bij het CIZ aangevraagd. Voor de resterende periode binnen het nog geldige indicatiebesluit, wordt het zorgprofiel aangevraagd uit de administratieve zorgtoewijzing;
- Is duidelijk dat de zorgvraag structureel wijzigt, dan wordt ook zo snel mogelijk een nieuwe indicatie aangevraagd bij het CIZ;
- In de zorginkoop zijn voor de financiering van deze afwezigheidsdagen beperkende afspraken gemaakt.

### **Voorbeeld**

Een cliënt heeft een langdurige indicatie voor zorgprofiel VV4 en krijgt verblijfszorg zonder behandeling. Omdat het herstel na een operatie niet goed verloopt, krijgt de cliënt voor een half jaar een indicatie voor zorgprofiel VV8. Er is niet direct een geschikte plaats beschikbaar. Tot het moment van opname op een Wlz-plaats met behandeling, blijft de cliënt wachten bij zijn huidige zorgaanbieder. De wachtperiode wordt overbrugd met zorgprofiel. Vanaf het moment van opname (MAZ) op een Wlz-plaats met behandeling (VV8), beëindigt de zorgaanbieder de zorgtoewijzing voor overbruggingszorg (VV4). En vraagt deze zorgaanbieder voor het vrij houden van de plaats een administratieve zorgtoewijzing aan.

Heeft de cliënt in zijn indicatiebesluit een indicatie voor VV8 (6 maanden), gevolgd door een indicatie voor VV4 (onbepaalde tijd) én is de cliënt na 4 maanden uitbehandeld? Dan levert deze dossierhouder een MEZ aan op de zorgtoewijzing (VV8). Gelijktijdig wordt een reguliere

zorgtoewijzing voor de VV4 aangevraagd (om 2 maanden te overbruggen). De cliënt gaat weer terug naar zijn oorspronkelijke zorgaanbieder. Door een MAZ te plaatsen op de reguliere zorgtoewijzing, eindigt de administratieve zorgtoewijzing voor de VV4.

#### 4.4 Palliatief Terminale Zorg

Palliatief terminale zorg (PTZ) wordt beschreven in paragraaf 3.3.7.3. In deze paragraaf gaan we specifiek in op PTZ in een instelling of in een hospice met Wtzi<sup>132</sup>-toelating.

Voor PTZ wordt vanaf 2018 geen specifieke indicatie meer afgegeven in de vorm van een VV10. Ondanks het vervallen van dit zorgprofiel is de bekostiging van PTZ in een instelling of hospice met Wtzi-toelating<sup>133</sup> via de prestatie VV10 gehandhaafd. Deze prestatie is te declareren voor alle cliënten met een Wlz-indicatie die niet meer thuis wonen én is niet gekoppeld aan een bepaalde range zorgprofielen.

##### PTZ voor een cliënt die is of wordt opgenomen

- Krijgt iemand PTZ thuis maar is verblijfszorg aangewezen omdat thuis wonen niet meer verantwoord is? Dan mag de instelling het zorgprofiel VV10 declareren als dat voor het organiseren en afstemmen van juiste zorginzet en ondersteuning bij deze cliënt nodig is;
- Stroomt een terminale cliënt via het ziekenhuis door naar een instelling, en was de cliënt nog niet bekend bij deze instelling (woonde de cliënt nog thuis)? Dan mag ook het zorgprofiel VV10 gedeclareerd worden als dat voor het organiseren en afstemmen van juiste zorginzet en ondersteuning bij deze cliënt nodig is;
- Voor iemand die al in een instelling verblijft, wordt PTZ in principe betaald op basis van het geïndiceerde, best passende zorgprofiel. Het toegewezen zorgprofiel is het te declareren zorgprofiel (het toegewezen zorgprofiel kan afwijken van het geïndiceerde zorgprofiel);
- Verblijft iemand al langer in de instelling dan kan alleen in de situatie van zeer intensieve 24-uurs zorg de VV10-prestatie gedeclareerd worden. De zorg kan dan niet verantwoord geleverd worden vanuit het budget dat beschikbaar is voor het geïndiceerde zorgprofiel. Situaties waarin dit zich voor kan doen:
  - Cliënten met zware pijn(bestrijding) en/of
  - Verwardheid en/of benauwdheid en/of
  - Onrust én
  - Complexe zorg waarbij inzet van verschillende disciplines en continue nabijheid van zorg noodzakelijk is;
- Inzet van PTZ en declaratie van de prestatie VV10 kan in deze situaties zonder tussenkomst van het zorgkantoor plaatsvinden. Daarvoor hoeft dus géén zorgtoewijzing voor een VV10 te worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Dit gebeurt op basis van het principe high trust high penalty én op voorwaarde dat de onderbouwing van de extra zorginzet, met de ingeschatte levensverwachting door de behandelend arts, wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Vanaf 2020 is hiervoor geen aparte schriftelijke verklaring meer nodig van de behandelend arts (ingeschatte levensverwachting).

<sup>132</sup> Verwachting is dat de Wtzi vanaf 2022 overgaat in de Wtza.

<sup>133</sup> Hospices met Wtzi-toelating zijn wel een zelfstandige zorginstelling of maken deel uit van een zorginstelling met Wtzi-toelating.



# 5. Zorgweigerings en zorgbeëindiging

## 5.1 Inleiding

In de Wlz geldt een zorgplicht voor zorgkantoren. Dat houdt in dat zorgkantoren zich inspannen en zoveel mogelijk doen om het recht van de cliënt (de verzekerde) op passende Wlz-zorg te realiseren. Voor het invullen van de zorgplicht sluiten zorgkantoren overeenkomsten met zorgaanbieders. Met het afsluiten van een overeenkomst stelt de zorgaanbieder zich ook verplicht om te voorzien in de behoefte aan Wlz-zorg die cliëntgericht, doeltreffend en recht- en doelmatig geleverd wordt. Zorgweigerings of zorgbeëindiging kan daarom niet zomaar plaatsvinden, daarvoor gelden onderstaande procesafspraken.

## 5.2 Zorgweigerings door zorgaanbieder

Onder zorgweigerings wordt verstaan het weigeren van zorg op zorginhoudelijke of op financiële gronden voordat de zorglevering is begonnen. De zorgaanbieder kan zorg weigeren:

- om zwaarwegende redenen op grond waarvan de zorgverlening in redelijkheid niet van de zorgaanbieder kan worden gevraagd. Dit kan bijvoorbeeld op grond van eerdere ervaringen met de cliënt in de zorgverlening óf bijvoorbeeld
- omdat er een instellingsvreemd zorgprofiel is toegewezen waarvoor de aanbieder niet is gecontracteerd en (via een instellingseigen zorgprofiel) niet de vereiste kwaliteit van zorg kan leveren die past bij dit zorgprofiel óf
- omdat de toegewezen cliënt uitzonderlijke complexe dubbeldiagnostiek heeft die niet passend is bij het zorgaanbod van de zorgaanbieder;
- als het gecontracteerde budget is uitgeput. De zorgaanbieder moet dan bij het zorgkantoor aantonen dat voor de geleverde zorg in zijn algemeenheid geldt dat deze doelmatig wordt ingezet en gelijkmatig gespreid wordt over het jaar.

### Procedure bij zorgweigerings voor een individuele cliënt

- Bij een voorgenomen weigerings van zorg doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk melding aan de cliënt;
- Bij een voorgenomen weigerings van zorg doet de zorgaanbieder via Notitieverkeer een met redenen omkleed verzoek aan het zorgkantoor;
- Het schriftelijk verzoek aan het zorgkantoor wordt onderbouwd (met een dossier). De onderbouwing wordt, via het Notitieverkeer, als bijlage meegestuurd naar het zorgkantoor;
- Uit de onderbouwing (of het dossier) blijkt welke omstandigheden een rol spelen in het verzoek;

- Uit de onderbouwing (of het dossier) blijkt dat de zorgaanbieder inspanningen heeft verricht om de casuïstiek te bespreken met andere disciplines of deskundigheidsniveaus (bijvoorbeeld arts, CCE of casemanager);
- Het zorgkantoor neemt contact op met de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger voor wederhoor;
- Het zorgkantoor neemt binnen 1 week na ontvangst van de zorgweigeringsbeslissing een besluit en deelt dit schriftelijke (via het Notitieverkeer) mee aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder brengt de cliënt op de hoogte van dit besluit;
- De zorgaanbieder kan bezwaar maken tegen het besluit van het zorgkantoor. Dit onder verwijzing naar de afspraken daarover in de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor. De termijn voor het indienen van een bezwaarschrift bedraagt 6 weken na de formele beslissing van het zorgkantoor;
- Zorgaanbieder en zorgkantoor treden niet in de publiciteit met betrekking tot de zorgweigeringsbeslissing voor individuele casuïstiek;
- Stemt het zorgkantoor in met de zorgweigeringsbeslissing van een individuele cliënt? Dan ligt er een inspanningsverplichting bij het zorgkantoor om samen met de zorgaanbieder een oplossing te vinden voor de cliënt. En de cliënt naar een andere zorgaanbieder te bemiddelen die wel in staat is deze cliënt goede zorg te leveren. Is er direct zorg nodig dan spant de zorgaanbieder zich in om deze zorg (zo goed mogelijk) te leveren totdat een andere aanbieder de zorg overneemt.

#### **Procedure bij zorgweigeringsbeslissing (cliëntenstop) voor bepaalde zorg**

- Bij een voorgenomen cliëntenstop voor bepaalde zorg overlegt de zorgaanbieder altijd vooraf met het zorgkantoor over een mogelijke oplossing;
- Van een voorgenomen cliëntenstop wordt het zorgkantoor minimaal 5 werkdagen vooraf, schriftelijk op de hoogte gesteld door een zorgaanbieder (inclusief een alternatief beschikbaar aanbod);
- Een zorgaanbieder mag PTZ, crisiszorg of acute Wlz-zorg niet weigeren en moet hiervoor permanent voldoende capaciteit beschikbaar hebben.

### **5.3 Zorgbeëindiging door zorgaanbieder**

Zorgbeëindiging is het eenzijdig willen stopzetten van de ingezette zorg door de zorgaanbieder terwijl er nog wel een actuele zorgvraag aanwezig is. Het beëindigen is slechts mogelijk bij zwaarwegende redenen en alleen onder bijzondere omstandigheden. Een voorgenomen beëindiging van zorg kan dus slechts in zeer uitzonderlijke situaties plaatsvinden. Voorbeelden van zwaarwegende redenen zijn:

- Een ernstige mate van bedreiging of intimidatie die de situatie onwerkbaar maakt omdat de persoonlijke veiligheid of vrijheid van de zorgverlener en/of mede-cliënten in gevaar is. Deze situatie kan ontstaan vanuit de cliënt maar ook vanuit de handelwijze van familie van de cliënt.
- Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie.
- Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor de zorgverlener en/of mede-cliënten.

- Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk), aandringen of waarschuwen door de zorgaanbieder.

In de besluitvorming moeten de volgende afwegingen worden meegenomen:

- Het belang van de cliënt tegen de belangen van andere groepsbewoners.
- Of het gedrag van de cliënt niet (mede) wordt veroorzaakt door de aandoening van de cliënt.

### **Procedure bij zorgbeëindiging voor een individuele cliënt**

- Bij een voorgenomen stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk melding aan de cliënt;
- Bij een voorgenomen stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder via Notitieverkeer een met redenen omklede melding aan het zorgkantoor;
- Deze schriftelijke melding aan het zorgkantoor wordt onderbouwd met een dossier. De onderbouwing wordt, via het Notitieverkeer, als bijlage meegestuurd naar het zorgkantoor;
- Uit het dossier moet blijken welke omstandigheden een rol spelen in het verzoek. De genomen stappen moeten helder zijn voor de cliënt en zijn (wettelijk) vertegenwoordiger(s) en zijn in het dossier (zorgplan) vastgelegd. Uit het dossier blijkt in elk geval dat de zorgverlener de cliënt tenminste eenmaal schriftelijk heeft gewaarschuwd en dat stopzetting van de zorgverlening wordt ingezet als de ontstane situatie niet verandert;
- Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder inspanningen heeft verricht om de casuïstiek te bespreken met andere disciplines of deskundigheidsniveaus (bijvoorbeeld arts, CCE of casemanager);
- Het zorgkantoor kan contact opnemen met de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger voor wederhoor;
- Aan de schriftelijke melding is een voorstel toegevoegd hoe de continuïteit van de zorgverlening is geregeld totdat de zorg is overgedragen aan een andere zorgaanbieder. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg totdat de zorg voor de cliënt is overgedragen aan een andere aanbieder of eventueel op een andere wijze wordt geregeld;
- De cliënt kan desgewenst de stopzetting van zorg aan de rechter voorleggen;
- Zorgaanbieder en zorgkantoor treden niet in de publiciteit met betrekking tot de zorgbeëindiging voor individuele casuïstiek.

## 6. Bijlage A: Afkortingen en begrippen

iWlz	iWlz is een systematiek van elektronisch berichtenverkeer waarmee de cliënt in alle fasen van de zorgketen kan worden gevolgd. Van indicatie naar het toewijzen van zorg, wachtlijsten, het leveren van zorg en het opleggen van de eigen bijdrage. Het elektronisch berichtenverkeer vindt plaats op basis van landelijk vastgestelde berichtenstandaarden.
IO31	Indicatiebesluitbericht (iWlz berichtenverkeer)
AW33	Zorgtoewijzingsbericht (iWlz berichtenverkeer) Een AW33 volgt na een IO31 en wordt aangemaakt door zorgkantoren. Via een zorgtoewijzing kan de zorgaanbieder samen met de cliënt uitvoering geven aan de geïndiceerde zorg en een passend (overbruggings)zorgarrangement inregelen.
AAT	Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing. Een AAT wordt aangevraagd door een zorgaanbieder (CZT of DH) en verstuurd via het AW39-bericht (iWlz-berichtenverkeer).
AW35 (MAZ)	Melding Aanvang Zorgbericht (iWlz berichtenverkeer): begindatum waarop de toegewezen zorg start of de sleutel wordt overgedragen.
AW39 (MUT/MEZ)	Mutatie of Melding Einde Zorgbericht (iWlz berichtenverkeer). Met een mutatie geeft een zorgaanbieder een wijziging in een zorgsituatie (bijvoorbeeld wachtstatus met classificatie of zorgaanbieder) door aan het zorgkantoor. De MEZ is ook een mutatie.
AW317	Landelijk wachtlijstbericht (iWlz berichtenverkeer). Zorgkantoren leveren via het AW317-bericht geanonimiseerde informatie aan bij het Zorginstituut over cliënten met een Wlz-indicatie. Het Zorginstituut berekent, via landelijke vastgestelde rekenregels, wat de (wacht)status van cliënten is op de landelijke wachtlijst. Dat gebeurt op het niveau van het indicatiebesluit, over leveringsvormen heen. (Bij het zorgkantoor kan een cliënt voor meerdere toegewezen leveringsvormen op een aparte wachtlijst staan.). De landelijke wachtlijstinformatie wordt maandelijks gepubliceerd en toont informatie op een vastgestelde peildatum uit de voorliggende maand.
CA-berichten	Berichtenuitwisseling voor opleggen eigenbijdrage cliënt tussen zorgkantoor en CAK (iWlz-berichtenverkeer)

ZK-berichten	Berichtuitwisseling tussen zorgkantoren onderling (bovenregionaal iWlz-berichtenverkeer)
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CZT	Coördinator zorg thuis (1e aanspreekpunt bij MPT)
DH	Dossierhouder (1e aanspreekpunt bij Verblijfszorg, VPT of DTV).
OCO	Onafhankelijke cliëntondersteuner
CAK	Centraal Administratie Kantoor
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
V&V	Sector Verpleging en Verzorging
GZ	Sector Gehandicaptenzorg
GGZ	Sector Geestelijke gezondheidszorg
MPT	Modulair Pakket Thuis
VPT	Volledig Pakket Thuis
DTV	Deeltijdverblijf
EKT	Extra kosten thuis
GVH	Gespecialiseerd verpleegkundig handelen
PGB	Persoonsgebonden Budget
PTZ	Palliatief terminale zorg
ZIN	Zorg in natura
ADL	Algemeen dagelijkse leveringsverrichtingen (ADL) zijn dagelijks terugkerende handelingen die mensen in het gewone leven verrichten. Voorbeelden zijn: in en uit bed komen, aan- en uitkleden, lichamelijke hygiëne (zich wassen, tanden poetsen, haren kammen, nagels knippen), in een stoel gaan zitten en weer opstaan, eten, drinken, medicijnen innemen, bewegen, lopen, praten, horen, naar het toilet

	gaan, ontspannen, sociale contacten, zinvolle activiteiten ondernemen (zoals sport en hobby's), seks, verplaatsen (zoals autorijden of fietsen) en lichaamswarmte regelen (verwarming hoger of lager kunnen zetten, verkleden).
ELV	Eerstelijnsverblijf (ELV) wordt vanaf 2017 betaald door de zorgverzekeraar en vergoed vanuit de basisverzekering. Iemand zonder Wlz-indicatie kan hier een beroep op doen. Eerstelijnsverblijf is verblijf voor geneeskundige zorg die onder de verantwoordelijkheid valt van een huisarts, een specialist ouderengeneeskunde (SO) of een arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Het gaat dan om kortdurend verblijf, gemiddeld 3 maanden, en is meestal bedoeld voor kortdurende geneeskundige zorg. Het is niet bedoeld voor medisch-specialistische zorg. Eerstelijnsverblijf is gericht op mogelijk herstel en op terugkeer naar de eigen woonomgeving (herstelgerichte zorg). De zorg die nodig is kan dan niet altijd thuis geleverd worden omdat bijvoorbeeld 24-uurs toezicht of zorg (onplanbare momenten) in nabijheid nodig is, al dan niet met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Het kan bijvoorbeeld ook nodig zijn een cliënt tijdelijk op te nemen voor een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie. Eerstelijns verblijf kan ook ingezet worden voor PTZ als de cliënt niet zonder toezicht thuis kan zijn als de (professionele) zorgverlener er niet is. Meer informatie over vergoeding van eerstelijnsverblijf is terug te vinden in de beleidsregel Eerstelijnsverblijf van de NZa.
Basisbudget (100%, doelmatige zorg)	Het basisbudget is een financieel bedrag dat hoort bij een bepaald zorgprofiel. Met dit budget kan (overbruggings)zorg thuis worden geregeld. Dit budget komt overeen met het PGB-budget voor een bepaald zorgprofiel. (PGB-tarieven zijn afgeleid van de intramurale kosten.) Het basisbudget is altijd 100%. Het basisbudget bevat nooit behandeling omdat dit niet met PGB kan worden ingekocht. Extra budget bovenop het basisbudget is mogelijk als de cliënt bij opname in een instelling ook is aangewezen op deze zorg of behandeling én deze toeslag (zoals EKT, <a href="#">Meerzorg MPT</a> of Ademhalingstoeslag) niet gebonden is aan het verblijf in een instelling. Het budget is dan gelijk aan het PGB-budget voor een bepaald zorgprofiel, opgehoogd met de extra zorgkosten. Toeslagen voor kinderen die te maken hebben met het leveren van gebruikelijke zorg in een instelling (bij opname of dagprogramma), zijn uitgezonderd van vergoeding thuis.
Dagstructuur	Het kunnen structureren van de dag is belangrijk voor het welzijn van de cliënt en het goed functioneren in de thuissituatie. Dagstructuur zorgt voor houvast, duidelijkheid en overzicht. Daarvoor is regie-vermogen bij de cliënt belangrijk. Is dit niet het geval dan kan door het gebruik van dagbesteding de dag voor de verzekerde afdoende sturing en/of structuur krijgen.

Ervaren gevoel van veiligheid	<p>Een cliënt voelt zich veilig als hij weet, erop kan vertrouwen, dat er hulp komt als hij dit nodig heeft. De beleving van veiligheid wordt positief beïnvloed door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alarmeringsmogelijkheden (binnen handbereik) en/of</li> <li>○ Korte responstijd van mantelzorg of (professionele) zorgverleners en/of</li> <li>○ Het gebruik kunnen maken van zorg op onplanbare momenten.</li> </ul>
Fysieke veiligheid	<p>Fysieke veiligheid ontstaat door een veilige leefomgeving. Gevaar voor incidenten voor de cliënt, mantelzorgers of zorgprofessionals kan worden beperkt door de woonomgeving fysiek anders in te richten. Aanpassingen zijn relatief eenvoudig te realiseren door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voorwerpen/obstakels te verwijderen die een gevaar vormen (bijvoorbeeld valgevaar als gevolg van drempels of tapijt) zodat veilig verplaatsten binnen en/of om de woning geborgd is. En/of</li> <li>○ Leefruimten aan te passen om mogelijke gevaren te beperken (aanpassingen in een badkamer om veilige ADL-zorg te kunnen leveren, gelijkvloerse ruimte, traplift etc.). En/of</li> <li>○ Aanwezigheid van zorg ondersteunende hulpmiddelen zoals tillift, hoog-laagbed, aangepast toilet etc.</li> </ul>
Gebruikelijke zorg	<p>Gebruikelijke zorg gaat over zorg en activiteiten die partners, ouders, volwassen kinderen en/of andere volwassen huisgenoten voor elkaar, naar algemeen aanvaardbare maatstaven, behoren te doen.</p> <p>Hiermee wordt expliciet tot uitdrukking gebracht dat daar waar een gezamenlijk huishouden wordt gevoerd en iemand onderdeel uitmaakt van deze leefeenheid, iemand op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft voor het functioneren van het huishouden. Hiervoor is in principe geen vergoeding van de kosten voor die (huishoudelijke-) activiteiten mogelijk. Het hangt van de sociale relatie af welke zorg/activiteiten mensen voor elkaar behoren te doen. Hoe intiemer de relatie, hoe meer mensen voor elkaar horen te doen (gebruikelijke zorg). Voor de zorg van ouderen en kinderen, zie bijlage G. Bij volwassenen onderling geldt dat daar waar men bij het normale maatschappelijke verkeer binnen de persoonlijke levenssfeer zaken samendoet, zoals het bezoeken van familie/vrienden, het meegaan naar de huisarts enzovoort, die wordt gezien als gebruikelijke zorg van huisgenoten onderling.</p> <p>Wanneer maakt iemand onderdeel uit van een leefeenheid?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Onder een leefeenheid wordt verstaan: alle bewoners die een gemeenschappelijke woning bewonen met als doel een duurzaam huishouden te voeren. Zijn één of meer huisgenoten in staat huishoudelijk werk te verrichten dan komt men in principe niet in aanmerking voor hulp bij het huishouden;</li> </ul>

- Het principe van gebruikelijke zorg heeft een verplichtend karakter. Er wordt geen onderscheid gemaakt op basis van sekse, religie, cultuur, gezinssamenstelling, wijze van inkomensverwerking, drukke werkzaamheden, lange werktijden of persoonlijke opvattingen over het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden;
- Als uit (medisch) onderzoek blijkt dat een huisgenoot aantoonbare beperkingen heeft op grond van een aandoening, beperking, handicap of probleem waardoor redelijkerwijs de taken niet overgenomen kunnen worden is gebruikelijke zorg niet van toepassing.

Wanneer maakt iemand geen onderdeel uit van een leefeenheid:

- Als iemand een kamer verhuurt aan derden, dan wordt de huurder niet tot de leefeenheid gerekend. Van de huurder wordt dan verwacht dat hij de gehuurde ruimte(n) schoonhoudt en evenredige bijdraagt aan het schoonhouden van gezamenlijke ruimten. Zijn er tussen de verhuurder en huurder afspraken gemaakt over het schoonhouden van de gehuurde woonruimte, dan kan de verantwoordelijkheid voor deze afspraken (mogelijk tegen betaling) niet afgewenteld worden op de Wlz als de verhuurder niet meer in staat is deze afspraken zelf na te komen;
- Als iemand in een geclusterde woonvorm woont, dan woont iemand met meerdere mensen in één huis zonder hiermee een leefeenheid te vormen. Ofwel er is dan geen sprake van een duurzaam huishouden met de huisgenoten. In deze situaties heeft iemand in ieder geval wel een eigen woon/slaapkamer en de overige ruimten worden in meer of mindere mate gemeenschappelijk gebruikt. In de berekening van de omvang van de Huishoudelijke hulp wordt het schoonmaken van de eigen woonruimte(n) en slechts een evenredig deel van de gemeenschappelijke woonruimte meegerekend;
- Als iemand in een leef- of woongemeenschap woont. Dan woont iemand met meerdere mensen in één gebouw én vormt hiermee wel een leefeenheid. Er is dan wel sprake van een duurzaam huishouden met de huisgenoten omdat er sprake is van een of meer bindende factoren zoals een religieuze of spirituele inhoud. Een voorbeeld hiervan zijn kloostergemeenschappen. In een dergelijke gemeenschap is sprake van een leefeenheid waarbij de taakverdeling zich niet leent voor overname. In die situaties kan iemand huishoudelijke hulp bij het schoonmaken van de eigen kamer krijgen en een evenredig deel van de gemeenschappelijke ruimten die vallen binnen het niveau van de sociale woningbouw. Bibliotheken, gebedsruimten etc. vallen hierbuiten en behoren dan tot de eigen verantwoordelijkheid van de gemeenschap.

Geclusterde woonvorm/  
kleinschalig wonen  
(Blz., Artikel 3.1.4)

In een geclusterde woonvorm of kleinschalig wooninitiatief wonen mensen die langdurige zorg nodig hebben. Zij huren of kopen zelf woonruimte. Voor deze groep mensen wordt de zorg gezamenlijk geregeld door een of meerdere gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder(s).



	<p>Meestal via VPT. Of zij regelen samen de zorg, vaak met hulp van hun familie. De zorg wordt dan veelal zelf ingekocht met een persoonsgebonden budget (PGB), al dan niet aangevuld met zorg in natura (ZIN).</p> <p>Kleinschalig wonen (PGB) is een woonsituatie waarbij minimaal 3 en maximaal 26 bewoners (budgethouders) verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet basisregistratie personen. Of op verschillende woonadressen binnen een straal van honderd meter wonen, waar ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten. Het aantal budgethouders dat in de woonvorm moet verblijven om in aanmerking te komen voor een toeslag kleinschalig wonen PGB wordt over de domeinen heen geteld in plaats van alleen binnen de Wlz.</p>
Gewaarborgde hulp (PGB)	De gewaarborgde hulp is een door de cliënt ingeschakelde hulp van een derde die de budgethouder (verplicht) ondersteunt bij het voldoen/nakomen van de aan het PGB verbonden verplichtingen. Dit kan de wettelijk vertegenwoordiger zijn maar ook iemand anders of een organisatie. Meer informatie over de gewaarborgde hulp is terug te vinden in de Regeling langdurige zorg of via Per Saldo.
Handelingsverlegenheid	Handelingsverlegenheid houdt in dat de professional niet handelt of weet te handelen ondanks dat er zorgen of signalen zijn over de betreffende cliënt. Handelingsverlegenheid ontstaat uit onvermogen om (nog) adequaat te handelen en komt voort uit aarzelingen bij de professional zelf.
Intramurale toeslag	<p>Een intramurale toeslag is extra budget bij verblijfszorg (intramurale opname) dat kan worden ingezet bovenop het bedrag voor het toegewezen zorgprofiel. Daarmee kan de cliënt meer zorg krijgen dan waar hij op grond van zijn geïndiceerde zorgprofiel recht op heeft. Om aanspraak te maken op een toeslag moet wel aan bepaalde voorwaarde(n) worden voldaan. De voorwaarden zijn afhankelijk van de toeslag en zijn terug te vinden in de NZa beleidsregels en het zorginkoopbeleid van zorgkantoren. Een intramurale toeslag kan worden ingezet zonder een aanpassing (van het %) in de zorgtoewijzing voor verblijfszorg.</p> <p>Voorbeelden van intramurale toeslagen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Invasieve beademing, Non-Invasieve beademing (ook mogelijk bij extramurale zorg) of</li> <li>○ Huntington, Cerebrovasculair Accident (CVA), Multifunctioneel centrum, Observatie, Gespecialiseerde epilepsiezorg, Niet strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP) en Woonzorg gehandicaptenzorg (kind/jeugd/jongvolwassen).</li> </ul>
Informele zorg (Vrijwilligerszorg)	Informele zorg is zorg die gegeven wordt op basis van vrijwillige inzet, waarbij er geen directe relatie is met degene voor wie men zorgt. Ze kennen de personen voor wie ze zich inzetten vooraf niet. Er is dus (nog) geen emotionele band. Vrijwilligers kiezen er bewust voor om een bijdrage te leveren. Dit in tegenstelling tot mantelzorg. Mensen die zich inzetten als vrijwilliger doen dat in georganiseerd verband. Zij

	<p>verlenen hun zorg voor een beperkt aantal uren en kunnen hier op eigen initiatief mee stoppen. Ze tekenen bijvoorbeeld vaak een overeenkomst en hebben rechten en plichten. Zorgvrijwilligers verrichten nooit verpleegkundige handelingen.</p>
Mantelzorg	<p>Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende. Dit gebeurt door personen uit de directe omgeving van degene die hulp of zorg nodig heeft, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (Zorg Nabij, VWS 2001). Het verschil met informele zorg (vrijwillige inzet) is dat mantelzorgers een relatie hebben met degene voor wie ze zorgen: een emotionele betrokkenheid. Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor een persoon met een chronische ziekte, gehandicapte of hulpbehoevende persoon uit hun omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn, maar ook een ander familielid, vriend of kennis. Vanaf 2017 wordt bij de indicatiestelling door het CIZ voor toegang tot de Wlz geen rekening gehouden met de mogelijkheden van de mantelzorg</p> <p>Bij mantelzorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gaat het om zorg waarop een cliënt wel aanspraak heeft;</li> <li>○ Wordt de normale (gebruikelijke) zorg in zwaarte, duur en/of intensiteit aanmerkelijk overschreden;</li> <li>○ Is er sprake van zorg op basis van vrijwilligheid, dat wil zeggen dat de mantelzorger bereid en in staat is deze zorg te leveren;</li> <li>○ Wordt niet bewust gekozen om te gaan zorgen. Mantelzorgers zorgen vaak vanuit vanzelfsprekendheid, gewoon omdat een naaste ziek wordt en ze het logisch vinden om zorg op zich te nemen. Het overkomt de mantelzorger, omdat ze een emotionele band hebben met degene die zorg nodig heeft. Mantelzorgers zorgen soms 24 uur per dag, kunnen hier niet zomaar mee stoppen en verrichten soms verpleegkundige handelingen.</li> </ul>
Mantelzorg-netwerk (Sociaal netwerk)	<p>Mantelzorgers (sociaal netwerk) zorgen voor gevoel van veiligheid en structuur. Mensen met een klein sociaal netwerk en weinig of geen mantelzorgers lopen een groot/groter risico op verwaarlozing. Mantelzorgers zorgen vaak voor zaken als de was, boodschappen, maaltijden, begeleiding bij ziekenhuisbezoek, maken van afspraken, hulp bij financiën, ondernemen van activiteiten of afstemming met professionele zorgverleners. Woonondersteuning in de vorm van klusjesdiensten.</p>
Medische veiligheid	<p>Medische veiligheid ontstaat als de medisch vereiste zorg in de thuissituatie geborgd is. De cliënt is daarvoor ingeschreven in een huisartspraktijk. In geval van een calamiteit moet een (huis)arts binnen 10 minuten reageren en binnen 30 minuten ter plaatse zijn (criteria IGZ 2013).</p>

	In de Wlz is, aanvullende op de huisartsenzorg, specifieke expertise van een SO, AVG-arts, medische specialist en of orthopedagoog geborgd beschikbaar/raadpleegbaar voor huisarts. Dit geldt ook voor eventueel noodzakelijke multidisciplinaire benadering.
Passende zorg	Zorg die aansluit bij de urgentie van de cliëntsituatie, die past binnen de indicatie van een cliënt en bij zijn wensen en zorgbehoefte.
Persoonlijk assistentie-budget	<p>Een persoonlijk assistentiebudget is alleen mogelijk via PGB. Wanneer iemand in aanmerking komt voor een persoonlijk assistentiebudget staat beschreven in de Regeling langdurige zorg (Rlz) Artikel 5.15a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) In geval de cliënt geïndiceerd is voor het zorgprofiel LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging dan wel voor het zorgzwaartepakket Z(Z)P LG 5, ZZP LG 6, Z(Z)P LG 7, Z(Z)P VV 7 of Z(Z)P VV 8 kan het zorgkantoor, op aanvraag van de cliënt, zijn persoonsgebonden budget ophogen als de cliënt: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) vanuit een medische noodzaak is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid van verzekerde in levensbedreigende situaties te waarborgen;</li> <li>b) 18 jaar of ouder is;</li> <li>c) geen cognitieve beperkingen heeft, en</li> <li>d) op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de taken als omschreven in artikel 3.3.3, vierde lid, onderdeel b en c, van de wet kan uitvoeren.</li> </ol> </li> <li>2) De aanvraag van de cliënt bij het zorgkantoor gaat vergezeld van een oordeel van een behandelend arts over de medische noodzaak als beschreven in het eerste lid, onderdeel a, en wordt slechts ingewilligd nadat het zorgkantoor de cliënt in persoon heeft gezien en mede op grond daarvan tot de overtuiging is gekomen dat de cliënt voldoet aan de voorwaarden, onder lid 1.</li> <li>3) De hoogte van het bedrag waarmee het budget maximaal kan worden opgehoogd staat beschreven in de regeling PGB. Omdat deze jaarlijks kan worden aangepast is deze informatie hier niet opgenomen. (Bij het ophogen van het budget wordt ook rekening gehouden met de mogelijkheden van de partner of mantelzorg.)</li> </ol>
Persoonlijk plan	De cliënt heeft de mogelijkheid om de zorgaanbieder en/of het zorgkantoor een persoonlijk plan te overhandigen waarin zijn idee over de gewenste samenstelling van de zorg wordt geschetst. Deze informatie moet door de zorgaanbieder worden betrokken bij de

	<p>zorgplanbespreking. Het zorgkantoor moet deze informatie meewegen bij zijn beslissing of de zorg thuis verantwoord en doelmatig kan worden georganiseerd.</p>
<p>Professionele zorg</p>	<p>Een zorgprofessional heeft de taak en de verantwoordelijkheid om mensen passende (medische) zorg en ondersteuning te verlenen volgend de voor de beroepsgroep geldend standaarden. Een zorgprofessional is verantwoordelijk voor het maken van duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, taken, dossiervorming (zorgplan), zorgcoördinatie en afstemming met andere betrokken zorgprofessionals rondom de (medische) zorgbehoefte van een cliënt.</p>
<p>Regelzorg</p>	<p>Heeft een cliënt zorg in een van de andere domeinen (Wmo, Jw en/of Zvw) maar is de Wlz meer aangewezen (indicatie zorgprofiel), dan is er tijd nodig om passende zorg in de Wlz op te starten/te organiseren. Wanneer de nieuwe, intramurale zorg niet direct start en de overbruggingszorg of alternatieve zorg nog niet is toegewezen, is er sprake van een overgangperiode (regeltijd). Om continuïteit van de zorg te borgen is in deze korte overgangperiode sprake van regelzorg die nog betaald wordt vanuit het andere domein.</p>
<p>Respijtzorg</p>	<p>Respijtzorg biedt mantelzorgers de mogelijkheid om hun zorgtaken tijdelijk aan een ander over te dragen zodat zij even op adem kunnen komen. Respijtzorg heeft tot doel te voorkomen dat de mantelzorg zich zwaar belast of overbelast voelt. Respijtzorg kan op verschillende manieren gefinancierd worden. Vanuit de Wmo, Wlz en/of zorgverzekeraar. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om opvang buitenshuis (dagopvang, vakantieopvang of logeren), iemand kan een dag(deel) bij de zorgvrager thuis komen als deze graag in zijn vertrouwde omgeving blijft en de mantelzorger een (dag)deel weg wil (incidenteel of met regelmaat) of om een gezamenlijke vakantie van de mantelzorger en de zorgvrager. Respijtzorg wordt uit de Wlz betaald als de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.</p>
<p>(SG)LVG zorgprofiel</p>	<p>Zorgprofiel wordt alleen geïndiceerd als er behandelperspectief is en een behandelprognose en een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is. Kenmerken cliëntgroep: IQ tussen 50-85, leeftijd meestal tussen 18-55 jr., ernstig chronische beperkingen in sociale redzaamheid, leer- en/of gedragsproblemen, co morbiditeit van psychiatrische problemen en/of ontwikkelingsstoornissen en ernstige handelingsverlegenheid van omgeving vanwege problematiek.</p>
<p>Soort (zorg)toewijzing</p>	<p>De soort zorgtoewijzing kent vanaf iWlz 2.0 nog 3 waarden: Regulier, Overbrugging en Administratief. De soort zorgtoewijzing geeft aan dat de geïndiceerde zorg met een bepaalde leveringsvorm is toegewezen aan een bepaalde (voorkeur)aanbieder. En of het ingezette zorgarrangement door deze zorgaanbieder een tijdelijke oplossing is (Overbrugging) of de gewenste en best passende (Regulier). De administratieve zorgtoewijzing is hierop een uitzondering omdat die een relatie heeft met financiering van tijdelijk andere zorg.</p>

Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis	Het toetsingskader Doelmatige en verantwoorde zorg thuis bood zorgkantoren (en zorgaanbieders) een handvat voor het beoordelen of de zorg thuis doelmatig en verantwoord kan plaatsvinden. Vanaf 1 januari 2015 is dit een wettelijke taak van de zorgkantoren (overgang van AWBZ naar Wlz). Het toetsingskader is op 1 november 2015 ingevoerd en vanaf 2017 volledig geïntegreerd in het Voorschrift. Bij Cliënten die vóór 1 november 2015 zorg thuis ontvingen, wordt rekening gehouden met de eerder toegewezen zorg en het daarbij passende budget. Bij een ongewijzigde zorgvraag blijft deze gelijk. Is er meer zorg nodig, dan wordt via het reguliere proces beoordeeld of een cliënt uit deze groep daarvoor in aanmerking komt.
Toekenningstabel PGB	De toekenningstabel PGB is een landelijk tabel die gebruikt kan worden ten behoeve van het regelen (toekennen) van een PGB. Deze tabel geldt niet voor ZIN. Met behulp van deze tabel kan een zorgprofiel worden vertaald naar een combinatie van "functies en klassen" met bijbehorend PGB.
Treeknorm	Een Treeknorm is een streefnorm voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor het leveren van niet spoedeisende zorg. In 2000 zijn deze streefnormen voor wachttijden in het zogeheten Treekoverleg voor de eerste keer afgesproken door zorgaanbieders en verzekeraars. Voor alle zorgvormen binnen de V&V, GZ en GGZ waar een Wlz-zorgprofiel van toepassing is voor verblijf (met behandeling) geldt een treeknorm van 13 weken. Uitzondering hierop vormt verblijf met behandeling in de sector V&V en GGZ. Daarvoor geldt een treeknorm van 6 weken. Voor zorg thuis is de treeknorm 6 weken. Op grond van het amendement Bergkamp en Van Weyenberg krijgt de treeknorm in de toekomst mogelijk een meer cliëntgerichte invulling. In plaats van een harde termijn van 6 of 13 weken, moet de best passende oplossing voor de cliëntsituatie op de voorgrond staan. Ook als daarvoor iets meer tijd nodig is. De nieuwe structuur van wachtstatussen/ classificaties loopt vooruit op deze nog te voeren discussie.
Verantwoorde zorg	Verantwoorde zorg is cliëntgerichte zorg die de kwaliteit van leven voor een cliënt verbeterd. De zorg is afgestemd op de indicatie en de reële zorgbehoefte van een cliënt. Verantwoorde zorg is ook doeltreffende zorg en doelmatige zorg die veilig geleverd wordt. Verantwoorde zorg is daarnaast zorg van een goed niveau: de zorg die een cliënt krijgt voldoet aan wettelijke vereisten, beroepscode, landelijk door beroepsgroepen geautoriseerde richtlijnen, professionele standaarden en handreikingen. Deze zijn gebaseerd op laatste inzichten (en zo mogelijk evidence based).
VECOZO Notitieverkeer	Het VECOZO-Notitieverkeer is bedoeld om op een beveiligde manier (via een beveiligde omgeving) informatie uit te wisselen over zorgvragen van cliënten. Het gaat hier om (privacygevoelige) informatie die niet via iWlz kan worden doorgegeven. Het Notitieverkeer

	wordt alleen gebruikt door zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders. VECOZO gaat het Notitieverkeer in de toekomst vervangen door de Berichtenbox (mogelijk sluiten dan ook andere partijen aan op deze beveiligde communicatie zoals CAK en/of CIZ).
Wettelijke vertegenwoordiging	<p>Een wilsonbekwame cliënt heeft een (wettelijk) vertegenwoordiger die de beslissingen neemt op het gebied waarvoor de cliënt wilsonbekwaam is. Vindt de arts dat een cliënt wilsonbekwaam is, dan moet hij dit aan de cliënt vertellen en in het dossier opnemen. Wil een arts een wilsonbekwame cliënt behandelen, dan moet hij toestemming vragen aan zijn wettelijk vertegenwoordiger.</p> <p>Een wettelijk vertegenwoordiger is iemand die voor een cliënt mag optreden en beslissen. De vertegenwoordiger moet hierbij wel de cliënt zo veel mogelijk betrekken. Ook de arts moet de cliënt zo veel mogelijk blijven betrekken bij het nemen van beslissingen.</p> <p>Volgens de WGBO kunnen de volgende personen vertegenwoordiger zijn. De opsomming is in volgorde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curator = benoemd door de rechter</li> <li>2. Mentor = benoemd door de rechter</li> <li>3. De schriftelijk gemachtigde = benoemd door de cliënt zelf (in een schriftelijke verklaring)</li> <li>4. De echtgenoot, de geregistreeerde partner of andere levensgezel van de cliënt = niet benoemd, vrijwillig</li> <li>5. Een ouder/ kind/ broer/ zus = niet benoemd, vrijwillig</li> </ol> <p>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.</p>
Wlz-indiceerbaren	Wlz-indiceerbaren zijn cliënten die op of na 31 december 2014 nog een geldige AWBZ-indicatie hadden voor extramurale zorg in functies en klassen. Deze cliënten zijn bij de transitie naar de Wlz, op 1 januari 2015, niet uitgestroomd naar de andere domeinen omdat de verwachting was dat de Wlz het best passende domein was. VWS heeft voor deze groep een tijdelijk overgangsrecht geregeld. In deze overgangsperiode heeft het CIZ bepaald of een cliënt aanspraak hield op de Wlz (indicatie voor een zorgprofiel) of niet (uitstroom andere domein). De overgangsregeling is in 2020 opgeheven. Voor iedereen die aanspraak hield op Wlz-zorg is de zorg regulier ingeregeld.
Zelfregie	Er is sprake van adequate zelfregie als de verzekerde (aantoonbaar) in staat is op eigen kracht de door hem gekozen zorgaanbieders en mantelzorgers aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen. Dit gebeurt op zodanige wijze dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
Zelfzorg	Zelfzorg is de mate waarin iemand in staat is voor zichzelf te zorgen. De mate waarin iemand nog zelf kan doen en kan beslissen om te voorzien in de eigen basisbehoeften.

Zorgplan	<p>Het (digitale) zorgplan bevat de concrete invulling van de geïndiceerde zorg: welke zorg, in welke omvang, wanneer en onder welke condities door de zorgaanbieder wordt verleend aan een individuele cliënt (zorgarrangement). Het (digitale) zorgplan wordt in overleg met cliënt en de betrokken zorgaanbieder opgesteld en bijgesteld (geactualiseerd). Voorgestelde wijziging(en) op het (digitale) zorgplan worden vooraf besproken met de cliënt. Bij het verwerken van de voorgestelde wijzigingen in het (digitale) zorgplan houdt de zorgaanbieder zoveel mogelijk rekening met de wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van een cliënt. Gaat een cliënt niet akkoord met een voorgestelde wijziging? En is dit een weloverwogen beslissing van de cliënt? Dan wordt dit in het (digitale) zorgplan geregistreerd, samen met een korte toelichting die met de cliënt is afgestemd. Wil een zorgaanbieder een weloverwogen wens van een cliënt niet volgen? Dan legt de zorgaanbieder dit gemotiveerd vast in het (digitale) zorgplan. De dossierhouder of coördinator zorg thuis is (eind)verantwoordelijk voor het bewaken en evalueren van de samenhang in de geleverde zorg voor een cliënt en registreert dit in zijn (digitale) zorgplan. Andere namen voor het zorgplan zijn bijvoorbeeld individueel begeleidingsplan, zorgleefplan, behandelplan of ondersteuningsplan.</p>
Zorgplicht zorgkantoren	<p>Het zorgkantoor moet alles doen om het recht op zorg dat een cliënt heeft op grond van de Wlz te realiseren. Het zorgkantoor heeft een informatieplicht en zorgplicht (NZa, Toezichtkader zorgplicht Wlz).</p>
Zorgprofiel of ZZP (Zorgzwaartepakket)	<p>In de Wet langdurige zorg staat dat indicaties voor de langdurige zorg worden ingevuld via zorgprofielen. In de Wlz bestaan verschillende soorten zorgprofielen voor de verschillende sectoren. In een zorgprofiel staat de aard, inhoud en globale omvang van de zorg. De inhoud van zorgprofielen is niet gedetailleerd beschreven en biedt daardoor meer ruimte voor maatwerk. Ofwel: een zorgprofiel is een standaardbeschrijving voor een vastgestelde cliëntgroep met een indicatiebesluit voor Wlz-zorg. In de beschrijving van het zorg/cliëntprofiel staat een globale omschrijving van het benodigde pakket aan zorg, de omgeving waarin de zorg geleverd wordt en de leveringsvoorwaarde. In de zorgzwaartebekostiging worden zorgprofielen gebruikt om te bepalen hoeveel geld een (intramurale) instelling voor een cliënt krijgt. De indicatiestelling voor zorgprofielen wordt uitgevoerd door het CIZ.</p>

## 7. Bijlage B: Belangrijke informatie en websites

1. Informatie over langdurige zorg is te vinden op de website van VWS: [www.informatielangdurigezorg.nl](http://www.informatielangdurigezorg.nl)
2. Informatie over de Wet langdurige zorg (Wlz) en Regeling langdurige zorg (Rlz) is te vinden op: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)
3. Informatie over (en beschrijving van) de Wlz-aanspraken is te vinden op de website van het Zorginstituut: [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) (Wlz-kompas)
4. Het informatiemodel voor het iWlz-berichtenverkeer is te vinden op de website van het Zorginstituut: [www.istandaarden.nl](http://www.istandaarden.nl)
5. Het zorginkoopkader Wlz (bekostiging langdurige zorg) inclusief alle bijlagen is te vinden op de website van Zorgverzekeraars Nederland (ZN): [www.zn.nl](http://www.zn.nl)
6. Regionale zorginkoopdocumenten Wlz zijn te vinden op de websites van de zorgkantoren
7. Beschrijvingen van de zorgprofielen en de beleidsregels indicatiestelling Wlz zijn te vinden op de website van het CIZ: [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl) (tab voor professionals)
8. De beleidsregels, nadere regelingen, circulaire's en factsheets van de NZa over zorgzwaartebekostiging en Wlz-zorg thuis zijn te vinden op: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)
9. Informatie over de eigen bijdrage voor de Wlz is te vinden op [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
10. Informatie over de regeling PGB en de toekenningstabel PGB-Wlz is te vinden op de website van [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl), [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) en [www.pgb.nl](http://www.pgb.nl) (website van Per Saldo voor budgethouders)
11. Wegwijzer van de overheid voor iedereen die zorg en ondersteuning nodig heeft: [www.regelhulp.nl](http://www.regelhulp.nl)
12. Informatie voor patiëntenorganisaties en patiënten (cliënten) is te vinden op de website van de Patiëntenfederatie Nederland: [www.patiëntenfederatie.nl](http://www.patiëntenfederatie.nl)



## 8. Bijlage C: Vertaaltabel

Zorgkantoren hebben een vertaaltabel opgesteld. Deze tabel kan worden gebruikt als een cliënt voorkeur heeft voor een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is of wordt voor het geïndiceerde zorgprofiel (een instellingsvreemd zorgprofiel). De vertaaltabel geeft aan of het geïndiceerde zorgprofiel kan worden omgezet naar een instellingseigen zorgprofiel, waarvoor de aanbieder wel gecontracteerd wordt. Dit gebeurt op basis van zorginhoudelijke en financiële afwegingen. Deze tabel wordt als digitale bijlage bij dit Voorschrift gepubliceerd.

Een toegestane omzetting kan direct worden aangevraagd via een AAT. Komt de gewenste omzetting niet voor in de tabel? Neem dan contact op met het zorgkantoor. Op grond van inhoudelijke motivatie van de instelling beoordeelt het zorgkantoor of omzetting mogelijk is.

Uitgangspunten:

1. Verblijfszorg en zorg thuis in de vorm van een VPT kan geleverd (en gedeclareerd worden) als voor deze zorgprofielen productieafspraken zijn gemaakt met een instelling. Dat staat los van de mogelijkheden binnen de vertaaltabel (die is daarop niet van invloed);
2. Zorg thuis in de vorm van een MPT kan geleverd (en gedeclareerd) worden als voor de zorgprestaties thuis productieafspraken zijn gemaakt met een instelling. Dit staat los van productieafspraken voor zorgprofielen (verblijfszorg en VPT). Een MPT kan dus worden geleverd op een zorgprofiel waarvoor geen productieafpraak is gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Een instellingsvreemd zorgprofiel hoeft daarvoor niet omgezet te worden naar een instellingseigen (gecontracteerd) zorgprofiel;
3. Heeft de cliënt voorkeur voor leveringsvorm Verblijf of VPT én voor een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is voor het geïndiceerde zorgprofiel? Dan kan deze zorgaanbieder in overleg met de cliënt bekijken of de gewenste zorg via een instellingseigen zorgprofiel kan worden ingezet. Is dat mogelijk dan wordt er een zorgtoewijzing aangevraagd voor dit instellingseigen zorgprofiel. Het leveren van verantwoorde zorg staat daarbij niet ter discussie;
4. Voor de beoordeling van deze aanvraag (omzetting) hanteren zorgkantoren uniforme richtlijnen. Omdat het om specifieke cliëntsituaties gaat, zijn deze richtlijnen nooit volledig. Maatwerk blijft nodig en mogelijk in overleg tussen zorgaanbieder en zorgkantoor;
5. Is omzetting mogelijk dan wijst het zorgkantoor het instellingseigen zorgprofiel toe met soort zorgtoewijzing Regulier of Overbrugging;
6. Of een zorgprofiel kan worden omgezet, is afhankelijk van:
  - a) Het zorginhoudelijke karakter van het zorgprofiel. Niet elk zorgprofiel kan als alternatief pakket worden ingezet voor het geïndiceerde zorgprofiel;

- b) Het kostenaspect: het alternatieve zorgprofiel mag qua kosten in principe niet hoger uitkomen dan het geïndiceerde zorgprofiel;
  - c) Wet- en/of regelgeving die van toepassing is op het zorgprofiel.
7. Niet toegestane omzettingen:
- a) Van een zorgprofiel (anders dan GGZB) naar een GGZB-zorgprofiel;
  - b) Van een zorgprofiel (anders dan een GGZW) naar een GGZW-zorgprofiel;
  - c) Van een GGZW-zorgprofiel naar een ander zorgprofiel;
  - d) Van een zorgprofiel (anders dan gVVB) naar een gVVB-zorgprofiel;
  - e) Van een zorgprofiel (anders dan SGLVG, LVG of VG7) naar een (SG)LVG of VG7;
  - f) Van een zorgprofiel (anders dan ZGvis) naar een ZGvis-zorgprofiel;
  - g) Van een zorgprofiel (anders dan ZGaud) naar een ZGaud-zorgprofiel.
8. Omzetting die onder voorwaarden (en in overleg) is toegestaan. De omzettingen worden altijd handmatig beoordeeld door het zorgkantoor:
- a) Omzetting van een (SG)LVG zorgprofiel (zie paragraaf 4.2.2);
  - b) Omzetting van een GGZW zorgprofiel (nieuwe instroom/ ervaring opbouwen);
  - c) Omzetting van een VG7 zorgprofiel naar een ander instellingseigen VG-zorgprofiel mag maximaal 6 maanden met de mogelijkheid dit eenmalig te verlengen met een periode van 6 maanden. De zorg moet dan altijd geleverd worden door een VG-zorgaanbieder die is toegelaten voor verblijfszorg met behandeling. Bij de omzetting mag de behandelcomponent niet worden meegerekend, tenzij daarover met het zorgkantoor andere afspraken zijn gemaakt. Het zorgkantoor beoordeelt deze omzettingen altijd handmatig;
  - d) Omzetting van een GGZB naar een lager GGZB zorgprofiel kan maximaal voor de duur van 3 jaar en op voorwaarde dat de cliënt nog in een GGZ-behandelinstelling is opgenomen. Een GGZB zorgprofiel kan niet naar een V&V of GZ zorgprofiel worden omgezet. Aanvraag van een nieuwe indicatie is dan aangewezen.
  - e) Omzetting van een hoog zorgprofiel naar een zorgprofiel die valt onder de categorie lage zorgprofielen: 1VV, 2VV, 3VV, 1VG, 2VG of 1LG. (Of 3LG, 1ZGvis of 1ZGaud als het indicatiebesluit is afgegeven voor 31 december 2014). De omzetting kan voor zover het tarief van het lage zorgprofiel niet hoger ligt dan het geïndiceerde zorgprofiel.
9. Omzetting die is toegestaan, rekening houdend met voorliggende punten:
- a) tussen zorgprofielen VV-SOM, VV-PG, VG of LG;
  - b) als een cliënt met zorgprofiel gVVB klaar is met revalidatie en in een verblijfssetting woont. Het zorgprofiel gVVB kan dan eerder worden omgezet naar het geïndiceerde vervolg zorgprofiel (al opgenomen in hetzelfde indicatiebesluit) of naar het eerdere geïndiceerde zorgprofiel (voorafgaand aan de indicatie gVVB);
  - c) Een zorgprofiel-AUD of zorgprofiel-VIS kan onderling worden uitgewisseld. In principe kunnen deze niet worden vertaald naar een ander zorgprofiel. Voor deze situaties wordt dan een nieuwe indicatie aangevraagd bij het CIZ.

## 9. Bijlage D: Overgangsrecht laag zorgprofiel

### Overgangsrecht laag zorgprofiel

Bij invoering van de Wlz heeft VWS bepaald dat een aantal lage zorgprofielen<sup>134</sup> geen onderdeel uitmaken van de Wlz. De Wlz is bedoeld voor mensen met een zwaardere zorgbehoefte. Voor de groep cliënten die voor dit besluit al een dergelijke indicatie hadden, is door VWS een overgangsrecht geregeld. Op basis van dit recht kan iemand altijd terugkeren naar de Wlz als hij in 2015 is uitgestroomd naar een ander domein omdat hij thuis wilde blijven wonen. De terugkeergarantie geldt alleen voor opname in een zorginstelling als de cliënt nog beschikt over een geldig indicatiebesluit. Er is dus geen nieuwe indicatie van het CIZ nodig, tenzij er sprake is van een structureel gewijzigde (zwaardere) zorgvraag.

Het overgangsrecht is van toepassing op cliënten met een indicatie voor:

- een laag zorgprofiel VV: VV1, VV2 of VV3
- een laag zorgprofiel VG: VG1 of VG2 voor cliënten van 18 jaar en ouder
- een laag zorgprofiel LG: LG1 of LG3 afgegeven voor 31 december 2014
- een laag zorgprofiel ZG: ZGaud1 of ZGvis1 afgegeven voor 31 december 2014

Het overgangsrecht blijft ook van toepassing op cliënten met een indicatie voor:

- VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (≥ 18 jaar) die op 31 december 2014 in een instelling woonden;
- VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (≥ 18 jaar) die op 31 december 2014 zorg kregen via een VPT;
- VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (≥ 18 jaar) die in een kleinschalig PGB- wooninitiatief wonen dat voldoet aan de eisen van de Wlz (juridisch gelijk gesteld aan opname in een instelling);
- LG1 of LG3 die door het CIZ voor het eerst geïndiceerd op of na 1 januari 2015 (géén herindicatie) en een onbepaalde geldigheidsduur heeft voor de Wlz;
- ZGaud1 of ZGvis1 die door het CIZ voor het eerst geïndiceerd op of na 1 januari 2015 (géén herindicatie) en een onbepaalde geldigheidsduur heeft voor de Wlz;
- de cliënten met een laag zorgprofiel LG of ZG (na 1 januari 2015 geïndiceerd) hoefden niet uit te stromen. Het indicatiebesluit mag verzilverd worden in alle Wlz-leveringsvormen.

<sup>134</sup> Het CIZ geeft vanaf 2015 in principe geen Wlz-indicatiebesluit af voor een laag zorgprofiel. Met uitzondering voor iemand die bij een herindicatie niet (meer) aan de Wlz-toegangscriteria voldoet, maar waarbij het CIZ geen zicht heeft op de wijze waarop een cliënt zijn zorg verzilverd. Ook voor deze cliënten geldt dat de indicatie niet via zorg thuis mag worden verzilverd.

## 10. Bijlage E: Gebruikelijke zorg

Dit hoofdstuk beschrijft wanneer iemand is aangewezen op Wlz-zorg, omdat de zorg meer is dan wat iemand vanuit de sociale omgeving van een verzekerde nog zou moeten bieden ('gebruikelijke zorg'<sup>335</sup>). Het ClZ weegt gebruikelijke zorg in de Wlz alleen mee als het gaat om dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers geacht worden te bieden. Al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

Bij indicatiestelling voor kinderen wordt rekening gehouden met gebruikelijke zorg. Uitgangspunt daarvoor is dat van ouders een substantiële bijdrage verwacht mag worden bij het verzorgen, opvoeden en toezicht bieden aan een kind. Gebruikelijke zorg voor kinderen speelt dan ook een rol bij de vraag of het kind 'redelijkerwijs' op Wlz-zorg is aangewezen. Kinderen krijgen daardoor op een later moment toegang tot de Wlz. Een verstandelijk gehandicapt kind van bijvoorbeeld vier jaar die wat betreft zijn zorgbehoefte aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet, zal eerst door zijn eigen omgeving en de gemeente (Jeugdwet) moeten worden geholpen omdat hij redelijkerwijs nog niet op Wlz-zorg is aangewezen.

Kinderen zijn bij de geboorte volledig afhankelijk van zorg van hun ouders. Zij ontwikkelen zich in stapjes naar zelfstandige en zelfredzame volwassenen. De (gebruikelijke) zorg die ouders moeten geven verandert mee met de ontwikkeling. Wordt een baby geboren dan kan al direct duidelijk zijn dat het kind een ziekte of aandoening heeft (bijvoorbeeld bij syndromen met uiterlijke kenmerken of zichtbare lichamelijke afwijkingen). Dit kan ook tijdens de ontwikkeling duidelijk worden, bijvoorbeeld als op het consultatiebureau wordt gezien dat het kind achterblijft in de ontwikkeling. Gaat het om medische (somatische, lichamelijke) problematiek dan zal in eerste instantie zorg uit de Zorgverzekeringswet worden ingezet (artsen, verpleegkundige zorg). Blijkt een kind achter te blijven in de (verstandelijke) ontwikkeling of laat het moeilijk gedrag zien? Dan is de Jeugdwet in eerste instantie aangewezen. Wordt duidelijk dat een kind blijvend (levenslang) is aangewezen op zorg 24 uur per dag in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel? En overstijgt zijn zorgbehoefte de gebruikelijke zorg, dan kan het kind mogelijk in aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz.

---

<sup>335</sup> Bron ClZ, beleidsregels indicatiestelling Wlz. Toelichting op het begrip 'redelijkerwijs' in artikel 3.2.1 lid 1 Wlz en de memorie van toelichting bij de Wlz, hoofdstuk 2.2.1.

## **Uitgangspunten gebruikelijke zorg**

Gebruikelijke zorg is het door ouders bieden van een veilige thuis omgeving (woonomgeving).

Dit betekent dat:

- lichamelijke en sociale veiligheid van het kind is gewaarborgd, en
- er een bij de leeftijd van het kind passend opvoedkundig klimaat is, en
- dat verzorging, begeleiding en stimulans die nodig is bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid wordt geboden.

Kan een kind niet bij (een van) de ouder(s) wonen, vanwege de onmogelijkheden van de ouder(s) om een veilige woonomgeving te bieden en/of vanwege opvoedingsonmacht van de ouder(s)? Dan is verblijf op grond van de Jeugdwet aan de orde.

## **Wat is gebruikelijke zorg?**

Afhankelijk van de leeftijd en zorgbehoefte van een kind is gebruikelijke zorg, 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dat komt omdat jonge kinderen niet zelf de noodzaak van zijn zorgbehoefte of inzet van zorg kan inschatten. Of niet in staat zijn om zelf op relevante momenten adequaat hulp in te roepen. Kinderen die een blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, kunnen daarom nog zijn aangewezen op (gebruikelijke) zorg van ouders. Zo nodig ondersteund door zorg vanuit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet. Kinderen tot ongeveer 8 jaar hebben nog zorg in de nabijheid nodig.

Vanaf ongeveer 5 jaar geldt dat er geen sprake meer is van gebruikelijke zorg

- als er intensief toezicht (maar geen actieve observatie) nodig is in verband met blijvende ernstige ontwikkelingsachterstand<sup>136</sup> in combinatie met (geobjectiveerde) ernstige gedragsproblemen, of
- als er een blijvende noodzaak is voor (volledige) overname van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in combinatie met blijvende beperkingen in de sociale redzaamheid en cognitief functioneren, of
- als er sprake is van een blijvend laag cognitief ontwikkelingsperspectief<sup>137</sup>, in combinatie met beperkingen op meerdere terreinen, zoals bewegen en verplaatsen, ADL of gedrag;
- heeft een kind (op jonge leeftijd) complexe, lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap en heeft hij 24 uur per dag nodig is of permanent toezicht vereist? Is er géén sprake van een (ernstige) verstandelijke beperking? Dan is de Zvw<sup>138</sup> voorliggend voor verpleging en verzorging (medisch aangrijpingspunt);
- heeft een kind complexe, lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap? Is er wel sprake van een (ernstig) verstandelijke beperking? En verschuift het aangrijpingspunt van medisch naar verstandelijke handicap (levenslang en levensbreed zorg nodig)? Dan kan het ClZ wel een indicatie voor de Wlz afgeven (in de praktijk vindt deze verschuiving rond de vijfde verjaardag plaats).

<sup>136</sup> Minimaal een matig verstandelijke beperking.

<sup>137</sup> Minimaal een matig verstandelijke beperking.

<sup>138</sup> Besluit langdurige zorg, artikel 3.1.5

Vanaf ongeveer 3 jaar geldt dat er geen sprake meer is van gebruikelijke zorg

- als is vastgesteld dat het kind ernstige meervoudig complexe handicaps (MCG) heeft. Andere benaming daarvoor is ernstige meervoudige beperkingen (EMB);
- MCG/EMB kinderen hebben een ernstige verstandelijke beperking met een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief en een motorische beperking. Meestal is er ook sprake van zintuiglijke problemen (waaronder prikkelverwerkingsstoornissen) en/of lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld epilepsie, reflux, slikproblemen of luchtweginfecties).

### **Wat is geen gebruikelijke zorg?**

Permanent toezicht in de zin van actieve observatie valt niet onder gebruikelijke zorg.

Richtlijn<sup>139</sup> gebruikelijke zorg voor ouder(s) of verzorgers voor kinderen zonder beperkingen

Kinderen van 0 tot ongeveer 3 jaar

- Hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig.
- Hebben volledige overname van zelfzorg<sup>140</sup> nodig.
- Hebben voortdurend begeleiding en toezicht nodig.

Kinderen van 3 tot ongeveer 5 jaar

- Hebben overdag voortdurend begeleiding en toezicht nodig.
- Hebben overdag voortdurend overname van zelfzorg nodig.
- Hebben 's nachts soms nog begeleiding en overname van zelfzorg nodig.

Kinderen van 5 tot ongeveer 8 jaar

- Hebben overdag nog voortdurend begeleiding en aansturing nodig.
- Maar het toezicht kan op enige afstand plaatsvinden.
- Zijn in toenemende mate zelfstandig in zelfzorg en motoriek.
- Hebben overdag op geplande en soms ongeplande momenten hulp bij of enige overname van zelfzorg nodig.

Kinderen vanaf ongeveer 8 jaar

- Hebben geen 24 uur zorg per dag in de nabijheid meer nodig om ernstig nadeel te voorkomen.

---

<sup>139</sup> Er staat richtlijn omdat voor ieder kind een individuele beoordeling van de zorgbehoefte noodzakelijk is, omdat

<sup>140</sup> Zelfzorg is algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), persoonlijke verzorging, hygiëne en zo nodig verpleegkundige zorg.

# 11. Bijlage F: DTV en hulpmiddelen/ vervoer

## Hulpmiddelen

Gemiddeld aantal etmalen (ZIN) p.w.	Mobiliteitshulpmiddelen (individueel gebruik)	Persoonsgebonden hulpmiddelen (individueel gebruik)	Roerende voorzieningen instelling (algemeen gebruik)	Roerende voorzieningen thuis	Woon-Aanpassingen (thuis)
0, 1, 2, 3.	Altijd Wmo + Zvw (enkele hulpmiddelen) <sup>1</sup>	Zvw	Wlz	Zvw (kortdurend gebruik + hoog/laag-bed) Wmo (langdurig gebruik)	Wmo
3,5 4 4,5 (DTV)	<p><i>Wlz en Wmo</i></p> <p>Uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zijn in principe mee te nemen;</li> <li>• zo nodig bij ander gebruiksdoel<sup>3</sup>, twee exemplaren in Wlz</li> <li>• Wlz/zorgkantoor: <i>nieuwe</i> aanvragen</li> <li>• Wmo: <i>bestaande</i> hulpmiddelen</li> </ul>	<p><i>Altijd Zvw</i></p> <p>Uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zijn in principe mee te nemen;</li> <li>• Zvw verstrekt tweede exemplaar mits cliënt daar redelijkerwijs op is aangewezen)</li> </ul>	<i>Altijd Wlz</i>	<p><i>Zvw/Wmo</i></p> <p>Uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hulpmiddelen zijn op twee plekken nodig</li> </ul> <p>t.a.v. Wmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeente dient onderzoek te doen naar maatwerkvoorziening ook als cliënt Wlz-indicatie heeft of volgens de gemeente voor de Wlz in aanmerking komt (recente</li> </ul>	<p><i>Wmo:</i></p> <p>Uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• onderhoud en reparatie van <i>bestaande</i> woningaanpassingen (dit is onderdeel contractuele gemeente en leveranciers);</li> <li>• <i>nieuwe</i> woningaanpassingen: gemeente kan na onderzoek een aanvraag</li> </ul>

	(onderhoud en aanpassingen) Zvw (enkele hulpmiddelen) <sup>1</sup>			uitspraak Centrale Raad van Beroep) <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeente mag na dit onderzoek weigeren (art. 2.3.5. lid 6)</li> </ul>	toekennen of gemotiveerd afwijzen. (cf.: roerende voorzieningen).
5, 6, 7	Altijd Wlz	Verblijf zonder behandeling: Zvw Verblijf met behandeling: Wlz, Zvw <sup>2</sup>	Altijd Wlz	Zie: DTV Bij 7: n.v.t.	Zie: DTV Bij 7 n.v.t.

<sup>1</sup> Zoals trippelstoel op maat.

<sup>2</sup> Wlz voor zover het hulpmiddel verband houdt met de in de instelling gegeven zorg, anders Zvw.

<sup>3</sup> Bijvoorbeeld handbewogen voor binnen en elektrisch voor buiten.

**Mobiliteitshulpmiddelen (individueel gebruik):** een (aangepaste) rolstoel, een (aangepaste) scootmobiel, niet algemeen gebruikelijke fiets of een niet algemeen gebruikelijke buggy/duwwandelwagen voor een minderjarige. Een niet algemeen gebruikelijk aangepast autostoeltje is ook mogelijk voor een minderjarige als die hier vanwege zithouding of veiligheid op is aangewezen.

**Persoonsgebonden hulpmiddelen (ind. Verbruikshulpmiddelen):** Persoonlijke hulpmiddelen: orthopedische schoenen, orthesen, prothesen.

Verbruikshulpmiddelen: verbandmiddelen, incontinentiemateriaal, e.d.

**Roerende voorzieningen** bij de zorgverlening en voor het wonen: tillift, douchestoel, toiletstoel, hoog-laag bed (algemeen gebruik).



## Vervoer

Gemiddeld aantal etmalen (ZIN) p.w.	Vervoer van/ naar dagbesteding (etmalen thuis) *	Vervoer van/ naar dagbesteding (etmalen verblijf) *	Vervoer van/ naar huis naar verblijf (wisseldag) Zittend ziekenvervoer
0	Wlz	Wlz	n.v.t. **
1			Zvw ***
2			Zvw ***
3			Zvw ***
3,5	Wlz	Wlz	Zvw ***
4 4,5	Wlz	Wlz	Zvw ***
5 6	Wlz	Wlz	Zvw ***
7	Wlz	Wlz	n.v.t. **

\*) Vervoer naar dagbesteding/ dagbehandeling valt altijd onder de Wlz. Het maakt niet uit of een verzekerde in een Wlz-instelling verblijft of thuis (artikel 3.1.1, eerste lid, onder f, Wlz) met VPT/ MPT/ PGB of een combinatie van MPT EN PGB.

\*\*) Als een verzekerde uitsluitend in een Wlz-instelling verblijft of uitsluitend thuis, dan is er geen sprake van DTV en vervoer 'naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven' zoals bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onder b, Besluit zorgverzekering (Bzv).

\*\*\*) Als een verzekerde 'zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen' (artikel 2.14, eerst lid, onder c, Bzv) of 'het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen' (artikel 2.14, eerst lid, onder d, Bzv) dan kan de verzekerde aanspraak maken op (vergoeding van) zittend ziekenvervoer vanuit de Zvw op wisseldagen.

[De verzekerde bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, onder e, Bzv heeft geen aanspraak op Wlz-zorg (artikel 3.1.5, onder b, Besluit langdurige zorg (Blz..)].

Een verzekerde, die niet tot een van deze groepen behoort, kan aanspraak hebben op zittend ziekenvervoer vanuit de Zvw als aan de zogenoemde hardheidsclausule wordt voldaan (artikel 2.14, derde lid, Bzv).

Als een verzekerde geen aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer vanuit de Wlz of de Zvw dan kan hij een beroep doen op de gemeente voor sociaal vervoer vanuit de Wmo 2015. De gemeente kan deze voorziening weigeren, als het een maatwerkvoorziening is (artikel 2.3.5, zesde lid, Wmo 2015).

# 12. Bijlage G: Crisiszorg

## Inleiding

In deze bijlage wordt eerst beschreven waardoor een crisissituatie kan ontstaan (wat de aanleiding kan zijn) en wat de eventuele gevolgen zijn. In paragraaf 12.1.2 worden vervolgens de processtappen beschreven voor crisissituaties waarbij sprake is van een gedwongen opname (IBS of crisismaatregel GGZ). Vanaf paragraaf 12.3 worden de processenstappen beschreven voor crisissituaties waarbij geen sprake is van een gedwongen opname. Na een algemeen deel over rollen, volgt er een verdere uitwerking per sector.

## 12.1 Crisissituatie

### 12.1.1 Ontstaan crisissituatie

Een crisissituatie kan ontstaan door:

- Een ernstige, plotseling (acute) wijziging in de gezondheidssituatie (aandoeningen, stoornissen, beperkingen) van een cliënt in de thuissituatie óf van de verzorgers of informele hulp (mantelzorg). Bijvoorbeeld door ernstige ziekte of overlijden. De acute verandering of uitval is onverwacht en expliciet te benoemen. Bij een acute, onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de cliënt is direct na de medische diagnostiek en behandeling al duidelijk dat de cliënt blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz;
- Overvraging, overbelasting of het (deels) wegvallen van het sociale netwerk in de thuissituatie;
- Escalatie van problematiek, bijvoorbeeld de ontwikkeling van ernstige gedragsproblemen<sup>144</sup>;
- Overbelasting van het professionele team, in de thuissituatie of bij de intramurale zorgaanbieder.

### Gevolg acute gebeurtenis

Door deze acute gebeurtenis is er sprake van:

- Een substantieel andere inhoud (zorg en/of plaats) en omvang van de benodigde zorg;
- Een eventueel verzwaarde zorgbehoefte die naar verwachting blijvend is;
- En een onaanvaardbare gezondheidsrisico of ander gevaar voor de cliënt en/of zijn gezin en/of zijn woonomgeving (gevaarscriterium of ernstig nadeel). Deze risico's moeten worden voorkomen. Het gevaarscriterium kan alleen opgelost worden met 24-uurs toezicht, maar dat is geen reguliere oplossing voor Wlz-zorg.

---

<sup>144</sup> De oorzaak van een (dreigende)crisis is vaak gelegen in de context waarin de cliënt verblijft in relatie tot het niet-begrepen bedrag van de cliënt.

## Gevaarscriterium

In de situatie van een gevaarscriterium (ernstig nadeel) is er sprake van:

- Voortdurend, acute bedreiging van het leven. Iemand kan niet zelfstandig buiten een instelling wonen en heeft zorg nodig die alleen in een professionele zorginstelling mogelijk is. Zonder die zorg is er sprake van ernstig gevaar voor zichzelf, ernstige zelfverwaarlozing, ernstig verstoorde ontwikkeling, een risico voor mensen in zijn omgeving (door agressief gedrag) of een risico voor de algemene veiligheid (spullen in zijn omgeving kapot maken). Het gedrag kan zó gevaarlijk zijn dat er wel moet worden ingegrepen. Ook als niemand dat eigenlijk wil. Bijvoorbeeld: brandgevaar als iemand het gas laat aanstaan of dat iemand rookt terwijl dat niet veilig kan, niet voldoende eten of drinken, problemen met juiste medicatie inname, dwaalgedrag, wegliep gedrag, etc.
- Voortdurend, acute bedreiging van het leven. Iemand met zeer ernstig/zware lichamelijke beperkingen (bijvoorbeeld ernstige ademhalingsproblematiek) die is aangewezen op zorg met zeer korte responsetijd. Er is een medische noodzakelijkheid tot direct ingrijpen omdat anders een levensbedreigende situatie ontstaat. Feitelijk moet er iemand 24 uur per dag in de directe omgeving van de cliënt zijn. In deze situaties heeft de cliënt de volledig regie over het eigen leven en kan en wil deelnemen aan de samenleving. Als iemand niet in staat is om zelf te alarmeren dan wordt dit geborgd door medisch technologie.

## Inzet crisiszorg

Een crisis kan zowel thuis als in een instelling ontstaan, bijvoorbeeld door ouderdoms- of gedragsproblematiek. In een crisissituatie kan crisisopname (verblijfszorg) in de Wlz een oplossing zijn maar dat is niet altijd noodzakelijk. Een crisissituatie kan thuis ook opgelost worden door tijdelijke inzet van een expertteam.

## Doel inzet crisiszorg

Inzet van crisiszorg heeft een of meerdere doelen:

- **Rust** rond de cliënt en zijn leefsituatie te bewerkstelligen, met en zonder dagactiviteiten of onderwijsprogramma;
- **Observatie** en herschrijven van het zorgplan van de cliënt voor de zorg en begeleiding na terugkeer naar de eigen woonsituatie.
- **Behandeling** in een voor de crisissituatie passende omgeving. Behandeling op een crisisplaats richt zich alleen op het herstel van het evenwicht bij de cliënt en het krijgen van inzicht om herhaling van de crisis te voorkomen. Het inregelen van medicatie kan daar onderdeel van zijn. Het doel van de behandeling is dat de cliënt terug kan naar de woonsituatie waar hij vandaan komt.

### 12.1.2 Crisisopname en IBS

Vormt iemand een acuut, dreigend gevaar voor zichzelf en/of zijn omgeving (bijvoorbeeld een verwarde persoon in de wijk), is opname de aangewezen oplossing én is er sprake van weigering of verzet van de cliënt tegen opname? Dan kan de burgemeester<sup>142</sup> voor iemand een IBS/ Wzd<sup>143</sup> of Crisismaatregel GGZ afgeven voor een onvrijwillige, gedwongen opname. Een cliënt waarvoor een IBS of crisismaatregel GGZ is afgegeven moet binnen 24 uur na afgifte zijn opgenomen.

In deze situaties wordt na een crisismelding bij de dienstdoende crisisdienst<sup>144</sup> eerst een triage uitgevoerd. Op grond van deze triage adviseert een psychiater van de dienstdoende crisisdienst de burgemeester over het afgeven van een IBS/ Wzd of crisismaatregel GGZ (zie figuur 13).

Voor de directe crisisplaatsing ná afgifte van een IBS/ Wzd (na de triage) wordt in landelijk overleg nog bepaald welke partij dit gaat inregelen. Tot op heden wordt dit uitgevoerd door de GGZ-crisisdienst voor alle cliëntgroepen. Het is op dit moment niet duidelijk of de GGZ dit vanaf 2021 blijft uitvoeren voor crisissituaties met een primaire grondslag die te herleiden is tot de V&V of GZ. Of dat deze acute plaatsingen door de V&V of GZ zelf worden opgepakt.

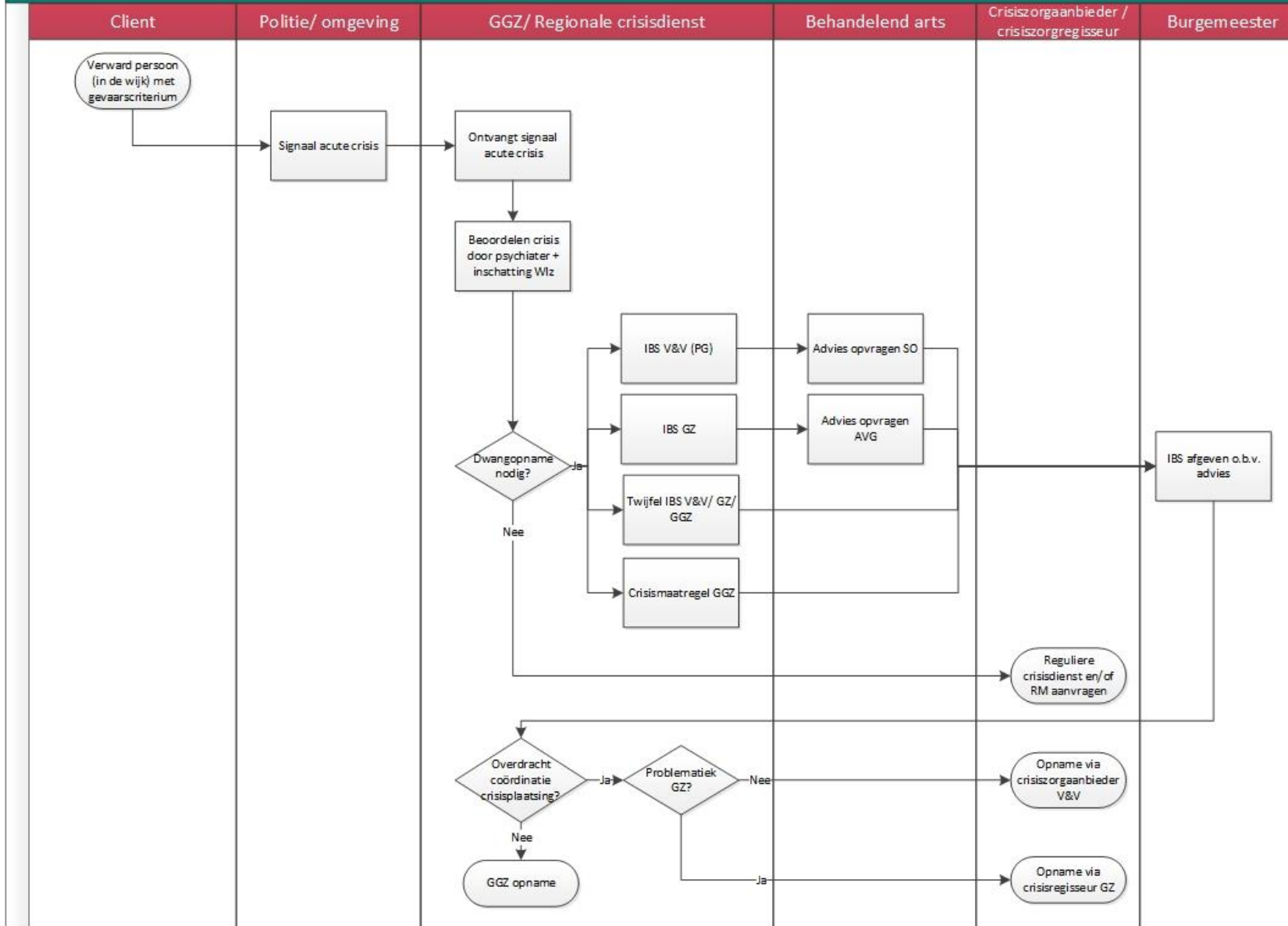
---

<sup>142</sup> Een IBS wordt afgegeven door de burgemeester van de gemeente waar iemand op dat moment verblijft.

<sup>143</sup> IBS: Beschikking tot In Bewaring stelling.

<sup>144</sup> Dit kan een psychiater van de GGZ-crisisdienst zijn maar ook een psychiater die wordt ingeschakeld via een centraal meldpunt dat door een gemeente hiervoor is ingericht. Afhankelijk van de regio kan dit anders zijn ingevuld.

## Crisis IBS



Figuur 13 Crisiszorg en IBS

### 12.1.3 Crisisopname en (straf)rechtelijke machtiging of Wzd art. 28a

Is opname noodzakelijk omdat iemand beschikt over een (straf)rechtelijke machtiging<sup>145</sup> (RM of Wzd art. 28a)? Dan is er in principe 4 weken tijd om een adequate oplossing te zoeken voor deze persoon. Omdat er niet direct sprake is van een onmiddellijk, dreigende situatie met ernstig nadeel voor iemand zelf of (personen in) zijn omgeving, vallen deze situaties niet onder crisiszorg. Een crisisplaatsing kan wel geregeld worden als het zorgkantoor op grond van individuele casuïstiek hierover anders besluit.

## 12.2 Nog geen indicatiebesluit aanwezig

Woont een cliënt nog thuis zonder Wlz-indicatie of krijgt hij bijvoorbeeld geriatrische revalidatiezorg of eerstelijnsverblijf vanuit de Zorgverzekeringswet? Wijzigt zijn situatie acuut en is de verwachting dat hij in aanmerking komt voor Wlz-zorg? Dan kan de cliënt direct bij een zorgaanbieder worden opgenomen die gecontracteerd is voor Wlz-crisiszorg. De indicatie voor Wlz-zorg kan dan met terugwerkende kracht worden aangevraagd bij het CIZ.

### Indicatiestelling CIZ

- Door de bijzondere omstandigheden (acute verandering in een cliëntsituatie) kan het CIZ een indicatiebesluit met terugwerkende kracht afgeven;
- De ingangsdatum<sup>146</sup> van dit besluit is de datum dat de aanvraag bij het CIZ is binnengekomen óf maximaal 5 dagen voor de datum van het indicatiebesluit als de crisiszorg eerder is gestart;
- Het CIZ stelt daarbij wel de voorwaarde dat de aanvraag voldoende is onderbouwd met diagnostiek en andere (medische) informatie<sup>147</sup>. Anders kan het CIZ geen Wlz-recht vaststellen;
- De aanmelder of (crisis)zorgaanbieder vraagt de indicatie daarom zo snel mogelijk aan na het opstarten van de crisiszorg. Dit wordt uiterlijk 5 werkdagen na de crisisopname gedaan maar bij voorkeur op de eerst volgende werkdag via de spoedprocedure van het CIZ. In de aanvraag wordt expliciet vermeld dat het gaat om deze bijzondere omstandigheid;
- Wordt op de datum van de aanvraag al zorg verleend? Dan neemt het CIZ binnen 2 weken een besluit op de aanvraag. Geeft het CIZ geen indicatie voor de Wlz af dan vallen de kosten voor (bemiddeling) van de crisisopname onder verantwoordelijkheid van de gemeente of zorgverzekeraar. Dit proces wordt verder niet in het voorschrift beschreven;
- Zolang er geen indicatiebesluit door het CIZ is afgegeven kan er geen zorgtoewijzing worden aangemaakt. De zorgaanbieder kan zonder zorgtoewijzing geen wachtstatus met classificatie doorgeven via het iWlz-berichtenverkeer.

<sup>145</sup> Het CIZ is betrokken bij het afgeven van een RM of advies over een strafrechtelijke machtiging.

<sup>146</sup> De ingangsdatum van het indicatiebesluit is normaal gesproken de datum waarop het CIZ een beslissing neemt (CIZ beleidsregels indicatiestelling Wlz).

<sup>147</sup> Zie <https://www.ciz.nl/zorgprofessional/meer-informatie/overzicht-benodigde-aanvullende-informatie-bij-een-aanvraag>

## 12.3 Rollen

Paragraaf 12.3 bevat een algemene beschrijving van de rollen van partijen die betrokken zijn bij de crisiszorg<sup>148</sup> voor een cliënt. Vervolgens wordt per sector aandacht besteedt aan specifieke invulling van de crisiszorg (geen gedwongen opname). Is er sprake van een afwijkende rol(len) en/of andere invulling van een rol, dan wordt die beschreven bij de crisiszorg voor desbetreffende sector.

### 12.3.1 Het zorgkantoor

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor:

- Het formuleren van eenduidig beleid<sup>149</sup> voor crisiszorg en het informeren van betrokken ketenpartners over dit beleid;
- Het inkopen van genoeg regionale crisisplaatsen V&V (psychogeriatrische en/of somatische crisisbedden). Dit gebeurt bij zorgaanbieders die voldoen aan de kwaliteitsnormen om de crisiszorg veilig en verantwoord te kunnen leveren. Daarnaast wordt rekening gehouden met regionale spreiding in relatie tot het aantal inwoners per regio, de gevolgen van invoering van de Wzd rond kwaliteits- en veiligheidsnormen én het volume en de bezetting van de crisisbedden in het voorafgaande jaar;
- Het inkopen van voldoende crisisbedden GZ die voldoen aan de kwaliteitsnormen. Daarbij wordt ook gekeken naar het aantal inwoners per gebied en de bezetting van de crisisbedden in het voorgaande jaar (jaren);
- Specifiek GZ: Het organiseren van een landelijk dekkend netwerk van onafhankelijke crisisregisseurs;
- Specifiek GZ: Het inkopen van voldoende capaciteit Crisisondersteuningsteams (COT) in de regio's;
- Afstemming met zorgverzekeraars over het inkopen van voldoende acute psychiatrische zorg voor de Wlz. Zorgkantoren kopen voor de GGZ zelf geen crisisplaatsen in, inkoop van acute psychiatrische zorg loopt via de zorgverzekeraars;
- Het inkopen van voldoende vervolgzorg zodat regionale beschikbaarheid van crisisplaatsen geborgd is en een cliënt zo snel mogelijk de reguliere zorg krijgt die past bij zijn situatie;
- Hulp en ondersteuning bij het regelen van crisiszorg of vervolgzorg tijdens kantooruren. Dit is onderdeel van de zorgplicht van zorgkantoren;
- Het publiceren van een overzicht op de website met contactgegevens en bereikbaarheid van regionale crisiszorgaanbieders (V&V) of regionale crisisregisseurs (specifiek GZ) tijdens kantooruren. Deze publicatie wordt door zorgkantoren minimaal gecommuniceerd aan zorgaanbieders, politie, (GGZ-)crisisdiensten en SEH in de regio;
- Het bewaken dat er bij een crisisopname geen onderscheid wordt gemaakt naar zorgverzekeraar (bij welke zorgverzekeraar een cliënt verzekerd is);
- Het betalen van terecht geleverde crisiszorg op voorwaarde dat er een geldige Wlz-indicatie aanwezig is. Bij een negatief indicatiebesluit worden de kosten niet door het zorgkantoor

<sup>148</sup> Het protocol Crisiszorg is vanaf 2017 geïntegreerd in het Voorschrift.

<sup>149</sup> Het is nog niet voldoende duidelijk hoe de invoering van Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte GGZ van invloed zijn op de crisisregeling. Dit wordt komende periode gevolgd en verder uitgewerkt. Dat geldt ook voor de crisisondersteuningsteams (COT) die erop gericht zijn de cliënt op de plek te houden waar hij al woont.



vergoed en kan er eventueel een beroep worden gedaan op de gemeente en/of zorgverzekeraar.

### 12.3.2 Crisiszorgaanbieder

De crisiszorgaanbieder:

- Is gemandateerd voor het inhoudelijk beoordelen en plaatsen van een crisissituatie. Is voor crisisaanmeldingen een (centraal) coördinatiepunt ingericht, dan voert de crisiscoördinator of crisisregisseur (specifiek GZ) deze inhoudelijke beoordeling uit;
- Vraagt de aanmelder om een Wlz-indicatie aan te vragen als die nog niet aanwezig is. (Zo nodig vraagt de crisiszorgaanbieder deze indicatie zelf aan);
- Vraagt voor een cliënt met een Wlz-indicatie zo nodig een Art. 21 verklaring aan bij het CIZ. Dit gebeurt op de eerstvolgende werkdag via de spoedprocedure CIZ. Woont de cliënt met een geldige Wlz-indicatie nog thuis, is er geen Art. 21-verklaring én is crisisopname nodig? Dan mag de (crisis)zorgaanbieder de cliënt **niet** weigeren vanwege het ontbreken van deze verklaring;
- Garandeert 7x24 uurs bereikbaarheid voor intake (aanmelding) en opname. Ofwel zelfstandig ofwel in de vorm van regionale samenwerking;
- Neemt de cliënt van de behandelend (huis)arts of dossierhouder over als crisisopname noodzakelijk is;
- Borgt dat er voldoende deskundig personeel beschikbaar is voor adequate crisiszorg;
- Houdt een registratie bij van iedere crisismelding zodat gevolgd kan worden of iemand na de eerste melding binnen de streefnorm een (crisis)plaats heeft;
- Legt in de overeenkomst met de cliënt de (maximale) duur van de crisisopname vast en bespreekt dit met de cliënt of zijn vertegenwoordiger. De crisiszorgaanbieder bewaakt dat iemand zo snel mogelijk wordt opgenomen op een reguliere vervolgplaats als terugkeer naar huis niet mogelijk is;
- Stelt de eventuele dossierhouder op de hoogte van de crisisopname en bewaakt dat de DH vervolgzorg regelt (regulier bed). Dit gebeurt in onderling overleg. Zo nodig wordt voor doorbemiddeling contact gezocht met het zorgkantoor. Het realiseren van passende (vervolg)zorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid;
- Geeft de (tijdelijke) dossierhouder zorg-, behandel- en/of begeleidingsadvies mee;
- V&V: Is een regionale samenwerkingspartner voor het regionale coördinatiepunt rondom opnames Eerstelijnsverblijf of Geriatrische revalidatiezorg (Zvw);
- Declareert de kosten van crisisopname bij het zorgkantoor als er een Wlz-indicatie wordt afgegeven. (De crisiszorgaanbieder heeft daarvoor wel een zorgtoewijzing nodig, waarop een MAZ gezet moet worden). Of declareert de geleverde crisiszorg bij de gemeente en/of zorgverzekeraar als het CIZ geen Wlz-indicatie afgeeft;
- Meldt een leeg crisisbed aan bij de regionale crisisdienst, de regionale crisisregisseur of een ander centraal coördinatiepunt conform regionale afspraken;
- Meldt lege crisisbedden aan het zorgkantoor in het kader van de verantwoording rondom de productieafspraken (zorginkoop).

### 12.3.3 Dossierhouder

De dossierhouder (DH):

- Heeft zorgplicht richting de cliënt zoals zorgkantoren die door de overeenkomst met de aanbieder zijn overeengekomen. Vanuit deze optiek handelt de dossierhouder (DH) en probeert zoveel mogelijk te voorkomen dat een crisisopname noodzakelijk is;
- Is verantwoordelijk voor het regelen van vervolgzorg<sup>150</sup> (juiste plaatsing) als hij niet zelf een crisisplaats kan aanbieden. Het dossierhouderschap stopt dus niet bij crisisplaatsing;
- Informeert het zorgkantoor over situaties waarbij vervolgoopname (doorplaatsing) na crisisopname niet lukt. De DH stuurt daarvoor een mutatie-bericht (MUT18) naar het zorgkantoor met de **wachtstatus Urgent plaatsen** en **classificatie Doorstroom crisisbed**. De DH neemt daarnaast contact op met het zorgkantoor voor hulp bij zorgbemiddeling;
- Is niet verantwoordelijk voor de (medische) zorg bij een crisiszorgaanbieder buiten zijn organisatie.

#### 12.3.4 Coördinator zorg thuis

De coördinator zorg thuis (CZT);

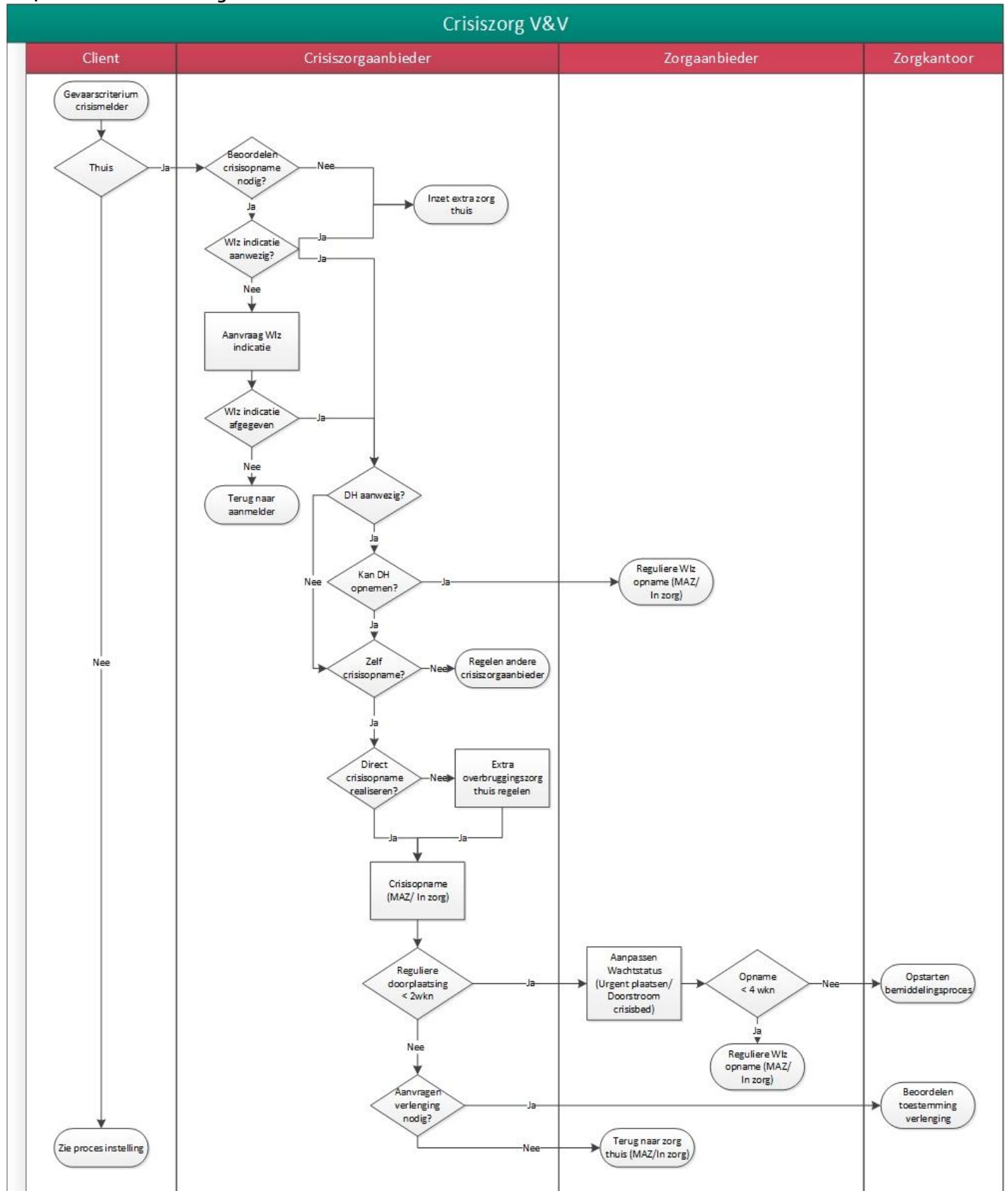
- Heeft zorgplicht richting de cliënt zoals zorgkantoren die door de overeenkomst met de aanbieder zijn overeengekomen. Vanuit deze optiek handelt de coördinator zorg thuis (CZT) en probeert zo veel mogelijk te voorkomen dat een crisisopname noodzakelijk is;
- Signaleert tijdig het ontstaan van een dreigende crisissituatie thuis bij de huisarts en DH. Door kwalitatief goede zorg te leveren en de zorg tijdig op te schalen, probeert de CZT een crisisopname te voorkomen;
- Regelt dat de zorg thuis tot crisisopname verantwoord wordt geleverd. Daarvoor kan kortdurend, extra overbruggingszorg worden ingezet. Als er sprake is van een acuut gevaarscriterium mag dit direct worden ingezet. Het zorgkantoor hoeft hier vooraf geen toestemming voor te geven (zie paragraaf 2.5);
- Heeft een cliënt nog geen zorgtoewijzing voor verblijfszorg én is (tijdelijke) opname noodzakelijk? Dan vraagt de CZT die zo snel mogelijk aan bij het zorgkantoor. Bijvoorbeeld om een crisisopname te voorkomen of na het ontstaan van een crisissituatie;
- Regelt adequate vervolgzorg thuis als na de crisiszorg, een opname niet noodzakelijk is.

#### 12.4 Processtappen crisiszorg V&V

Binnen de V&V wordt de crisiszorg regionaal vormgegeven. Daarbij is geen sprake van een onafhankelijke crisisregisseur. De rollen komen grotendeels overeen met de beschrijving onder paragraaf 2.3. Alleen de rol van crisiszorgaanbieder wordt onder paragraaf 12.4.2 aangescherpt voor de V&V. In de tabel onder paragraaf 12.4.3 worden alle processtappen en bijbehorende rollen bij elkaar gebracht.

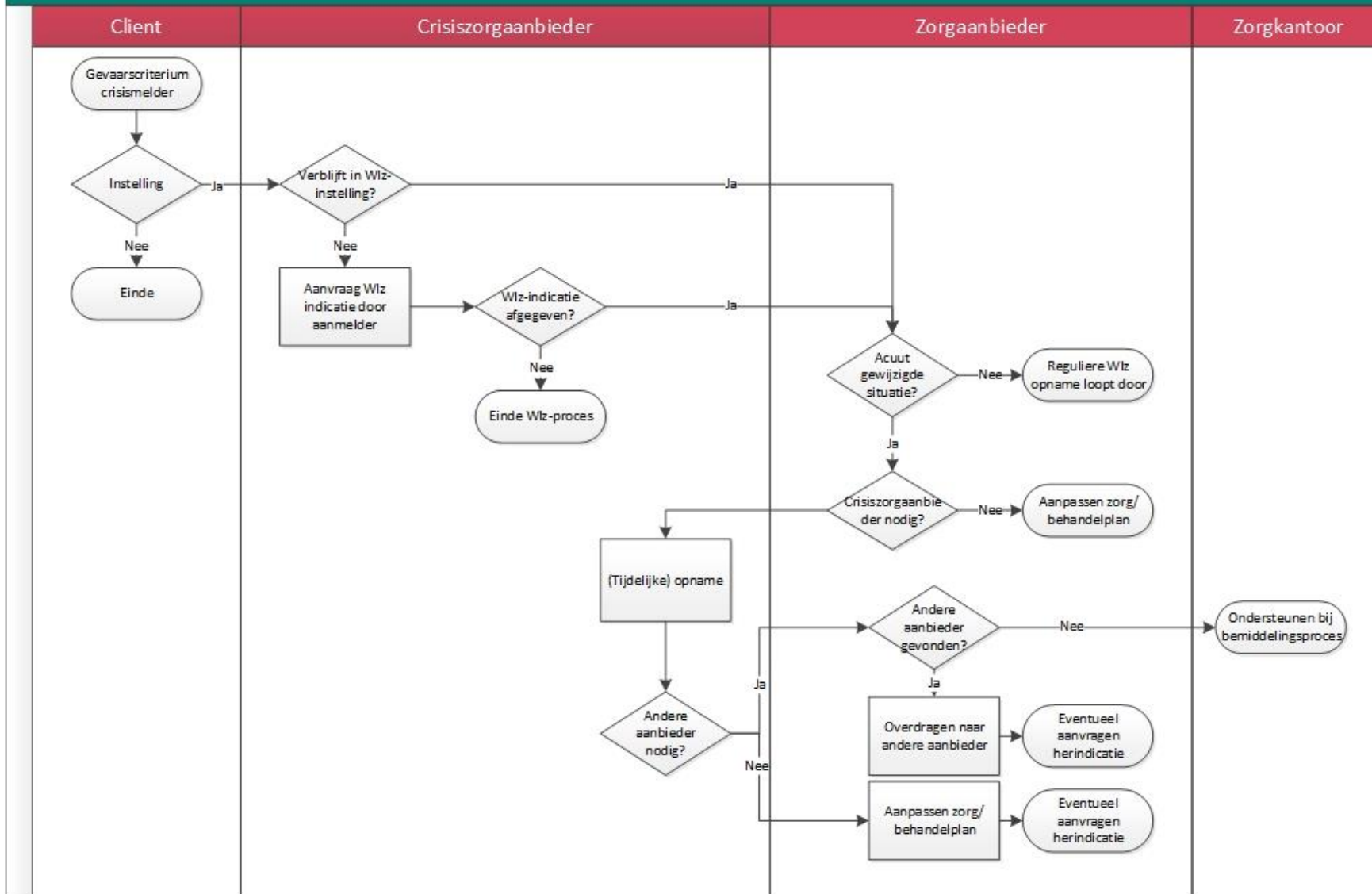
<sup>150</sup> Vervolgzorg bestaat veelal uit doorplaatsing naar een regulier bed maar kan ook zorg thuis zijn.

12.4.1 Procesflow crisiszorg V&V



Figuur 14a

# Crisis zorg V&V



Figuur 14,b

#### 12.4.2 Crisiszorgaanbieder

- Garandeert samen met de andere regionale crisiszorgaanbieders dat er 24/7 een crisisplaats beschikbaar is in de regio, zodat crisisplaatsing binnen de streefnorm van 24 uur na aanmelding kan plaatsvinden. Plaatsing binnen 24 uur geldt nadrukkelijk voor cliënten waarvoor een IBS is afgegeven (en gedwongen opname noodzakelijk is);
- Houdt een registratie bij van iedere crisismelding zodat gevolgd kan worden of iemand binnen 24 uur na de eerste melding een (crisis)plaats heeft;
- Vraagt als er geen crisisplaats binnen de regio beschikbaar is, toestemming aan het zorgkantoor om iemand buiten de regio te plaatsen. In het belang van de cliënt en zijn omgeving wordt dit zoveel mogelijk voorkomen;
- Is er zowel binnen de regio als buiten de regio geen passende crisisplaats beschikbaar? Dan kan het zorgkantoor toestemming geven om extra zorg thuis in te zetten om het gevaarscriterium op te lossen totdat er een crisisplaats beschikbaar is. De zorgaanbieder (DH of CZT) vraagt voor deze extra zorg een aangepast % aan via het iWlz-berichtenverkeer. Het zorgkantoor bevestigt deze toestemming via het Notitieverkeer;
- De (crisis)zorgaanbieder die de zorgtoewijzing voor verblijfszorg heeft, levert in deze situaties de wachtstatus Urgent plaatsen aan met classificatie Geen crisisbed beschikbaar;
- Zet zich in om iemand, na crisisplaatsing, binnen 2 weken door te laten stromen naar een reguliere plaats. En zoekt daarover actief contact met de bestaande DH en/of het zorgkantoor;
- Vraag toestemming aan het zorgkantoor als verlenging van crisisplaatsing nodig is. Dit kan met maximaal 2 weken. De aanvraag met motivatie wordt in deze situaties via het Notitieverkeer aangeleverd bij het zorgkantoor;
- Vraagt toestemming aan het zorgkantoor als een cliënt die al verblijfszorg krijgt moet worden opgenomen op een crisisplaats. Veelal gaat het dan om cliënten die in een instelling wonen en verblijfszorg zonder behandeling krijgen.

### 12.4.3 Processtappen met bijbehorende rollen (tabel V&V)

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Cliënt thuis	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt.	-	Medisch: Huisarts (thuis)
Signaleren probleemsituatie	<p>De huidige situatie wordt onverwacht en plotseling als probleem ervaren. Dit wordt door de cliënt of vertegenwoordiger van de cliënt bij de huisarts of betrokken wijkverpleging gesignaleerd. Een betrokken partij (zoals huisarts of wijkverpleging) kan dit ook zelf signaleren.</p> <p>Het kan incidenteel voorkomen dat een cliëntsituatie in een instelling acuut escaleert. Deze situatie wordt in de processtappen verder niet uitgewerkt. Zorgaanbieders streven ernaar om dit te voorkomen door hier vooraf al een oplossing voor te zoeken (in regionale afspraken/ afstemmingsoverleg).</p>	Cliënt, mantelzorg, familie, huisarts, wijkverpleging, CZT of eventueel andere ondersteuners	Medisch: huisarts (thuis)
Informatievoorziening	<p>Beschikbare informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Criteria crisisopname</li> <li>* Proces &amp; procedure</li> <li>* Mogelijkheden m.b.t. te volgen stappen en alternatieven</li> <li>* Coördinator zorg thuis (CZT)</li> <li>* Dossierhouder (DH)</li> <li>* Beschikbare plaatsen</li> </ul>	Zorgkantoor, zorgaanbieders	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie bepaalt de huisarts of er een vermoeden is van een crisissituatie waarbij een crisisopname de best passende optie is óf dat er nog andere alternatieven zijn waarmee een crisisopname kan worden	Huisarts	Huisarts

	voorkomen. Bijvoorbeeld inzet van extra (ondoelmatige) thuiszorg <sup>151</sup> , een respijtzorg(bed), of Eerstelijnsverblijf (ELV).		
Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De huisarts zoekt met de cliënt, mantelzorger en/of wijkverpleging uit of de cliënt een geldige Wlz-indicatie heeft.	Huisarts, cliënt, familie, mantelzorger, wijkverpleegkundige	Huisarts
Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	De huisarts schat in of de cliënt voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt en checkt daarvoor een aantal geldende criteria. Wordt crisisopname door de huisarts niet als meest adequate oplossing gezien? Dan valt verder verloop buiten scope van de Wlz. Einde proces crisisopname Wlz.	Huisarts (in overleg met wijkverpleegkundige)	Huisarts
Einde proces Wlz	De huisarts (HA) regelt een passend alternatief als een Wlz crisisopname niet passend is. De HA benadert daarvoor bijvoorbeeld de (al betrokken) thuiszorgaanbieder, de zorgverzekeraar of gemeente en verzorgt de overdracht.	Huisarts	Huisarts
Beslismoment: aanvragen crisisopname	Verwacht de HA dat de cliënt in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie dan start hij de aanvraag Wlz-crisisopname op. De huisarts stelt daarvoor alle benodigde cliëntgegevens beschikbaar aan de crisiszorgaanbieder. De betrokken thuiszorgorganisatie kan eventueel aanvullende informatie <sup>152</sup> verstrekken.  Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op een wachtlijst voor opname? Dan wordt contact opgenomen met deze zorgaanbieder (dossierhouder/DH) <sup>153</sup> .	Huisarts(enpost), Spoed Eisende Hulp, regionale coördinatiefunctie ELV/GRZ of GGZ crisisdienst	Huisarts
Beoordelen crisisopname	De aanbieder waar de cliënt wordt aangemeld beoordeelt aan de hand van criteria of er aanleiding is voor crisisopname.	SO (verlengde arm constructie mogelijk)	Crisiszorgaanbieder

<sup>151</sup> Thuiszorgorganisaties zijn 24 /7 bereikbaar voor inzetten van aanvullende zorg in thuissituatie.

<sup>152</sup> Hiermee worden ook de gegevens van de zorg bedoeld als de cliënt nog zorg krijgt vanuit de Wmo of Zvw.

<sup>153</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging.

	Er is sprake van 24/7 bereikbaarheid en consultatiefunctie van een SO zodat de psychiater van de crisisdienst (IBS) deze kan raadplegen bij cliënten met multi-problematiek (wederkerigheid om elkaar te kunnen raadplegen).		
Beslismoment: crisisopname nodig?	De Specialist Ouderengeneeskunde (SO) beslist of er daadwerkelijk sprake is van een crisissituatie of dat er sprake is van een IBS in het kader van de Wzd.	SO	Crisiszorgaanbieder
Geen crisisopname, terug naar aanvrager	Beoordeelt de SO dat er géén sprake is van een Wlz-crisisopname, dan neemt de SO contact op met de huisarts of andere aanmelder en geeft de aanvraag terug.	SO	Huisarts
Wel crisisopname: heeft de dossierhouder plaats?	<p>Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling voor opname? Dan is die zorgaanbieder de DH. Komt de cliënt eerst bij de crisiszorgaanbieder terecht, dan neemt die contact op met de DH. De DH bekijkt vervolgens of de cliënt kan worden opgenomen op een reguliere of crisis plaats. Is dat niet mogelijk dan bespreekt hij dat met de crisiszorgaanbieder en stelt eventueel relevante gegevens over de cliënt beschikbaar.</p> <p>Komt een cliënt rechtstreeks bij de DH dan neemt die eventueel contact op met een crisiszorgaanbieder als de DH geen mogelijkheid heeft voor (crisis)plaatsing. Heeft de DH dus geen passende reguliere plaats beschikbaar, maar wel een crisisplaats? Dan neemt de DH de cliënt hier tijdelijk op.</p>	Crisiszorgaanbieder	Dossierhouder en Crisiszorgaanbieder
Reguliere opname	Heeft de DH een passende reguliere plaats beschikbaar? Dan wordt de cliënt daarop geplaatst en is er feitelijk geen sprake van een crisisopname.	Dossierhouder	Dossierhouder
Regelen crisisopname	<p>Is er geen DH bekend (omdat het bijvoorbeeld om een nieuwe Wlz-cliënt gaat)? Dan wordt een crisisopname geregeld door een crisiszorgaanbieder (die bereikbaar is volgend regionale afspraken).</p> <p>Is er niet direct een crisisplaats of andere oplossing beschikbaar? Dan kan het zorgkantoor, tijdens kantooruren, helpen met het vinden van een crisisplaats.</p>	Crisiszorgaanbieder	Crisiszorgaanbieder



Crisisopname gerealiseerd	De cliënt is opgenomen bij een zorgaanbieder die gecontracteerd is voor crisiszorg.	Crisiszorgaanbieder	Crisiszorgaanbieder
Aanvraag Wlz-indicatie bij CIZ	Ontbreekt er nog een Wlz-indicatie dan vraagt de crisiszorgaanbieder die zo spoedig mogelijk aan na crisisopname (zie paragraaf 12.2).	Crisiszorgaanbieder	Crisiszorgaanbieder
Beslismoment: positief indicatiebesluit voor Wlz-zorg	<p>Heeft het CIZ een Wlz-indicatie afgegeven en daarin een (voorkeur)aanbieder gevuld? Is dit ook de feitelijke voorkeuraanbieder van de cliënt én niet de crisiszorgaanbieder? Dan neemt de voorkeuraanbieder (DH) contact op met de crisiszorgaanbieder om de mogelijkheden voor (reguliere) plaatsing te bespreken/ te regelen.</p> <p>Is in het indicatiebesluit niet de feitelijke voorkeuraanbieder opgenomen maar de aanvragende crisiszorgaanbieder? Dan wordt de crisiszorgaanbieder tijdelijk DH en stemt met de cliënt af wie zijn voorkeuraanbieder is. Vervolgens draagt de crisiszorgaanbieder de zorgtoewijzing zelf direct over aan deze aanbieder via een Mutatie-bericht (iWlz berichtenverkeer).</p> <p>Is er nog geen voorkeuraanbieder bekend en heeft de cliënt hulp nodig bij het maken van een keuze? Dan kan de crisiszorgaanbieder hiervoor het zorgkantoor inschakelen zodat zo snel mogelijk een DH bekend is voor reguliere plaatsing.</p>	CIZ	Crisiszorgaanbieder
Beslismoment: negatief indicatiebesluit voor Wlz-zorg	Wordt er, ondanks inschatting van de huisarts en de SO, geen Wlz-indicatie afgegeven door het CIZ? Dan zijn de crisiszorgaanbieder en de huisarts samen verantwoordelijk voor het regelen van een passend alternatief via de Wmo en/of Zvw. Einde proces.	Crisiszorgaanbieder/ huisarts	Crisiszorgaanbieder
Regelen doorplaatsing	<p>De DH organiseert, zo nodig samen met het zorgkantoor, passende vervolgzorg naar een andere instelling of terug naar huis. Dit gebeurt binnen een termijn van 2 weken vanaf datum crisisopname.</p> <p>Eenmalige verlenging van de crisiszorgperiode (met maximaal 2 weken) kan ná overleg tussen de huisarts/ crisiszorgaanbieder/ DH en het zorgkantoor. Daarbij</p>	Dossierhouder	Dossierhouder

	<p>wordt aangetoond welke inspanningen zijn verricht om verlenging te voorkomen. Het zorgkantoor bevestigt de toestemming via het Notitieverkeer met vermelding van de einddatum.</p> <p>De DH levert de juiste wachtstatus met classificatie aan als er niet direct plaats is (Urgent plaatsen / Doorstroom crisisbed).</p>		
<p>Vervolg zorg gerealiseerd.</p>	<p>De cliënt heeft reguliere vervolgzorg. Einde proces.</p>	<p>Zorgaanbieder/ dossierhouder</p>	<p>Zorgaanbieder/ dossierhouder</p>

## 12.5 Processtappen crisiszorg GZ

De crisiszorg binnen de GZ verschilt van de V&V doordat cliënten andere zorgbehoeften hebben en er sprake is van ander zorgaanbod. Daarnaast kent de GZ vanaf 2021 twee extra rollen: de onafhankelijke crisisregisseur en het crisisondersteuningsteam (COT)<sup>154</sup>. Beide rollen worden in deze paragraaf verder beschreven. Aansluitend wordt de invulling van de overige rollen (aanmelder, DH, CZT en zorgkantoor) uitgewerkt in de tabel onder paragraaf 12.5.5.

### Drie niveaus crisisplaatsen

De GZ kent vanaf 2021 drie niveaus binnen de crisisplaatsen. Deze drie niveaus zijn bedoeld om inhoudelijk en financieel een betere aansluiting te geven bij verschillende crisissituaties (mate van complexiteit in problematiek). De crisisregisseur bepaalt, aan de hand van de aard van de crisis, het niveau waarop een cliënt wordt geplaatst binnen de beschikbare plaats(en).

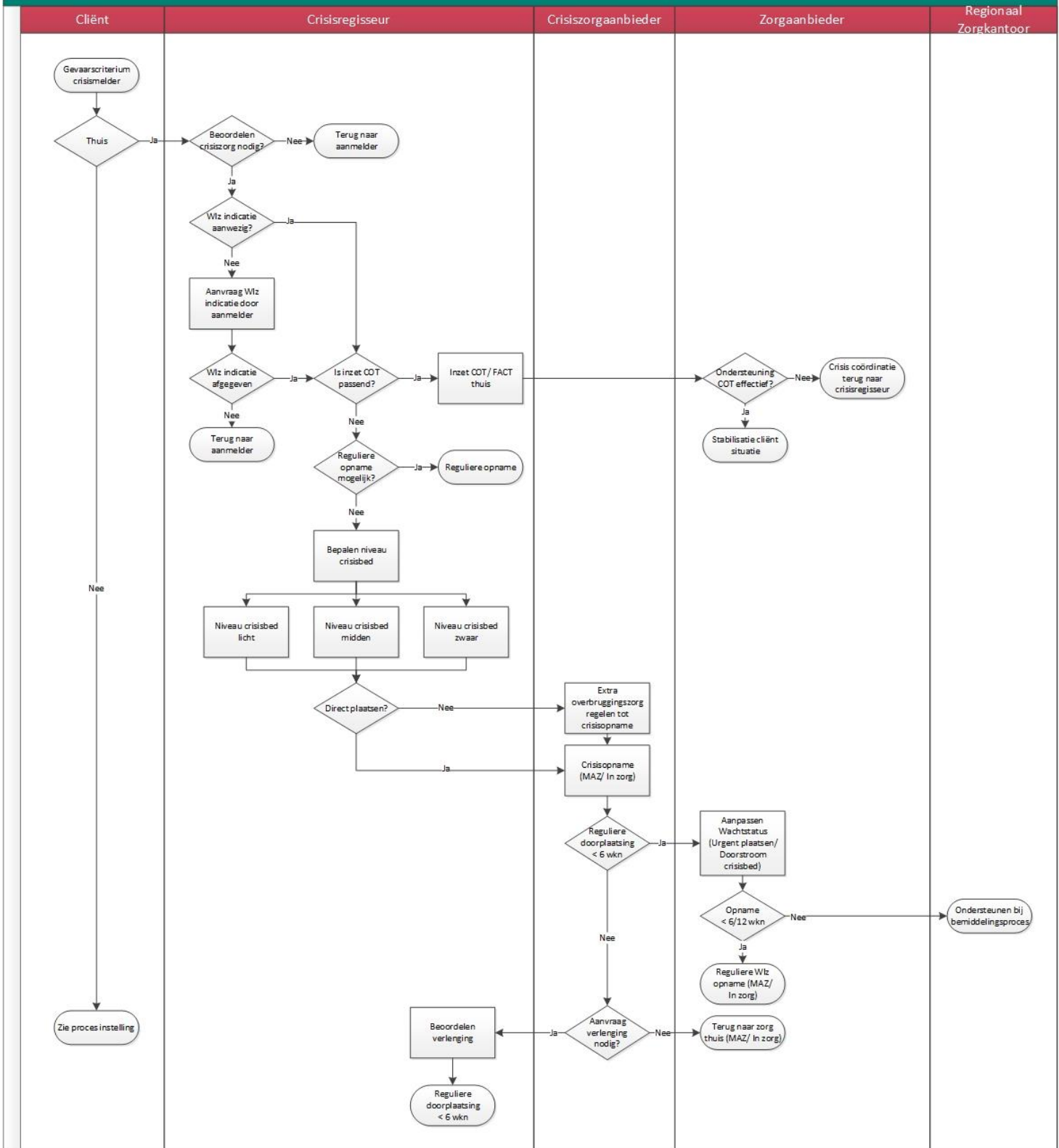
- Niveau 1: Crisiszorg licht  
Crisiszorg licht is vergelijkbaar met logeerszorg. Het onderscheid met logeerszorg is de noodzaak voor acute beschikbaarheid van een crisisplaats én stabilisatie van de situatie. De cliënt vormt geen ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen (behandeling is in deze situaties vaak niet nodig). Agressie of psychiatrische problematiek staat niet op de voorgrond. Deze crisiszorg is kortdurend van aard en de cliënt kan worden geplaatst op een open (reguliere) setting, zonder specifieke gebouwaanpassingen.
- Niveau 2: Crisiszorg midden  
Crisiszorg midden wordt ingezet bij een cliënt met matige tot ernstige problematiek, in combinatie met gedragsproblemen. De cliënt vormt geen ernstig gevaar voor zichzelf of anderen en eventuele psychiatrische problematiek staat niet op de voorgrond. Deze crisiszorg wordt geleverd in een gesloten setting in een aangepast gebouw. Er is extra kennis en expertise nodig én aanvullende aandacht voor risicosignalering. Het team rond het crisisplaats is in staat om agressie en meervoudige problematiek te hanteren.
- Niveau 3: Crisiszorg zwaar  
Crisiszorg zwaar wordt ingezet bij cliënten met ernstige meervoudige problematiek en beperkte zelfredzaamheid. Er is vaak sprake van (acute) psychiatrische problematiek en/of ernstig middelengebruik/verslaving en/of zeer ernstige gedragsproblemen met risico's voor de omgeving. Een aangepaste beveiligde bouwomgeving, inzet van specifieke expertise en zorgverlening zijn noodzakelijk.

#### 12.5.1 Procesflow

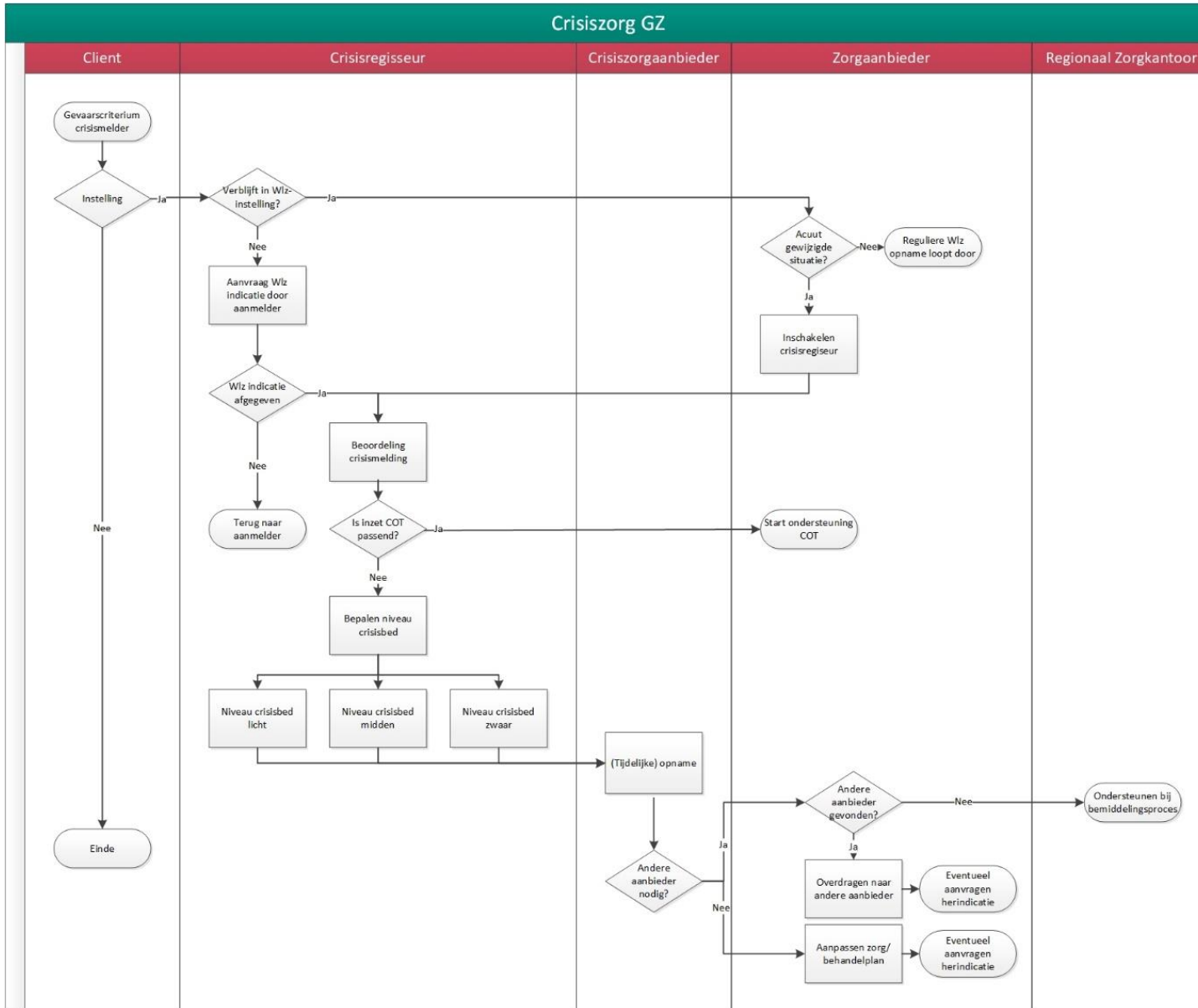
In onderstaande figuren staat de procesflow voor crisiszorg GZ uitgewerkt. Zowel voor het ontstaan van een crisissituatie vanuit de thuissituatie als vanuit een instelling.

<sup>154</sup> Deze wijzigingen worden vanaf 2021 ondersteund via de NZa beleidsregels. Zo is er een aparte prestatie voor het COT en zijn er aparte prestaties met bijbehorende tarieven voor crisisopname licht, midden en zwaar  
[https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_312745\\_22/2/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_312745_22/2/)

# Crisis zorg GZ



Figuur 15a



Figuur 15b

### 12.5.2 Onafhankelijke crisisregisseur

Vanaf 1 januari 2021 zijn, tijdens kantooruren, onafhankelijke crisisregisseurs actief. Crisisregisseurs werken over meerdere zorgkantoorregio's heen (landelijk dekkend netwerk).

Een crisisregisseur is de poortwachter (eerste contactpersoon) voor alle crisissituaties. Buiten kantooruren (als er geen crisisregisseur beschikbaar is) kan een aanmelder in geval van een crisis met inschatting IBS contact opnemen met de regionale crisisdienst GGZ. Tenzij hier regionaal ander meldpunt voor is ingeregeld. Voor overige crisissituaties buiten kantooruren wordt vooralsnog volgens regionale afspraken contact opgenomen met een crisiszorgaanbieder.

#### 12.5.2.1 Crisisregisseur

De crisisregisseur:

- Ontvangt een melding van een crisissituatie altijd via een professionele zorgaanbieder (aanmelder);
- Toetst aan de hand van afgesproken criteria of er sprake is van een crisissituatie. Analyseert daarvoor de aanvraag (triage) en maakt een snelle eerste inschatting van de situatie;
- Wijst zo nodig de aanmelding af en legt bij de aanmelder de verantwoordelijkheid terug om passende zorg in de thuissituatie of bij de intramurale zorgaanbieder te regelen;
- Vraagt de noodzakelijke gegevens op voor de cliënt bij de betrokken crisisdienst;
- Bepaalt in geval van een crisissituatie of het COT moet worden ingeschakeld, crisisplaatsing nodig is of dat andere opties mogelijk zijn zoals inzet van (F)ACT-LVB<sup>155</sup>;
- Beoordeelt of een cliënt met een indicatie voor een zorgprofiel LG<sup>156</sup> of ZG het beste op een crisisplaats VG of een crisisplaats V&V past, omdat er nu geen specifieke crisisplaatsen zijn voor deze cliëntgroepen. De aanleiding van de crisis is belangrijk voor de keuze van de crisisplaats. Wordt de crisissituatie veroorzaakt door ouderdomsproblematiek (bijvoorbeeld psychogeriatrische problematiek) dan is de cliënt aangewezen op V&V crisiszorg. Is er niet direct een duidelijke aanleiding aan te wijzen waarop een keuze gemaakt kan worden voor een V&V- of VG-crisisplaats? Dan is VG-crisiszorg de eerstaangewezen oplossing. Door vóóraf deze keuze te maken, wordt ongewenste vertraging in een crisisopname voorkomen;
- Bepaalt welke type crisisplaats (licht, midden of zwaar) nodig is en bemiddelt de cliënt naar een geschikte crisiszorgaanbieder. De aard van de crisis speelt daarin een rol;
- Bepaalt waar een cliënt wordt geplaatst als er sprake is van een IBS die wordt afgegeven tijdens kantooruren. Dit gebeurt na onderlinge afstemming met de regionale GGZ-crisisdienst of het regionale meldpunt. Die neemt in deze situaties contact op met de crisisregisseur;
- Streeft ernaar om een cliënt binnen 48 uur op een crisisbed<sup>157</sup> te plaatsen. Voor een IBS is de streefnorm voor plaatsing binnen 24 uur;

<sup>155</sup> (F)ACT-LVB verwijst naar inzet van flexibele teams voor Intensieve ambulante (bemoei)zorg bij mensen met een licht verstandelijk beperking. Meer informatie hierover is terug te vinden via <https://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>

<sup>156</sup> LG: Lichamelijk gehandicapt.

<sup>157</sup> Dat geldt ook voor de situatie dat een cliënt zijn volledige zorg via PGB ontvangt (de aanmelder is dan bijvoorbeeld de huisarts of een professionele zorgverlener die via PGB wordt ingekocht).

- Inventariseert en controleert of een passende Wlz-indicatie aanwezig is en eventueel een Wzd-verklaring. Is dit niet het geval dan bespreekt de crisisregisseur met de aanmelder en/of crisiszorgaanbieder dat die zo snel mogelijk worden aangevraagd bij het CIZ;
- Bemiddelt de cliënt eventueel naar een COT;
- Brengt het COT of de crisiszorgaanbieder in contact met de aanmelder en overlegt met hen over de mogelijkheden;
- neemt zo nodig contact op met het COT, draagt zorg voor beschikbaarheid van inhoudelijke gegevens en be vraagt het COT of er binnen 48 uur contact is gelegd met de zorginstelling met een cliënt in crisis;
- Bewaakt de randvoorwaarden waarbinnen de crisisplaatsing wordt afgegeven en zorgt dat de aanmelder of DH, als dat nodig is, een RM of Wzd verklaring art. 21 aanvraagt;
- Heeft de regie, maar neemt de verantwoordelijkheid van de aanmelder, dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT) niet over;
- Spreekt duur en voorwaarden voor de crisisopname af met de dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT), de crisiszorgaanbieder en/of het COT;
- Houdt gedurende de crisisopname contact met het COT, de crisiszorgaanbieder en DH. Volgt daarbij de resultaten op de gemaakte afspraken met alle betrokkenen én bewaakt of deze afspraken worden nagekomen. Bijvoorbeeld over de aard en omvang van de behandeling, de terugkeergarantie, het aanvragen van een (her)indicatie, het opstellen van een begeleidingsadvies en/of het zoeken van een vervolgplaats;
- Houdt contact met de crisisregisseur van een andere regio als voor de cliënt een crisisplaatsing buiten de eigen regio nodig was (bijvoorbeeld bij specialistische bovenregionale zorg of omdat er in de regio niet direct een crisisplaats beschikbaar was).

#### **12.5.2.2 Overige taken en verantwoordelijkheden crisisregisseur**

De crisisregisseur:

- Beheert alle crisisplaatsen in een of meerdere zorgkantoorregio's en bepaalt wie hier gebruik van mag maken;
- Houdt een registratie bij van bezette en beschikbare crisisplaatsen;
- Houdt een registratie bij van de inzet van de crisisondersteuningsteams die in zijn/haar regio werkzaam zijn. (Een crisisregisseur kan met een of meerdere crisisondersteuningsteams te maken hebben);
- Bewaakt de duur van het verblijf van een cliënt op een crisisplaats. Dit is in principe maximaal 6 weken;
- Beoordeelt of eventuele verlenging met 6 weken noodzakelijk is. De crisiszorgregisseur is voor besluitvorming hierover gemandateerd door het zorgkantoor;
- Bewaakt de duur van inzet van het COT. Voor inzet van het COT geldt een maximale duur van 3 maanden met de mogelijkheid van verlenging met 3 maanden;
- Analyseert in overleg met het zorgkantoor de ontwikkelingen in de regio, zoals knelpunten, bezettingsgraad, bovenregionale plaatsingen, inzet COT en aantal cliënten met IBS/RM. En bespreekt de uitkomsten met het zorgkantoor, de COT's en de crisiszorgaanbieders;
- Geeft waar nodig signalen af aan zorgaanbieders en zorgkantoor, bijvoorbeeld als hetzelfde team en/of dezelfde organisatie vaker dan normaal te maken heeft met crisissituaties.

### 12.5.3 Het crisisondersteuningsteam (COT)

Het COT is een multidisciplinair team en heeft als doel:

- Uitplaatsing te voorkomen. Dat doet het COT door aanvullend te werken op het team van de zorgaanbieder via voorbeeldgedrag, coaching of scholing. Of;
- Een crisisopname te verkorten. Dit gebeurt door gericht adviezen te geven aan een team, management en naasten voor een goede overdracht en voorbereiding naar de zorgaanbieder waar de cliënt na de crisisplaatsing naartoe gaat. Of;
- Eventueel aanvullende diagnostiek te verrichten;

Het gaat dan bijvoorbeeld om situaties waarbij:

- Op de plaats waar de cliënt woont een onhoudbare situatie dreigt te ontstaan;
- Na een crisisopname extra begeleiding en ondersteuning nodig is voor een zorgvuldige terugplaatsing of vervolgplaatsing;
- Na een crisisopname de cliënt terugkeert naar de eigen woning om te voorkomen dat de situatie zich herhaalt.

#### 12.5.3.1 Taken en verantwoordelijkheden COT

Het COT:

- Een COT werkt over een of meerdere zorgkantoorregio's heen;
- Neemt binnen 48 uur contact op met de aanmelder voor het plannen van een intake;
- Streeft ernaar om het intakegesprek binnen 3-5 werkdagen te voeren, na aanmelding van de cliënt door de crisisregisseur. Omdat de aanmelder deelneemt aan het intakegesprek is de planning afhankelijk van de mogelijkheden van de aanmelder;
- Betreft in het intake gesprek altijd 3 disciplines: begeleider (VG of GGZ achtergrond), gedragswetenschapper (orthopedagoog of GZ-psycholoog) en leidinggevende van het team/ uit de organisatie. Ook de aanmelder neemt deel aan het intakegesprek (afhankelijk van de aanmelder met dezelfde disciplines);
- Voert naast het intakegesprek ook een dossieronderzoek uit;
- Stelt binnen 3-4 werkdagen na de intake een ondersteuningsvoorstel op (maatwerk);
- Start binnen 2-5 werkdagen met de uitvoering van het ondersteuningsvoorstel als hierover overeenstemming is met de aanmelder;
- Plant een tussenevaluatie (binnen 3-6 weken). Dit is afhankelijk van de behoefte van de cliënt, de aanmelder én de voortgang;
- Schrijft een inhoudelijke evaluatie (met respect en zonder waardeoordeel);
- Verzorg het verslag van bespreking met cliënt(systeem);
- Houdt de crisisregisseur op de hoogte van de voortgang;
- Stuurt een geanonimiseerd, definitief COT-verslag naar de crisisregisseur, zorgkantoor en betrokken zorgaanbieder over de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit verslag heeft het karakter van een ontwikkel- en leeraanbod voor het betrokken team/ zorgaanbieder. De veiligheid voor het team staat centraal. Het verslag kan voor het zorgkantoor aanleiding geven om een gesprek aan te gaan met het bestuur van de organisatie;
- Bespreekt wekelijks in het multidisciplinair team alle cliënten waar op dat moment ondersteuning voor loopt. Alle leden van het COT zijn hierbij aanwezig;



- Houdt een registratie bij (AVG-proof) van de NAW-gegevens van de cliënt, duur en aanleiding van de inzet van het COT en de crisiszorgaanbieder.

#### **12.5.4 De crisiszorgaanbieder**

De crisiszorgaanbieder:

- Houdt de beschikbaarheid van crisisplaatsen bij en meldt beschikbare plaatsen (direct) terug aan de crisisregisseur. De frequentie van melding wordt in onderling overleg bepaald;
- Neemt op verzoek van een crisisregisseur een cliënt tijdelijk op (crisisplaats), totdat de cliëntsituatie gestabiliseerd is en/of reguliere vervolgzorg beschikbaar is;
- Adviseert de crisisregisseur over een cliëntsituatie als een beschikbare crisisplaats niet geschikt is voor een cliënt. Dit gebeurt altijd met zwaarwegende, inhoudelijke motivatie;
- Streeft ernaar om een cliënt binnen 48 uur op een crisisbed te plaatsen (voor IBS is dit binnen 24 uur). Als dat niet lukt koppelt de crisiszorgaanbieder dit terug aan de crisisregisseur;
- Is medisch verantwoordelijk (AVG) voor een cliënt vanaf het moment van opname;
- Bewaakt dat de DH of CZT voor een cliënt vervolgzorg regelt. Ontstaat er een probleem bij het regelen van vervolgzorg binnen de streefnorm van 3 weken dan informeert de crisiszorgaanbieder, de crisisregisseur;
- Draagt zorg voor adequate begeleiding, verzorging, verpleging en/of behandeling op basis van de zorgvraag van een cliënt;
- Zorgt voor passende bouwkundige voorzieningen, deskundig personeel en extra kennis en expertise bij een crisisopname midden of zwaar<sup>158</sup>;
- Adviseert betrokken partijen (bijvoorbeeld DH, tijdelijk andere intramurale aanbieder of CZT) over geschikte vervolgzorg of vervolgplaats;
- Geeft een behandel en/of begeleidingsadvies mee aan de zorgaanbieder die de reguliere zorg gaat leveren;
- Zorgt voor uitvoering van alle procedures en rapportages op grond van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld de Wzd);
- Levert tijdig en juist iWlz-berichten aan zoals een MAZ of MUT/MEZ bericht.

#### **12.5.5 De dossierhouder of coördinator zorg thuis**

De dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT):

- Heeft een signalerende rol bij een dreigende of acute crisissituatie (aanmelder);
- Blijft bij een crisisopname bij een andere crisiszorgaanbieder primair verantwoordelijk voor de cliënt en het regelen van passende, reguliere vervolgzorg. De DH of CZT kan hierop aangesproken worden door de crisisregisseur of crisiszorgaanbieder;
- Heeft minimaal 1x per week contact met de crisiszorgaanbieder en bespreekt de stand van zaken over mogelijkheden reguliere vervolgzorg;
- Regelt in principe binnen 6 weken na de crisisopname reguliere vervolgzorg;
- Koppelt de mogelijkheden voor vervolgzorg terug aan de crisisregisseur en schetst daarbij het perspectief voor overname van de zorg van de crisiszorgaanbieder door de DH, CZT of (tijdelijk) andere zorgaanbieder. Eventueel mogelijkheden voor verlenging van de crisisopname (met maximaal 6 weken) wordt daarbij ook besproken;

<sup>158</sup> Zie NZa beleidsregel [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_312745\\_22/2/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_312745_22/2/)

- Brengt een cliënt zo nodig in bij het regionale casuïstiekoverleg. Aan dit overleg nemen de regionale zorgaanbieders deel. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het regelen van passende, reguliere vervolgzorg;
- Levert tijdig en juist iWlz-berichten aan zoals een MAZ of MUT/MEZ bericht. Kan de voorkeuraanbieder (DH of CZT) een crisissituatie niet direct overnemen, dan wordt de wachtstatus Urgent plaatsen met classificatie Doorstroom crisisbed aangeleverd;
- Biedt in principe een terugkeergarantie aan voor de cliënt als de crisissituatie gestabiliseerd is. Is, in het belang van een cliënt en/of zijn omgeving, terugkeer naar de situatie van voor de crisis niet mogelijk of wenselijk? Dan bespreekt de CZT of DH samen met de cliënt de mogelijkheden voor passende, reguliere vervolgzorg en regelt die in. Zo nodig wordt een herindicatie aangevraagd bij het CIZ en/of onafhankelijke cliëntondersteuning ingezet en/of het zorgkantoor ingezet voor ondersteuning en bemiddeling;
- Zoekt afstemming met het zorgkantoor bij complexe casuïstiek en stagnerende zorgbemiddeling bij een cliënt. De CZT of DH en het zorgkantoor zijn samen verantwoordelijk voor het vinden van passende reguliere zorg. Het zorgkantoor neemt de regie in deze situaties niet over van de zorgaanbieder;
- Brengt zo nodig een cliënt met complexe problematiek in bij het regionale ketenoverleg Complexe casuïstiek.

### 12.5.6 Processtappen met bijbehorende rollen (tabel GZ)

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Cliëntsituatie	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt, thuis of in een instelling.	-	Medisch: Huisarts, AVG
Signaleren probleemsituatie	De huidige situatie wordt acuut als een probleem ervaren. De cliënt, vertegenwoordiger of netwerk van de cliënt, een betrokken zorgaanbieder of hulpverlener neemt contact op met de huisarts	MEE, netwerk van cliënt, huisarts, zorgaanbieders (zoals VG, begeleid wonen, wijkverpleging of CZT) of aan Jeugdwet-gerelateerde instanties	Medisch: Huisarts Psychiater (IBS) AVG
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: * Criteria crisisopname * Proces & procedure * Crisisregisseur * COT * Coördinator zorg thuis (CZT) * Dossierhouder (DH) * Beschikbare plaatsen	Zorgkantoor	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie en criteria voor een crisisopname, wordt ingeschat of crisiszorg/ -opname de best passende optie is.	Aanmelder <sup>159</sup>	Aanmelder
Aanmelding crisis bij crisisregisseur (tijdens kantoortijden)	De aanmelder van een crisis bij de crisisregisseur is altijd een zorgprofessional. Bijvoorbeeld een hulpverlener van de zorgaanbieders die bij de cliënt betrokken zijn, huisarts etc.	Aanmelder	Aanmelder
Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De crisisregisseur zoekt uit of de cliënt beschikt over een geldige Wlz-indicatie. De aanmelder levert daarvoor alle benodigde informatie aan waarover hij beschikt zoals inhoudelijke rapportage, benodigde formulieren en documenten. Is er een Wlz-indicatie aanwezig, dan start de crisisregisseur het proces voor crisisplaatsing Wlz op.	Crisisregisseur, aanmelder, cliënt, mantelzorg	Crisisregisseur

<sup>159</sup> Een aanmelder is altijd een professionele hulpverlener.

Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	<p>Is er nog geen Wlz-indicatie aanwezig dan schat de regionale crisisregisseur (samen met de aanmelder) in of de cliënt voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt.</p> <p>Zo ja, dan vraagt de aanmelder (of crisiszorgaanbieder), op verzoek van de crisisregisseur, een Wlz-indicatie aan (zie paragraaf 12.2). De cliënt of eventueel iemand uit het directe netwerk van de cliënt wordt hierbij betrokken. Alleen voor iemand met een Wlz-indicatie kan een crisiszorg of crisisopname onder de Wlz plaatsvinden. Anders eindigt het proces.</p>	Crisisregisseur, aanmelder, crisiszorgaanbieder, cliënt, mantelzorger	Crisisregisseur, aanmelder, crisiszorgaanbieder
Negatief indicatiebesluit CIZ Einde proces Terug naar aanmelder	Geeft het CIZ, ondanks inschatting, geen indicatie af voor de Wlz? Dan geeft de crisisregisseur de verantwoordelijkheid voor de cliënt terug aan de aanmelder. De aanmelder (professionele hulpverlener) regelt een passend alternatief en verzorgt verdere afhandeling richting de cliënt. Bijvoorbeeld Crisisopname GGZ, Eerstelijnsverblijf / herstelgerichte zorg (Zvw) of respijtzorg (Wmo).	Crisisregisseur, aanmelder	Aanmelder
Wlz-indicatie zonder voorkeuraanbieder (DH of CZT)	Wordt er voor een nieuwe Wlz-client een indicatie afgegeven, en is er nog geen voorkeuraanbieder bekend (DH of CZT) voor de reguliere vervolgzorg? Dan bemiddelt het zorgkantoor deze cliënt zo spoedig mogelijk naar een passende zorgaanbieder. Dit gebeurt in afstemming met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Zo nodig wordt hierover contact gezocht met de aanmelder en/of crisisregisseur.	Crisisregisseur, aanmelder, zorgkantoor	Zorgkantoor
Beoordelen en beslismoment crisiszorg	Op grond van vooraf vastgestelde criteria beoordeelt de crisisregisseur of er daadwerkelijk noodzaak is voor een crisisopname Wlz of dat inzet van het COT een adequate oplossing kan zijn.	Crisisregisseur	Crisisregisseur
Einde proces Terug naar aanmelder	Is er geen sprake van een crisisopname conform de geldende criteria voor de Wlz? Dan wordt de aanvraag teruggelegd bij de aanmelder. Zie hierboven. De aanmelder coördineert met betrokken zorgaanbieders vervolgzorg, dat kan ook binnen de Wlz zijn als er een Wlz-indicatie is afgegeven. Deze rol wordt dan opgepakt door de DH of CZT.	Crisisregisseur, aanmelder	Crisisregisseur, aanmelder

Crisisplaatsing	<p>Komt een cliënt in aanmerking voor een Wlz-crisisopname, dan regelt de crisisregisseur een passende crisisplaats. Staat een cliënt al op de wachtlijst voor verblijfszorg dan wordt eerst geschakeld met de DH over zijn mogelijkheden.</p> <p>De aanmelder draagt zorg voor de praktische voorbereiding voor overdracht van de cliënt. En regelt bijvoorbeeld ook dat de cliënt alle belangrijke persoonlijke spullen heeft bij opname (kleding, medicijnen etc.)</p> <p>Is er nog geen DH bekend, dan zoekt de crisisregisseur direct een crisisplaats bij een crisiszorgaanbieder.</p>	Crisisregisseur, aanmelder	Crisisregisseur
Beslismoment: heeft de DH plaats? Reguliere opname of crisisopname	<p>Wordt de cliëntsituatie beoordeeld als een crisissituatie én staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling? Dan is er een DH. De crisisregisseur neemt dan eerst contact op met deze aanbieder om te bespreken of (reguliere of crisis) plaatsing mogelijk is. Heeft deze instelling een passende reguliere plaats, dan wordt de cliënt daar direct opgenomen. Is er geen passende reguliere plaats beschikbaar maar wel een crisisplaats? Dan neemt de DH de cliënt daar tijdelijk op en zorgt binnen de organisatie voor vervolgplaatsing naar een reguliere plaats.</p>	Crisisregisseur, dossierhouder	Crisisregisseur, dossierhouder
Is er geen reguliere of crisisplaats beschikbaar bij de DH	<p>Kan de DH de cliënt niet opnemen dan levert hij wel relevante gegevens aan bij de crisisregisseur en/of crisiszorgaanbieder die relevant zijn voor crisisplaatsing bij een ander crisiszorgaanbieder.</p>	Crisisregisseur, dossierhouder	Crisisregisseur, dossierhouder
Regelen crisisopname bij (andere) crisiszorgaanbieder	<p>Heeft de DH geen passende plaats beschikbaar? Dan regelt de crisisregisseur een crisisopname bij een crisiszorgaanbieder. De crisiszorgaanbieder neemt de cliënt over van de DH (of CZT).</p>	Crisisregisseur, crisiszorgaanbieder, zorgkantoor	Crisisregisseur, crisiszorgaanbieder, zorgkantoor
Regelen vervolgaanbieder	<p>Staat in het indicatiebesluit de crisiszorgaanbieder als voorkeuraanbieder, maar is die niet de feitelijke voorkeuraanbieder voor een cliënt? Dan bespreekt de crisiszorgaanbieder met de cliënt wie de voorkeuraanbieder is. De crisiszorgaanbieder kan hiervoor ook het zorgkantoor inschakelen. Als de voorkeuraanbieder bekend is vraagt de crisiszorgaanbieder een nieuwe</p>	Crisiszorgaanbieder, zorgkantoor	Crisiszorgaanbieder, zorgkantoor

	zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. De DH of CZT regelt vervolgens, in overleg met de cliënt en diens vertegenwoordiger, passende reguliere vervolgzorg.		
Crisisopname	De logistieke afstemming en uitvoering over de opname ligt bij de aanmelder, DH of CZT en de crisiszorgaanbieder. De regionale regisseur krijgt terugkoppeling over de opname via de crisiszorgaanbieder.	Crisisregisseur, crisiszorgaanbieder, aanmelder	Crisiszorgaanbieder, aanmelder
Crisisopname gerealiseerd	Het fysiek opnemen van de cliënt bij de crisiszorgaanbieder.	Zorgaanbieder crisisopname	Crisiszorgaanbieder
Regelen vervolgzorg	De DH of CZT regelt in overleg met de cliënt, passende reguliere vervolgzorg. Dit gebeurt binnen de norm zodat de crisisplaats niet onnodig bezet blijft. De DH of CZT informeert de crisiszorgaanbieder hierover en zorgt dat de crisiszorgaanbieder de cliënt naar de (tijdelijke) zorgaanbieder kan overdragen.	DH of CZT, crisiszorgaanbieder	DH of CZT
Vervolgzorg gerealiseerd, einde proces	. De cliënt krijgt passende, reguliere vervolgzorg. Einde proces	DH of CZT	DH of CZT

## 12.6 Processtappen crisiszorg GGZ

Voor de groep cliënten met een indicatie voor een GGZW-zorgprofiel geldt een afwijkend proces voor het regelen van crisiszorg. Een deel van de crisiszorg wordt namelijk ingezet en betaald vanuit de Zvw. Het volledige proces rondom crisiszorg voor deze doelgroep is nog niet uitgekristalliseerd omdat de focus nu ligt op een zorgvuldige overgang van deze nieuwe doelgroep naar de Wlz. Begin 2021 wordt uitwerking van deze crisiszorg verder opgepakt en in een volgende versie van het voorschrift gepubliceerd.

### Regionale GGZ-crisisdienst

De regionale GGZ-crisisdienst;

- Wordt ingeschakeld als bij iemand een acute crisissituatie optreedt en de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat. Dat geldt zowel voor mensen zonder een Wlz-indicatie als voor mensen met een Wlz-indicatie;
- Crisisopname vindt na aanmelding binnen 24 uur plaats als dit noodzakelijk is;
- De eerste 72 uur wordt de noodzakelijke crisiszorg georganiseerd en betaald vanuit de Zvw. Specifiek gaat het dan om crisisplaatsen die namens alle zorgverzekeraars door één partij worden ingekocht in een bepaalde regio. Iemand kan op een dergelijke crisisplaats worden opgenomen ongeacht zijn zorgverzekeraar;
- Na deze eerste 72 uur kan de noodzakelijke crisiszorg worden verlengd voor iemand die in aanmerking komt voor Wlz-zorg. Dit kan maximaal voor een periode van 3 weken. De vergoeding van deze zorg loopt via de eigen verzekeraar van de cliënt;
- Binnen maximaal 3 weken en 3 dagen moet de zorg zijn overgenomen door een GGZ-zorgaanbieder die (ook) gecontracteerd is voor Wlz-zorg. Dat kan ook bij een V&V of GZ zorgaanbieder als de problematiek gestabiliseerd is;
- In zijn algemeenheid zijn (crisis)zorgaanbieders GGZ zowel voor de Zvw als Wlz gecontracteerd. Voor de Wlz gaat het dan veelal om de prestaties die horen bij de zorgprofielen GGZB en GGZW (integraal tarief). In deze situaties kan tijdige uitstroom vanuit de Zvw naar de Wlz worden ingeregeld.

# 13 Bijlage H: Meerzorg bij verblijfszorg of geclusterd VPT

## 13.1 Meerzorg algemeen

Deze bijlage richt zich specifiek op Meerzorg<sup>160</sup> bij verblijfszorg of in een geclusterd VPT. Lees in deze bijlage bij Meerzorg dus niet Meerzorg MPT (met PGB).

### Advies Meerzorg door CIZ

Het CIZ kan bij de indicatiestelling doorgeven dat er mogelijk sprake is van Meerzorg. Dat wordt door het CIZ alleen gedaan bij een cliënt waar sprake is van (non)invasieve beademing of van ernstige VG problematiek in combinatie met ernstige somatische (medische) problematiek (zorgprofiel VG5 of VG8). Dit advies van het CIZ is niet bindend<sup>161</sup> maar is voor de zorgaanbieder en het zorgkantoor een handvat bij de beoordeling van een aanvraag voor individuele of Groepsmeerzorg.

### Nieuw indicatiebesluit CIZ

Wordt er een nieuw indicatiebesluit aangevraagd bij een cliënt die een beschikking heeft voor Meerzorg en wijzigt door de indicatiestelling het zorgprofiel? Dan vervalt de afgegeven beschikking voor Meerzorg in alle situaties. De zorgaanbieder of cliënt moet in deze situaties altijd opnieuw Meerzorg aanvragen. Het nieuw geïndiceerde zorgprofiel kan meer ruimte bieden om de benodigde zorg in te zetten of mogelijk gecombineerd worden met een andere intramurale toeslag.

## 13.2 Individuele Meerzorg of Groepsmeerzorg

### 13.2.1 Beleidsregel Meerzorg Wlz

Voor cliënten die verblijfszorg krijgen óf VPT in een geclusterde woonvorm, kan vanaf 2019 Meerzorg worden aangevraagd via:

- een individuele aanvraag of
- een aanvraag voor Groepsmeerzorg
- als er sprake is van een nieuwe aanvraag Meerzorg, een her-aanvraag Meerzorg of voor een wijziging op een bestaande beschikking.

<sup>160</sup> Het protocol Meerzorg is vanaf 2017 geïntegreerd in het Voorschrift.

<sup>161</sup> Het CIZ weegt de mogelijkheden van de sociale omgeving niet mee in de besluitvorming.



## Wie kan een beroep doen op Meezorg?

Meezorg bij verblijfszorg of in geclusterd VPT kan worden aangevraagd voor:

- iemand die in uren minimaal 25% meer zorg nodig heeft dan is opgenomen in het (hoogst mogelijk) geïndiceerde of het toegewezen zorgprofiel (het zorgprofiel dat voor de bekostiging van de zorg wordt gebruikt<sup>162</sup>) én;
- iemand met een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 4LVG, 5LVG, 1SGLVG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud, 5ZGvis, 4GGZW, 5GGZW, 6GGZB of 7GGZB.

Daarnaast kan er sprake zijn van:

- een zorgbehoefte die ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, chronisch non invasieve beademing, klinisch intensieve behandeling, niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie, CVA, Huntington, observatie óf;
- iemand die jonger is dan 23 jaar en in een instelling verblijft;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG of GGZ en zwaar complexe somatische problematiek.

## Uitgangspunten Meezorg

- Meezorg is bedoeld als tijdelijke financieringsregeling<sup>163</sup> die moet leiden tot verbetering en behoud van kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan voor deze groep cliënten. Dit kan bijvoorbeeld zichtbaar worden door afbouw van MIC-meldingen<sup>164</sup>, afbouw van medicatie, minder vrijheidsbeperking en hogere cliënttevredenheid;
- Zorgaanbieders en zorgkantoren geven op basis van geïnformeerd vertrouwen uitvoering aan de regeling Meezorg. Zorgkantoren gaan er vanuit dat de aanvragen een juiste afspiegeling zijn van de situatie. Betrokken partijen zoeken samen naar passende en doelmatige oplossingen;
- Het CCE heeft daarin een inhoudelijke rol bij cliënten met gedragsproblematiek. Deze rol wordt ingevuld via ontwikkeltrajecten die het CCE samen met de zorgaanbieder en de cliënt(vertegenwoordiger) afspreekt. Belangrijkste doel daarbij is inzicht en verbeteracties voor de kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan voor de cliënt;
- Uitgangspunt is dat het CCE minimaal een keer per 3 jaar alle cliënten met individuele Meezorg of Groepsmeezorg bezoekt. (Dat geldt ook voor situaties waar de Meezorg korter dan 3 jaar is toegekend en is verlengd.) De verantwoordelijkheid voor het plannen van deze ontwikkeltrajecten ligt bij de zorgaanbieder;
- Rondom een cliënt wordt via een vaste cyclus van overleg een kwaliteitsslag gemaakt bij de uitvoering van de regeling Meezorg. De partijen<sup>165</sup> die bij het overleg betrokken zijn bestaan uit de cliënt(vertegenwoordiger), de zorgaanbieder, het CCE en het zorgkantoor. Per overleg kan bekeken worden welke partijen worden betrokken. Dit is afhankelijk van de context. Daarnaast kan de expertise van een andere zorgaanbieder worden ingeroepen en kan deze meekijken.

<sup>162</sup> Dit geldt ook voor iemand die op 31 december 2014 een AWBZ-indicatie had en aan dezelfde voorwaarden voldoet.

<sup>163</sup> Meezorg kan structureel worden ingezet bij een langdurig intensieve zorgbehoefte, maar zal altijd periodiek worden herijkt omdat de context of cliëntsituatie kan veranderen.

<sup>164</sup> MIC-melding: deze Meldingen Incidenten Cliënten worden ook gebruikt om kwaliteit van zorg te verbeteren.

<sup>165</sup> De 4 betrokken partijen worden ook wel de vierhoek genoemd.

Bij Meezorg:

- Wordt niet alleen naar de individuele cliënt gekeken maar ook naar zijn context. Met context wordt de gehele situatie rondom een cliënt bedoeld. Bijvoorbeeld situering van de woning, met wie en met hoeveel mensen woont een cliënt samen, welke vorm van dagbesteding heeft de cliënt en wat is de expertise van begeleiders;
- Is het mogelijk om indirecte kosten mee te nemen die noodzakelijk zijn door de extreme zorgwaarde van een cliënt. Het gaat hier om niet-direct cliëntgebonden kosten. Dat kan zowel voor individuele Meezorg als voor Groepsmeezorg;
- Wordt een beschikking Meezorg afgegeven voor een cliënt. In een positieve beschikking staat geen informatie over de uren voor zorg of het beschikbare budget<sup>166</sup>;
- Houden zorgaanbieders uit de V&V en GGZ er rekening mee dat per cliënt maximaal 40 uur per week extra (directe) zorg kan worden aangevraagd, bovenop het gemiddelde aantal uren uit het zorgprofiel. Deze grens geldt niet voor de GZ;
- Houden zorgaanbieders uit de GZ rekening met een korting van 10% op het doorgerekende budget voor de directe zorgkosten voor een cliënt. Dit budget wordt berekend over het volledige zorgvolume waar het zorgkantoor akkoord op heeft gegeven;
- Geldt voor de declaratie en betaling een dag prestatie.

### Voorwaarden aanvraag (Groeps)Meezorg

- Een zorgaanbieder kan Meezorg alleen aanvragen als de basiszorg op orde is. Daarmee wordt bedoeld dat de zorgaanbieder de zorg kan leveren zoals die beschreven is voor de zorgprofielen waarvoor hij gecontracteerd is (en die aan hem worden toegewezen);
- Daarnaast ligt in de aanvraag voor Meezorg de focus op het verbeteren van kwaliteit van leven en het welbevinden van een cliënt;
- En is er aandacht voor het verbeteren van de context voor een cliënt of groep cliënten. Een zorgaanbieder kijkt breder en niet alleen naar een individuele cliënt. Dat kan bijvoorbeeld door gerichte deskundigheidsbevordering van het personeel, het vergroten van de veiligheid voor het personeel of aandacht voor de woonomgeving van een cliënt(en);
- Het aangevraagde budget wordt, met uitzondering van de indirecte kosten, ingezet voor directe zorg aan cliënten. De zorgaanbieder schat voor de aanvraag goed in of dat mogelijk is in relatie tot de problematiek en de arbeidsmarkt. Op verzoek van het zorgkantoor kan de zorgaanbieder achteraf aantonen dat er direct zorg is ingezet;
- Meerkosten voor personeel dat niet in loondienst is (PNIL) worden niet vanuit de Meezorg regeling vergoed.

#### 13.2.2 Processtappen Individuele Meezorgaanvraag zorgaanbieder

- Een individuele aanvraag voor Meezorg kan het hele jaar worden ingediend. Betaling is afhankelijk van het beschikbare budget<sup>167</sup> (contracteerruimte);

<sup>166</sup> Bij Groepsmeezorg worden de indirecte kosten verdeeld over de cliënten in deze groep. Als een cliënt uit de groep vertrekt worden de indirecte kosten herverdeeld over de andere cliënten. Om te voorkomen dat voor deze cliënten weer een nieuwe beschikking moet worden afgegeven, bevat een positieve beschikking geen uren of bedrag;

<sup>167</sup> Een aanvraag die na de herschikking van jaar t wordt ingediend (na 1 november jaar t), wordt alleen gehonoreerd als er nog voldoende budget over is. Dat is afhankelijk van de resultaten van de nacalculatie over jaar t.

- Alleen de zorgaanbieder waar een cliënt verblijft of die het VPT levert, kan Meezorg aanvragen. Dat gebeurt bij het zorgkantoor dat een contract heeft afgesloten met de organisatie waar deze zorgaanbieder bij hoort;
- Een Meezorg aanvraag wordt pas ingediend als deze vóóraf is besproken met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en/of zijn zaakwaarnemer. Naast deze eis geldt dat de uitkomsten van dit overleg expliciet worden vastgelegd in het (digitale) zorgplan van de cliënt. In dit zorgplan staat dan beschreven welke aanvullende zorg wordt aangevraagd voor de cliënt via Meezorg;
- Treedt een zorgaanbieder op als zaakwaarnemer (eerste aanspreekpunt) op voor de cliënt in de procedure Meezorg? Regel dit als zorgaanbieder dan vooraf goed met de cliënt of zijn vertegenwoordiger en leg dit vast in het (digitale) zorgplan. Dit voorkomt bij eventuele gerechtelijke procedures onduidelijkheden;
- De ingangsdatum van een beschikking kan niet voor de datum liggen dat de volledige aanvraag bij het zorgkantoor is ingediend. Start de Meezorg later dan de aanvraagdatum, dan wordt de ingangsdatum hierop aangepast. Een aanvraag met startdatum in het verleden is niet mogelijk;
- Voor een Meezorgaanvraag gebruikt de zorgaanbieder altijd het actuele Meezorg sjabloon. Dit sjabloon wordt gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren. Net zoals het document voor de inhoudelijke onderbouwing van de aanvraag;
- Uit het ingevulde sjabloon blijkt automatisch of een cliënt in aanmerking komt voor Meezorg. Het sjabloon is verder een hulpmiddel bij het vaststellen van de maximale inzet van meezorg en bij het bepalen van het budget dat nodig is;
- Is er aanvullende informatie gewenst? Dan kan het zorgkantoor vragen om extra informatie of vragen om een locatiebezoek (bijvoorbeeld bij een hoge Meezorgaanvraag);
- Is bij de Meezorgaanvraag sprake van een 1:1 of 2:1 begeleiding? Dan wordt dit altijd onderbouwd aangevraagd. In de onderbouwing wordt toegelicht waarom deze begeleiding nodig is, wat deze begeleiding oplevert, welke interventies gedaan zijn/worden om deze inzet te voorkomen en hoe deze inzet wordt afgebouwd (visie en/of plan voor afbouw);
- Nadat alle informatie in het Meezorg sjabloon is ingevuld, wordt de aanvraag met een getekend voorblad naar het zorgkantoor gestuurd via het Notitieverkeer. Bij een onvolledige aanvraag stuurt het zorgkantoor die terug met het verzoek om aanvullende informatie. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van de beschikking;
- Het zorgkantoor koppelt besluitvorming over een aanvraag ook via het Notitieverkeer<sup>168</sup> terug aan de zorgaanbieder;
- De zorgaanbieder legt na ontvangst de beschikking vast in het persoonlijke zorgplan<sup>169</sup> van een cliënt. En zorgt dat deze altijd inzichtelijk is voor de cliënt en het zorgkantoor (bij materiële controles). Verder informeert de zorgaanbieder de cliënt over de inhoud van de beschikking. Dat geldt ook voor de verdeling van de directe en indirecte kosten. Deze zijn voor de cliënt altijd zichtbaar in zijn persoonlijke zorgplan;
- De zorgaanbieder declareert de NZa-prestatie Meezorg voor de cliënt<sup>170</sup> tijdig en juist bij het zorgkantoor (binnen de duur van de beschikking);

<sup>168</sup> Of via een andere beveiligde manier van informatie-uitwisseling als de zorgaanbieder hiermee akkoord is.

<sup>169</sup> In bijlage A staat meer informatie over het (digitale) zorgplan uitgeschreven, zie ook hoofdstuk 3 en 4.

<sup>170</sup> Volg bij afwezigheidsdagen ook de daarvoor geldende NZa beleidsregel.

- De zorgaanbieder regelt dat (bij een evaluatie of materiële controle) altijd verantwoord kan worden op welke wijze de extra financiële middelen zijn ingezet voor een individuele cliënt;
- Is verlenging van de Meezorg noodzakelijk (her-aanvraag)? Dan vraagt de zorgaanbieder deze altijd minimaal 12 weken voor het verlopen van de beschikking aan bij het zorgkantoor. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Een aanvraag die te laat is ingediend kan gevolgen hebben voor de continuïteit en financiering van de Meezorg;
- Bij een aanvraag voor verlenging van de Meezorg onderbouwt een zorgaanbieder altijd hoe zijn Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA-cyclus) wordt uitgevoerd. Daarnaast levert hij een gedegen schriftelijke evaluatie aan van de toegekende Meezorg.

### **Processtappen beoordeling Meezorg zorgkantoor**

- Het zorgkantoor neemt een aanvraag alleen in behandeling als deze compleet is ingediend via een volledig ingevuld Meezorg aanvraag sjabloon;
- Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag binnen 6 weken. Dit wordt berekend vanaf de ontvangstdatum van een volledig ingediende aanvraag. Kan het zorgkantoor de beoordeling niet binnen 6 weken afronden, dan stelt het zorgkantoor de aanvrager hiervan op de hoogte. Het zorgkantoor moet dan ook aangeven wanneer een besluit volgt. Dit moet binnen een redelijke termijn zijn (zie artikel 4:14, derde lid, Awb);
- Het zorgkantoor kan het CCE vragen om mee te denken over een situatie. In deze situaties neemt het zorgkantoor binnen 12 weken een besluit op de aanvraag (streeftermijn is 10 weken);
- Het zorgkantoor legt het besluit vast in een beschikking en stuurt deze naar de aanvragende zorgaanbieder. In de beschikking staat alleen of de aanvraag akkoord is. Er staat geen informatie in over de hoogte van het toegekende Meezorg budget;
- De aanbieder ontvangt het goedgekeurde sjabloon retour. Hier staat ook het toegekende budget in;
- Bij een negatieve beschikking geeft het zorgkantoor een inhoudelijke en juridische onderbouwing. Dat kan bijvoorbeeld omdat in de aanvraag onvoldoende is aangetoond dat de zorgvraag, de reguliere zorg overstijgt of omdat de basiszorg niet op orde is;
- Het zorgkantoor legt in de beschikking op cliëntniveau vast voor welke periode deze wordt afgegeven. Gangbaar is een termijn van 1 tot 2 jaar met een maximale looptijd van 3 jaar. Tenzij er redenen zijn om hiervan af te wijken.

### **13.2.3 Processtappen Groepsmeezorgaanvraag zorgaanbieder**

Een aanvraag voor Groepsmeezorg kan worden ingediend als:

- minimaal 3 cliënten van één groep en/of op één (intramurale) locatie in aanmerking komen voor Meezorg én;
- er sprake is van één vast team dat verantwoordelijk is voor de zorg. Het kan dus ook gaan om een groep van individueel wonende cliënten op een locatie die door één team worden begeleid. Bijvoorbeeld cliënten die individueel wonen in een geclusterde woonvorm en zorg in de vorm van een VPT krijgen;
- Groepsmeezorg een efficiëntere oplossing biedt (minder budget nodig) dan meerdere individuele aanvragen binnen de groep;

- het om een homogene groep gaat waarbij de begeleidingsbehoefte van cliënten sterk overeenkomt en er vanuit de indirecte kosten instrumenten/interventies kunnen worden ingezet die de context verstevigen en het team gemotiveerd houden. Denk hierbij aan deskundigheidsbevordering voor hele specifieke doelgroepen, coaching op hoe om te gaan met extreme agressie, extra intervisie voor medewerkers die te maken hebben met (zeer) complex gedrag of kosten voor inventaris en kleine verbouwingen;
- Een aanvraag voor Groepsmeezorg<sup>171</sup> wordt in principe één keer per jaar ingediend (de Groepsmeezorg die voor jaar t wordt afgesproken gaat in op 1 januari van dat jaar).

#### Contra-indicaties voor Groepsmeezorg

- Palliatief terminale zorg;
- Groepen waarin sprake is van een bovengemiddelde hoeveelheid wijzigingen in de samenstelling van de groep (in de ouderenzorg is de doorstroom bijvoorbeeld veel hoger). Voor cliënten uit deze groepen wordt een individuele aanvraag ingediend;
- PGB gefinancierde locaties.

#### Wanneer kunnen (indirecte) kosten bij Groepsmeezorg worden aangevraagd?

- Voorwaarde voor een aanvraag van indirecte kosten is dat deze altijd in relatie staan met de extreme zorgwaarde van een cliënt of groep cliënten;
- Het budget moet daarvoor doelgericht worden ingezet en het gaat in deze situaties in het algemeen om incidentele kosten;
- Verder mag een aanvraag voor deskundigheidsbevordering niet gaan over reguliere deskundigheidsbevordering of over een gangbare methodiek;
- En is er ook bij een aanvraag voor deze kosten een duidelijke relatie met de extreme zorgvraag;
- Let op: uitgangspunt bij het optellen van 'individuele sjablonen' voor cliënten in de groep is dat de zorgaanbieder niet alleen kijkt naar wat de individuele cliënt nodig heeft, maar ook naar wat de groep nodig heeft. Het zorgkantoor verwacht daarbij een efficiënte inzet van middelen. Daardoor kan het benodigde bedrag per individuele cliënt dus lager uitvallen en kan efficiënt aan de context gewerkt worden;
- Het totaalbedrag wordt daarna gedeeld door het aantal cliënten. De uitkomst hiervan is het bedrag dat per cliënt wordt gedeclareerd voor Meezorg. Dat is voor iedere cliënt uit de groep dus een gelijk bedrag;
- Wanneer bij een cliënt de zorgvraag en zorgkosten sterk afwijken van de rest van de groep, dan kan hiervoor individuele Meezorg worden aangevraagd. Dit kan naast de Groepsmeezorg voor de andere cliënten in de groep.

#### 13.2.3.1 Wat zijn de processtappen als de samenstelling van een groep wijzigt?

Mogelijke wijzigingen zijn dat:

- er een nieuwe cliënt bij de groep komt (uitbreiding) waarbij ook sprake is van extreme zorgwaarde. Voor deze cliëntsituatie:

<sup>171</sup> Als in een lopend jaar door capaciteitsuitbreiding substantiële groei van Groepsmeezorg ontstaat, kan in overleg met het zorgkantoor de jaarlijkse afspraak voor Groepsmeezorg worden bijgesteld.

- dient de zorgaanbieder in het lopende jaar altijd een individuele aanvraag voor Meezorg in<sup>172</sup>. Het zorgkantoor geeft voor deze cliënt een individuele beschikking af. Bij de eerstvolgende evaluatie (Meezorgdialoog) wordt de cliënt meegenomen in de Groepsmeezorg als dit dan nog een passende oplossing is.
- een cliënt met Meezorg verhuist naar een andere groep of locatie. In deze situatie:
  - neemt de cliënt zijn directe Meezorg budget mee naar de andere groep of locatie;
  - wordt de vrijgevallen plaats in de Meezorg groep in de loop van jaar t niet opgevuld met een nieuwe Groepsmeezorg cliënt<sup>173</sup>. Op de vrijgevallen plaats kan wel weer een cliënt worden geplaatst die Meezorg nodig heeft. Deze Meezorg wordt dan aangevraagd via een individuele aanvraag. (In het jaar t+1 kan de cliënt dan eventueel ingevoegd worden in de Groepsmeezorg);
  - vervalt voor de bestaande groep niet alleen het directe Meezorgbudget van de vertrekkende cliënt. Het deel van de indirecte kosten dat was inbegrepen in het dagtarief voor deze cliënt vervalt ook. De zorgaanbieder kan voor deze cliënt namelijk geen declaraties meer indienen;
  - blijven de totale indirecte kosten voor de bestaande groep wel gelijk. Doordat de individuele budgetten en beschikkingen<sup>174</sup> van de overblijvende cliënten in de groep door dit vertrek niet wijzigen, kan er een tekort op de indirecte kosten ontstaan. De zorgaanbieder houdt daarom de wijzigingen in de groepssamenstelling bij en bespreekt dit eventueel met het zorgkantoor.

### 13.3 Meezorgplan

Vraagt een aanbieder Meezorg aan voor meerdere individuele cliënten of groepen? Dan levert deze aanbieder in een aantal situaties bij het zorgkantoor ook een Meezorgplan aan.

Wanneer levert een zorgaanbieder een Meezorgplan aan?

- wordt er al Meezorg geleverd? Dan wordt een Meezorgplan aangeleverd als er:
  - 10 of meer individuele cliënten Meezorg nodig hebben en/of
  - een of meerdere nieuwe Groepsmeezorg worden opgestart.
- wordt er nog geen Meezorg geleverd? Dan wordt een Meezorgplan aangeleverd als er:
  - een nieuwe individuele cliënt een beroep doet op Meezorg en/of
  - een nieuwe Groepsmeezorg wordt opgestart.

#### Doel Meezorgplan

Het Meezorgplan is een handvat voor gesprekken (Meezorgdialoog) over verbetering van kwaliteit van leven voor deze specifieke groep cliënten. De zorgaanbieder vult hiervoor het Format Meezorgplan in. Het Meezorgplan heeft betrekking op de totale populatie Meezorg cliënten van een zorgaanbieder.

<sup>172</sup> Een nieuwe cliënt kan niet zonder meer instromen in een bestaande groep, tenzij dit vooraf met het zorgkantoor is afgestemd en daarvoor toestemming is.

<sup>173</sup> Dit voorkomt dat het budget opnieuw moet worden berekend en iedere client uit de groep een nieuwe beschikking moet krijgen.

<sup>174</sup> Dit is ook een van de redenen dat er geen bedrag meer in de beschikking voor een individuele cliënt staat. Voorkomt onnodig aanpassen van beschikkingen.

In het Meerzorgplan<sup>175</sup> staat beschreven:

- Wat de visie van de zorgaanbieder is op Meerzorg en de relatie met de context;
- Wat de totale populatie van cliënten met Meerzorg is;
- Hoeveel cliënten van deze populatie bestaande cliënten zijn met Meerzorg? Hoeveel zijn her-aanvragen;
- Hoeveel cliënten nieuw zijn (individuele aanvraag of aanvraag voor Groepsmeerzorg);
- Voor welke zorgprofielen Meerzorg wordt aangevraagd (aantallen per zorgprofiel);
- Wat het gemiddelde budget is dat wordt aangevraagd voor Meerzorg;
- Welke trends de zorgaanbieder ziet in de Meerzorg aanvragen;
- Wat de redenen zijn voor het opnieuw aanvragen van Meerzorg voor een cliënt(en). Of er een toename of afname te zien is van cliënten waarvoor een verlenging wordt aangevraagd en/of wat de ontwikkeling daarbij is in de hoogte van het budget;
- Of er samenhang is met de beschikbaarheid van geschikt personeel voor deze doelgroep. En zo ja welke inspanningen de zorgaanbieder daarvoor heeft gedaan of daarvoor gaat doen;
- Wat de zorgaanbieder eraan doet om het verzuim van medewerkers te voorkomen;
- Hoe de aansturing eruit ziet van het team;
- Welke extra deskundigheid ingezet is of ingezet wordt voor deze doelgroep. Of daarvoor andere zorgaanbieders worden ingeschakeld en zo ja waarom;
- Met welke methodieken er gewerkt is en welke scholingen er plaatsvinden of nog gaan plaatsvinden;
- Bij welke cliënten er afgelopen jaar sprake was van een Meerzorgontwikkeltraject;
- Wat de individuele opbrengst dan wel groepsopbrengst van dit traject was;
- Voor welke cliënten het komend jaar is voorzien in een Meerzorgontwikkeltraject. En waarom juist deze cliënten;
- Voor welke cliënten de afgelopen jaren niet is voorzien in een Meerzorgontwikkeltraject en hoe de planning er voor deze cliënten uit ziet;
- Wat de doelen en/of voorgenomen thema's zijn voor komend jaar;
- Wat het plan is voor het komend jaar. Zijn er bijvoorbeeld nieuwe aanvragen (Groeps)Meerzorg te verwachten?;
- Op welke wijze de zorgaanbieder de opgedane expertise in de diverse groepen verbreedt. En hoe er intern geleerd wordt van Meerzorgtrajecten op andere plaatsen (bij andere zorgaanbieders) en hoe de eigen opgedane expertise daarbij gedeeld wordt.

---

<sup>175</sup> Zorgkantoren publiceren een format voor invullen van het meerzorgplan op de website.

## Meerzorgplan en Meerzorgdialoog

Een Meerzorgdialoog vindt plaats tussen het zorgkantoor<sup>176</sup>, de zorgaanbieder die Meerzorg levert en het CCE. Een Meerzorgdialoog (evaluatie) vindt 1x per jaar plaats. Handvat voor het gesprek is het vooraf ingediende Meerzorgplan. Het zorgkantoor neemt daarbij het initiatief voor de Meerzorgdialoog<sup>177</sup>. De Meerzorgdialoog is onderdeel van de PDCA-cyclus rondom Meerzorg.

## Doel Meerzorgdialoog

Het doel van de Meerzorgdialoog is dat er jaarlijks wordt stil gestaan bij de ontwikkeling van Meerzorg voor individuele cliënten en voor groepen (de zorgaanbieder legt daarover verantwoording af). In het gesprek wordt vastgesteld aan welke doelen gewerkt wordt/is in jaar t, wat er bereikt is, wat de cliënten daarvan gemerkt hebben, wat er niet bereikt is, waarom niet én wat er nodig is voor verdere verbetering van de kwaliteit van (Groeps)Meerzorg. Dit ook in relatie tot inzet van de extra middelen. De inhoud van de dialoog is daarbij afhankelijk van de ervaring van een zorgaanbieder met Meerzorg. Het zorgkantoor kan beslissen om de evaluatie schriftelijk uit te voeren. Het zorgkantoor kan ook beslissen om een extra Meerzorgdialoog te starten op basis van eigen bevindingen.

In de Meerzorgdialoog worden verder afspraken gemaakt over:

- het aantal cliënten en het beschikbare totaalbudget. Dit wordt vertaald naar een budget per cliënt (optelsom van directe en indirecte kosten). Op basis van de evaluatie over de gehele populatie kan het budget voor komend jaar worden bijgesteld. Het zorgkantoor bepaalt uiteindelijk altijd de looptijd en het budget;
- de termijn waarvoor de indirecte kosten (uit het totaalbudget) wordt afgesproken;
- het aantal nieuw op te nemen cliënten in het lopende jaar (prognose), met een doorkijk naar jaar t+1. Ofwel via Groepsmeerzorg als daarvoor nog ruimte is ofwel via een individuele aanvraag;
- inzet van het CCE bij ontwikkeltrajecten. Voor welke groepen, individuele cliënten en op welke thema's is dit nodig, als je kijkt naar kwaliteitsverbetering in samenhang met Meerzorg;
- een eventuele hernieuwde meting (na de nulmeting bij aanvang).

## 13.4 Het Ontwikkeltraject

Voor iedere cliënt met Meerzorg geldt dat er minimaal 1x per 3 jaar betrokkenheid van het CCE is in de vorm van een ontwikkeltraject. Een ontwikkeltraject bestaat uit 2 aparte bijeenkomsten en vindt bij voorkeur binnen een kalenderjaar plaats.

De zorgaanbieder neemt daarin het initiatief en bewaakt dat deze bijeenkomsten plaatsvinden. Voor de gesprekken worden de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger, het CCE en eventueel het zorgkantoor uitgenodigd. Een van de partijen kan daarbij (een) andere zorgaanbieder(s) vragen om deel te nemen aan een ontwikkeltraject.

<sup>176</sup> Heeft een zorgaanbieder met meerdere zorgkantoren te maken? Dan wordt voor de werkwijze aansluiting gezocht bij de procesafspraken rondom de kwaliteitsrapporten.

<sup>177</sup> Als het om een beperkt aantal cliënten gaat voor een zorgaanbieder of om een beperkt budget, kan het zorgkantoor er voor kiezen het meerzorgplan schriftelijk te beoordelen en af te handelen.



### **Doel ontwikkeltraject**

In het ontwikkeltraject worden inhoudelijke thema's rondom de client en zijn context besproken. Dat gebeurt op basis van de huidige stand van zaken. Er wordt bepaald voor welke knelpunten in de zorg actie uitgezet moet worden. Alle betrokkenen krijgen zo zicht op de gewenste verbetering in kwaliteit van leven en de context van de cliënt(en). Daarnaast worden ook concreet afspraken gemaakt over hoe de aanbieder hieraan gaat werken en wanneer de voortgang geëvalueerd wordt.

### **Kosten ontwikkeltraject**

Het standaard advies van het CCE is vervangen door het ontwikkeltraject. De kosten voor een ontwikkeltraject worden betaald door de aanbieder. De actuele kosten voor een ontwikkeltraject zijn terug te vinden op de website van het CCE.

## **13.5 Individuele aanvraag preventieve Meerzorg (intramuraal of VPT)**

Wat is een individuele aanvraag voor preventieve Meerzorg?

Inzet van preventieve Meerzorg is bedoeld om in individuele cliëntsituaties (verdere) terugval van functioneren te voorkomen of te beperken. Dat kan via snelle onderbouwde inzet van expertise en/of uitbreiding van de zorg voor een tijdelijke periode van 3-6 maanden. Met flexibele inzet van deze preventieve, extra zorg kan langdurige inzet van Meerzorg worden voorkomen.

Voorwaarden voor inzet van preventieve Meerzorg

- er ligt een concreet uitvoeringsplan én;
- er wordt aangetoond dat de context in deze cliëntsituatie op orde is én;
- er is/wordt een collega zorgaanbieder of het CCE bij deze cliëntsituatie betrokken én;
- er is sprake van kennis- en handelingsbekwaamheid<sup>178</sup> van de interne betrokkenen.

## **13.6 Bezwaarprocedure**

- Het zorgkantoor voorziet het besluit (beschikking) van een datum van dagtekening;
- Vanaf dagtekening van de beschikking Meerzorg heeft de cliënt, of de zorgaanbieder namens de cliënt, 6 weken de tijd om bezwaar aan te tekenen tegen de beschikking;
- Het zorgkantoor heeft maximaal 21 weken voor het afhandelen van de bezwaarprocedure op voorwaarde dat het bezwaar voorzien is van een uitgebreide onderbouwing;
- Het zorgkantoor kan bij een zorginhoudelijk verschil van inzicht een externe deskundige inschakelen en om advies vragen, een ander zorgkantoor vragen om mee te kijken of eventueel sparren met het CCE;
- Het zorgkantoor hoort de cliënt of zorgaanbieder en maakt hiervan verslag. Het zorgkantoor hoeft de zorgaanbieder niet te horen in situaties zoals beschreven in de wetgeving (zie artikel 7.3 Awb);

---

<sup>178</sup> In de situatie van onmacht of verlegenheid is er geen sprake van inzet van preventieve meerzorg en moet eerst consultatie van een (externe) partij worden ingeschakeld.

- Kan het zorgkantoor niet (volledig) tegemoetkomen aan het bezwaar dan schrijft het zorgkantoor een concept Beslissing op bezwaar (BOB) en verzoekt het Zorginstituut om daarop een bezwaaradvies af te geven, binnen 10 weken na ontvangst van alle benodigde gegevens (zie artikel 10.3.1 van de Wlz). Alleen als het Zorginstituut om advies is gevraagd heeft het zorgkantoor een beslistermijn van 21 weken;
- Het Zorginstituut stuurt een afschrift van het bezwaaradvies naar de zorgaanbieder;
- Het zorgkantoor stuurt de BOB en bezwaaradvies naar de cliënt of zorgaanbieder;
- De zorgaanbieder informeert de cliënt over de genomen beslissing;
- Op de beslissing kan door de cliënt of zorgaanbieder beroep worden aangetekend bij de rechtbank (sector bestuur). Bij bezwaar op de uitspraak van de rechtbank kan de cliënt of zorgaanbieder nog in hoger beroep gaan. De Centrale Raad van beroep neemt daarop een beslissing.

### 13.7 Verhuizing

- Het zorgkantoor die een aanbieder heeft gecontracteerd voor het leveren van Meezorg, beoordeelt de (individuele) Meezorgaanvraag voor een cliënt die hij van deze zorgaanbieder ontvangt;
- Verhuist een cliënt later naar een andere zorgaanbieder, in een andere zorgkantorregio? Dan beoordeelt de nieuwe zorgaanbieder het (digitale) zorgplan dat hoort bij de Meezorg beschikking;
- Neemt deze zorgaanbieder het individuele (digitale) zorgplan integraal over (alleen de directe zorgkosten)? Dan blijft het besluit nog maximaal 1 jaar van kracht. Het nieuwe zorgkantoor stuurt dan een nieuwe beschikking naar de nieuwe zorgaanbieder voor de directe kosten voor de resterende periode;
- Alle betrokken partijen bevestigen dit op het 'verhuisformulier' uit het sjabloon Meezorg. In sommige gevallen kan het zorgkantoor vragen om een nieuw sjabloon Meezorg toe te voegen;
- Neemt de nieuwe zorgaanbieder het (digitale) zorgplan niet integraal over? Dan vervalt het besluit en dient deze aanbieder een nieuwe aanvraag Meezorg in bij zijn regionale zorgkantoor.