

# Voorschrift zorgtoewijzing 2020

**Addendum bij overeenkomst 2020  
Zorgkantoor – Zorgaanbieder Wlz**

Zorgverzekeraars Nederland | december 2019

2017

**Disclaimer**

*De documenten opgesteld door het zorgkantoor ten behoeve van de inkoop van langdurige zorg 2020 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	Doelstelling voorschrift	6
<b>2.</b>	<b>Inleiding proces zorgtoewijzing</b>	<b>8</b>
2.1	Inleiding	8
2.2	Zorgtoewijzingsproces	8
2.2.1	Algemene uitgangspunten voor Wlz-zorg	8
2.2.2	Van indicatie via zorgtoewijzing naar zorglevering	10
2.3	Regionaal zorgkantoor en ondersteuning cliënt	17
2.3.1	Onafhankelijke cliëntondersteuner	18
2.4	Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt	19
2.4.1	Processtappen zorgkantoor	20
2.4.2	Processtappen zorgaanbieder en zorgkantoor	21
2.5	Regionaal zorgkantoor en wachtlijstbeheer	23
2.5.1	Wet zorg en dwang en wachtlijstbeheer	23
2.5.2	Betekenis van de leveringsstatussen	26
2.5.3	Processtappen zorgkantoor	31
2.5.4	Processtappen zorgaanbieder	32
2.6	Regionaal zorgkantoor en eigen bijdrage	32
2.6.1	Processtappen zorgaanbieder	34
2.6.2	Processtappen zorgkantoor	34
<b>3.</b>	<b>Wlz-zorg bij thuis wonen</b>	<b>35</b>
3.1	Inleiding	35
3.2	Algemene uitgangspunten	36
3.2.1	Coördinator zorg thuis	37
3.2.2	Beschikking	40
3.3	Mogelijkheden voor zorg thuis	42
3.3.1	Volledig pakket thuis (VPT)	42
3.3.2	Modulair pakket thuis (MPT)	44
3.3.3	Zorgtoewijzingsproces VPT en MPT	44
3.3.4	VPT of MPT in combinatie met behandeling	62
3.3.5	VPT of MPT in combinatie met Persoonsgebonden budget (PGB)	68
3.3.6	MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis (EKT)	71
3.3.7	Wat als er meer budget nodig is dan de toeslag EKT (inclusief behandeling)?	73
3.3.8	VPT, MPT of PGB in combinatie met logeren	88
3.3.9	VPT, MPT of PGB in combinatie met onderwijs	90

3.4	Overzicht gebruik rekenmodule en formulier verantwoorde zorg thuis	91
<b>4.</b>	<b>Wlz-zorg bij verblijf in een instelling</b>	<b>93</b>
4.1	Inleiding	93
4.2	Algemene uitgangspunten	94
4.2.1	Zorgprofiel SGLVG of LVG	96
4.2.2	Dossierhouder	97
4.3	Vormen van verblijfszorg	99
4.3.1	Deeltijdverblijf	99
4.3.2	Verblijf in een instelling	108
4.3.2	Crisisopname in een instelling	126
4.3.3	Verblijf in een instelling, met de toeslag meerzorg	127
4.3.4	Verblijf in een instelling in combinatie met zorg thuis	128
4.3.5	Behandeling naast opname zonder behandeling	129
4.3.6	Partneropname	130
4.3.7	Tijdelijk verblijf in een andere instelling en administratieve zorgtoewijzing	130
4.4	Palliatief Terminale Zorg	132
<b>5.</b>	<b>Zorgweigering en zorgbeëindiging</b>	<b>134</b>
5.1	Inleiding	134
5.2	Zorgweigering door zorgaanbieder	134
5.3	Zorgbeëindiging door zorgaanbieder	135
<b>6.</b>	<b>Bijlage A: Begrippenlijst</b>	<b>137</b>
<b>7.</b>	<b>Bijlage B: Belangrijke informatie en websites</b>	<b>150</b>
<b>8.</b>	<b>Bijlage C: Leveringsstatus</b>	<b>151</b>
<b>9.</b>	<b>Bijlage D: Vertaaltabel</b>	<b>155</b>
<b>10.</b>	<b>Bijlage E: Overgangsrecht laag zorgprofiel</b>	<b>157</b>
<b>11.</b>	<b>Bijlage F: Gebruikelijke zorg</b>	<b>158</b>
<b>12.</b>	<b>Bijlage G: Deeltijdverblijf en hulpmiddelen/ vervoer</b>	<b>161</b>
<b>13.</b>	<b>Bijlage H: Regeling crisisopname</b>	<b>165</b>
13.1	Algemene uitgangspunten	165
13.2	Processchema crisisopname VV en GZ	166
13.3	Processtappen crisissituatie VV	167
13.4	Processtappen crisissituatie GZ	173

<b>14.</b>	<b>Bijlage I: Regeling Meerzorg intramuraal en geclusterd VPT</b>	<b>179</b>
14.1	Beleidsegel Meerzorg Wlz	179
14.2	Individuele aanvraag of groepsmeerzorgaanvraag	179
14.3	Individuele aanvraag preventieve meerzorg (intramuraal of VPT)	188
14.4	Bezwaarprocedure	189
14.5	Verhuizing	189

# 1. Voorwoord

Voor u ligt het Voorschrift zorgtoewijzing 2020. Hierna voorschrift genoemd. De ingangsdatum van dit voorschrift is 1 januari 2020. Het voorschrift maakt onderdeel uit van de Wlz-overeenkomst 2020 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) en voor cliënten met een indicatiebesluit voor de actuele subsidieregeling Extramurale behandeling<sup>1</sup>.

Belangrijkste wijzigingen in het voorschrift:

- logische opbouw voor aanvraag (extra) toeslagen bij zorg thuis;
- nieuwe leveringsvorm deeltijdverblijf met bijbehorende rekenmethodiek<sup>2</sup>;
- beëindiging overgangsregeling Wlz-indiceerbaren;
- aangescherpt zorgtoewijzingsproces voor zorgprofielen (SG)LVG;
- mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen bij verblijfszorg;
- afschaffing verklaring laatste levensfase cliënt;
- invoering Wet zorg en dwang;
- invoering verhuisbericht;
- overheveling van behandeling door een SO- of AVG-arts<sup>3</sup> uit de subsidieregeling Extramurale behandeling naar de Zorgverzekeringswet.

In 2019 is de voorbereiding gestart voor instroom van een nieuwe groep GGZ-clieñten in de Wlz. De uitwerking valt buiten dit voorschrift omdat invoering effectief plaatsvindt op 1 januari 2021. Over dit traject wordt u apart geïnformeerd.

## 1.1 Doelstelling voorschrift

### Voor wie is het voorschrift bedoeld?

Het voorschrift is bedoeld voor medewerkers bij zorgaanbieders, onafhankelijke cliënt-ondersteuners 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). Hebt u te maken met cliënten die (deels) Wlz-zorg inkopen via een persoonsgebonden budget (PGB)? Dan

<sup>1</sup> Het voorschrift is niet van toepassing voor de subsidieregeling ADL omdat die volledig wordt uitgevoerd door het Zorginstituut. iWlz wordt alleen gebruikt om de indicatiebesluiten naar de zorgaanbieder te routeren.

<sup>2</sup> Deze nieuwe rekenmethodiek gaat in de toekomst ook voor logeren gelden. Invoering is uitgesteld omdat logeren mogelijk is via zorg in natura (ZIN) of via PGB. Het uitvoeringsproces PGB is nog niet voldoende uitgekristalliseerd.

<sup>3</sup> Specialist Ouderengeneeskunde (SO) en Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG).

vindt u hierover meer informatie op de websites van de Rijksoverheid, Per Saldo en de zorgkantoren.

### **Reikwijdte voorschrift**

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

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 vergelijkbaar 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).

### **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.

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<sup>4</sup> 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.

---

<sup>4</sup> Bijvoorbeeld via het landelijke Beleidskader contractering Wlz of Inkoopbeleid Wlz.

## 2. Inleiding proces zorgtoewijzing

### 2.1 Inleiding

In de Wlz staat de cliënt<sup>5</sup> centraal. Doel van de Wlz is tijdige en passende zorg te geven aan mensen met een Wlz-indicatie, waarbij rekening wordt gehouden met het individuele welzijn en het leven zoals mensen dat het liefst leiden. Denk daarbij aan zo lang mogelijk thuis wonen, deel uit maken van de samenleving, zorg op maat, zorg die past bij de persoonlijke identiteit van een cliënt, zorg die aansluit bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van een cliënt, keuzevrijheid, zelfregie en persoonsvolgende zorg.

Het lukt helaas niet altijd om Wlz-zorg direct én passend bij de wens (voorkeur) of zorgbehoefte van een cliënt te leveren. In het voorschrift beschrijven we de afspraken en procedures die dan van toepassing zijn. Daarin volgen we de processtappen 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<sup>6</sup>. Zo ja, dan krijgt iemand een indicatiebesluit voor het best passende zorgprofiel (zorgzwaartepakket) bij zijn zorgbehoefte;
- Iemand is dan blijvend aangewezen op 24 uur zorg per dag in de nabijheid<sup>7</sup> of er is permanent toezicht<sup>8</sup> nodig om ernstig nadeel voor iemand te voorkomen. In deze cliëntsituaties is herstel of verbetering veelal onmogelijk. Het CIZ houdt bij de beoordeling van de zorgbehoefte van een cliënt geen rekening met de mogelijkheden van aanwezige mantelzorg, de sociale omgeving van een cliënt of zijn deelname aan onderwijs;
- De Wlz gaat voor op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorg of begeleiding voor iemand die thuis woont en een CIZ-indicatie heeft valt onder de Wlz, als dit zo in de Wlz-aanspraken<sup>9</sup> is beschreven. In deze situaties mag bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, dagbesteding<sup>10</sup> of verpleging niet worden

<sup>5</sup> In het vervolg van dit document wordt onder cliënt ook verstaan zijn ouder(s), verzorger(s), mantelzorger(s), (wettelijk) vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp.

<sup>6</sup> De beleidsregels indicatiestelling Wlz zijn terug te vinden op de website van het CIZ.

<sup>7</sup> 24 uur zorg in nabijheid is van toepassing bij ernstig fysieke of zware regieproblemen waardoor voortdurend begeleiding of overname van (zelf)zorg of taken nodig is. Een cliënt moet dan 24 uur per dag zorg kunnen inroepen.

<sup>8</sup> Permanent toezicht (onafgebroken toezicht of actieve observatie gedurende het gehele etmaal): als er elk moment iets ernstig mis kan gaan en ernstige nadeel voor een cliënt moet worden voorkomen door tijdig ingrijpen (onveilige, gevaarlijke of (levens)bedreigende gezondheidssituaties of gedragsituaties).

<sup>9</sup> Beschrijving van de Wlz-aanspraken is terug te vinden op de website van het Zorginstituut.

<sup>10</sup> De formele Wlz-aanspraak voor dagbesteding of dagbehandeling is Begeleiding in groepsverband of Behandeling in groepsverband.



betaald vanuit de Wmo of Zvw<sup>11</sup> (wijkverpleging). Net zoals bijvoorbeeld medicijnkosten of mondzorg als iemand verblijfszorg met behandeling in een instelling krijgt;

- De zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt wordt voor een cliënt (coördinator zorg thuis of dossierhouder) bespreekt met de cliënt dat alle zorg die nodig is en onder de Wlz-zorg valt, ook betaald moet worden uit de Wlz. Er mag niet onterecht Wlz-zorg achter blijven in de Zvw of Wmo. Is dat wel het geval dan regelt deze zorgaanbieder zo nodig dat deze zorg vanuit het Wlz-domein wordt ingezet en betaald. Dit voorkomt onnodige financiële effecten bijvoorbeeld op gebied van eigen bijdrage voor de cliënt (naheffing/stapelfactuur) of het budget van de Wlz-zorgaanbieder). Het zorgkantoor informeert de cliënt hier ook over via de website en/of brochure<sup>12</sup> of in persoonlijk contact;
- Heeft iemand bijvoorbeeld wijkverpleging als hij een indicatie voor Wlz-zorg krijgt? Dan kan er tijd nodig zijn om de zorg in de Wlz te regelen. Voor deze 'regeltijd' is wettelijk niets geregeld. Daarom is door 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 die 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 deze zorgaanbieder(s) ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg of als onderaannemer kan of wil werken. De zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt houdt rekening met deze wens bij het organiseren van zijn Wlz-zorg (thuis);
- Wijzigt een zorgvraag structureel en past die niet meer bij/binnen het geïndiceerde zorgprofiel? Dan kan dat reden zijn om een nieuwe indicatie aan te vragen bij het CIZ. Als er nog een beter passend zorgprofiel mogelijk is dan gaat dit 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, doelmatige en verantwoorde inzet van Wlz-zorg

- Bij het samenstellen van een zorgarrangement wordt de wens van een cliënt zoveel mogelijk gevolgd (welke leveringsvorm, welke prestaties, welke hoeveelheid zorg per prestatie en welke zorgaanbieders). Maar zorg moet ook verantwoord, 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 thuis (tijdelijk) nodig is, bespreekt de zorgaanbieder en/of het zorgkantoor daarom de mogelijkheden van de cliënt zelf en de mogelijkheden voor gebruikelijke zorg bij personen die deel uitmaken van de leefeenheid (zie bijlage A en F). Ook wordt er gekeken naar mogelijkheden van mantelzorg (sociaal netwerk), informele zorg of inzet van algemeen gebruikelijke voorzieningen zoals bijvoorbeeld een maaltijddienst of boodschappendienst. Voor mantelzorg of informele zorg geldt geen verplichting;

---

<sup>11</sup> Vanaf 2018 wordt er door de zorgverzekeraars gecontroleerd op oneigenlijk gebruik van de Zvw (samenloop controle) als iemand beschikt over een indicatiebesluit voor Wlz-zorg. 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).

<sup>12</sup> Zorgkantoren sturen een cliënt een brief/informatiepakket als hij eerste keer indicatie voor Wlz krijgt.

- Het advies van zorgprofessionals die direct bij de zorg voor een cliënt zijn betrokken is van groot belang voor het zorgkantoor als het gaat om beoordeling van verantwoorde inzet van zorg. Een betrokken zorgprofessional heeft actuele kennis over de cliëntsituatie en vaak ook contact met de huisarts of behandeld 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;
- Voor een rechtmatige inzet van zorg is het indicatiebesluit leidend. De geleverde zorg sluit aan bij het geïndiceerde zorgprofiel of het toegewezen zorgprofiel als het geïndiceerde zorgprofiel voor de cliënt is omgezet naar een ander passend zorgprofiel (zie bijlage D);
- Voor het bepalen van 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 zorgkantoor toetst achteraf op rechtmatige inzet van zorg. Het is daarom belangrijk dat de zorgaanbieder het, met de cliënt, afgesproken zorgarrangement transparant en navolgbaar vastlegt in het (digitale) zorgplan;
- Zorgkantoren toetsen periodiek en achteraf op doelmatige<sup>13</sup> 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.

#### Samenstellen zorgarrangement

- Een zorgaanbieder kan alléén zorg leveren voor die prestaties waarvoor hij gecontracteerd is door het zorgkantoor. Heeft een cliënt voorkeur voor een zorgaanbieder, dan controleren zorgkantoren vooraf niet of deze voorkeuraanbieder de toegewezen zorg (zorgprofiel en leveringsvorm) kan leveren. De zorgaanbieder heeft zelf de verantwoordelijkheid om te bepalen of dat mag. Of om daarover te overleggen met het zorgkantoor: in een lopend jaar kan een zorgaanbieder nog afspraken maken met het zorgkantoor voor het leveren van nieuwe prestaties. Zet een zorgaanbieder zorg in die afwijkt van de gecontracteerde zorg (prestaties)? Dan ligt het financiële risico bij de zorgaanbieder;
- Kan of mag een zorgaanbieder een bepaald zorgprofiel niet leveren<sup>14</sup>? Dan bespreekt de zorgaanbieder met de cliënt de mogelijkheid voor inzet van een ander zorgprofiel<sup>15</sup> (bij verblijfszorg), een pakket voor zorg thuis óf de mogelijkheid om naar een zorgaanbieder te worden bemiddeld die 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<sup>16</sup>, die bij een cliënt met recht op Wlz-zorg zijn betrokken, wisselen onderling informatie uit over een cliënt. Dat gaat via elektronische berichten (iWlz-berichtenverkeer);

<sup>13</sup> Toets op doelmatige zorg inzet kan ook op niveau van de organisatie of tussen zorgorganisaties worden uitgevoerd.

<sup>14</sup> In de NZa beleidsregel Zorgzwaartepakketten (ZZP) verwijst een ZZP-prestatie naar een zorgprofiel.

<sup>15</sup> Zie bijlage D Vertaaltabel.

<sup>16</sup> Het CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders en het CAK.

- Geeft het CIZ een positief indicatiebesluit af, dan ontvangt de cliënt van deze beoordeling altijd een schriftelijk besluitbrief. Een cliënt kan zijn Wlz-recht verzilveren via een vorm voor zorg thuis, deeltijdverblijf of via verblijfszorg (dit noemen we in iWlz de leveringsvormen);
- Weet de cliënt bij de indicatiestelling al hoe (VoorkeurCliënt) hij zijn zorg wil krijgen en van welke zorgaanbieder? Dan vult het CIZ dit in het indicatiebesluit;
- Wil een cliënt zijn zorg volledig via PGB verzilveren dan loopt het proces voor toekennen van een persoonsgebonden budget verder buiten het iWlz berichtenverkeer om.



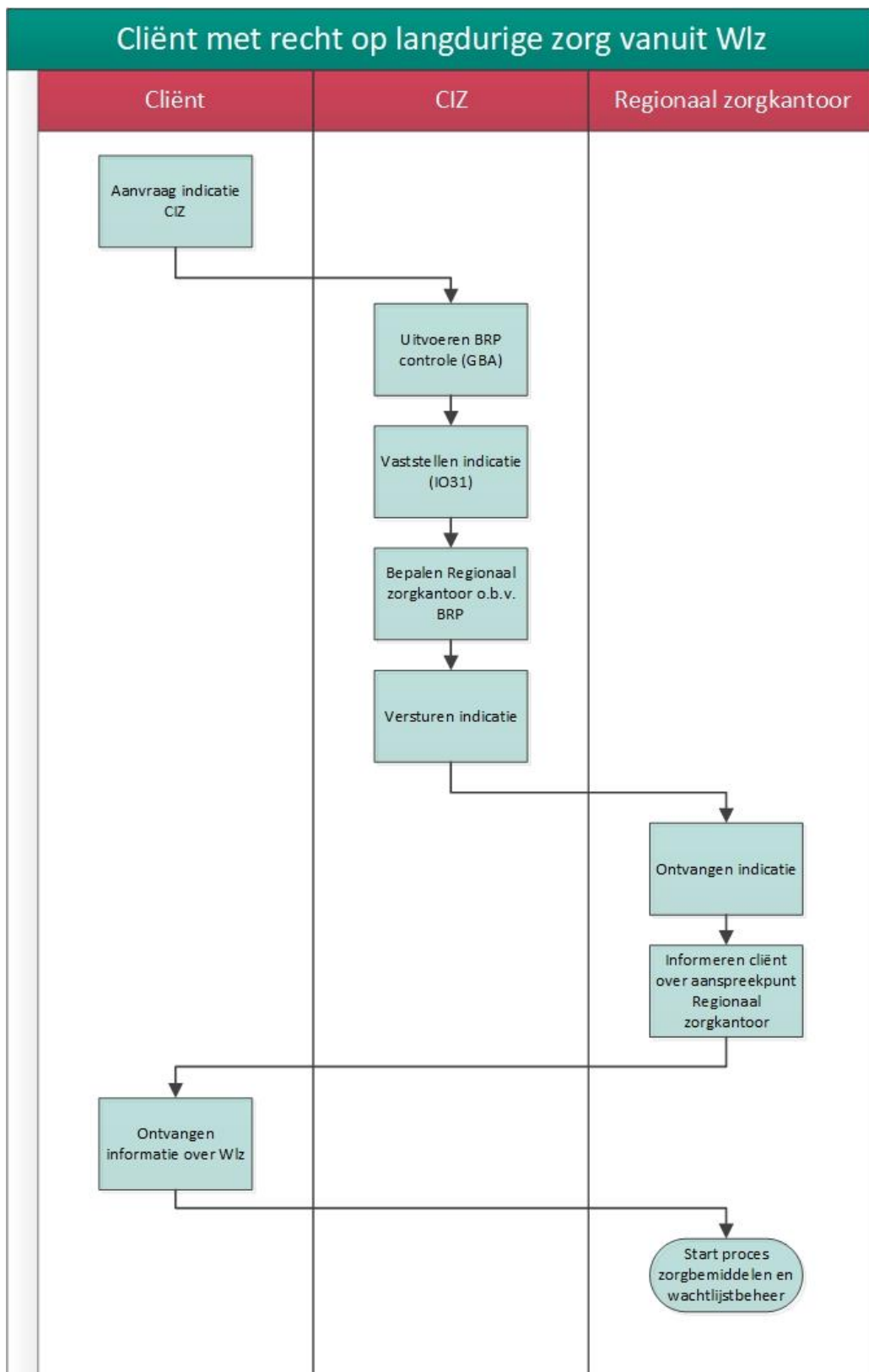
### Regionaal zorgkantoor en zorgtoewijzing

- Het CIZ stuurt het indicatiebesluitbericht (IO31) naar het regionale zorgkantoor<sup>17</sup>. Met een indicatiebesluitbericht start het zorgtoewijzingsproces voor een cliënt;
- Het regionale zorgkantoor wordt bepaald door het actuele woonadres van een cliënt bij de indicatiestelling. Het CIZ vraagt dit op via De Basisregistratie Personen (BRP<sup>18</sup>);
- Dit regionale zorgkantoor<sup>19</sup> is het aanspreekpunt voor een cliënt (en zijn zorgaanbieder) bij vragen over Wlz-zorg en voor het tijdig regelen van zijn Wlz-zorg. Ook als een cliënt zorg krijgt vanuit meerdere 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 2.3.

<sup>17</sup> Wijst het CIZ een eerste aanvraag van een cliënt voor Wlz-zorg af (negatief indicatiebesluit), dan ontvangt een zorgkantoren hierover geen informatie. De cliënt ontvangt hiervan altijd wel een besluitbrief.

<sup>18</sup> BRP was voorheen Gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens (GBA).

<sup>19</sup> Het regionale zorgkantoor noemen we daarom ook wel verantwoordelijk zorgkantoor.



Figuur 1

### **Voorkeuraanbieder en/of Voorkeurcliënt niet bekend**

- Is er geen voorkeuraanbieder bekend bij de indicatiestelling? Of weet de cliënt nog niet hoe precies hoe hij zijn zorg wil krijgen, bijvoorbeeld via verblijfszorg, MPT of PGB. Dan is het veld VoorkeurCliënt leeg of gevuld met Zorg thuis niet nader gespecificeerd. In deze situaties is het regionale zorgkantoor tijdelijk het eerste aanspreekpunt voor een cliënt en neemt contact op met de cliënt om hem te helpen bij het maken van zijn keuze. Dit gebeurt binnen 1 werkdag na ontvangst van het indicatiebesluitbericht (IO31). In dit gesprek wordt de zorgvraag van de cliënt besproken, welke zorg(aanbieder) het beste bij zijn wensen en zijn situatie past én in welke vorm hij zijn zorg kan/wil krijgen. Een cliënt kan er ook voor kiezen om dit samen met een onafhankelijke cliëntondersteuner uit te zoeken (zie hoofdstuk 5);
- Zolang niet duidelijk is van wie een cliënt zijn zorg wil ontvangen, kan een indicatie niet worden toegewezen aan een zorgaanbieder. Is een cliënt niet bereikbaar dan ontvangt hij hierover (schriftelijk) bericht van het verantwoordelijke zorgkantoor. Dit gebeurt binnen 3 werkdagen na ontvangst van het indicatiebesluitbericht. Daarin wordt de cliënt gevraagd contact op te nemen. Natuurlijk blijft het zorgkantoor de cliënt ook benaderen.

### **Voorkeuraanbieder en Voorkeurcliënt bekend**

Is in het indicatiebesluitbericht de voorkeuraanbieder gevuld en weten we ook hoe een cliënt zijn zorg wilt krijgen? Bijvoorbeeld via een combinatie van Modulair Pakket Thuis (MPT) en PGB.

Dan:

- krijgt deze aanbieder het geïndiceerde zorgprofiel toegewezen en wordt het eerste aanspreekpunt (dossierhouder of coördinator zorg thuis) voor de cliënt. Heeft een cliënt voorkeur voor leveringsvorm MPT (in combinatie met PGB)? Dan vult het zorgkantoor het veld coördinator zorg thuis in het zorgtoewijzingsbericht. Bij een voorkeur voor leveringsvorm VPT of Verblijf wordt de voorkeuraanbieder bij het veld dossierhouder gevuld<sup>20</sup>. Een cliënt kan later altijd een andere aanbieder als eerste aanspreekpunt kiezen. Omdat deze informatie gedeeld wordt via (i)Wlz berichtenverkeer is voor alle betrokken aanbieders en het zorgkantoor duidelijk wie het eerste aanspreekpunt is. De rol van coördinator zorg thuis of dossierhouder wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3 en 4);
- verstuurt het regionale zorgkantoor vervolgens direct (automatisch) een zorgtoewijzingsbericht naar deze zorgaanbieder<sup>21</sup>. Die kan dan zo snel mogelijk met de cliënt contact opnemen om samen te bepalen wat de best passende zorg is, of hij deze zorg doelmatig en verantwoord kan leveren en vanaf welk moment. Door direct een zorgtoewijzingsbericht te sturen wordt het inzetten van noodzakelijke zorg niet onnodig vertraagd. Bovendien is voor een cliënt een zorgaanbieder een direct, zichtbaar aanspreekpunt over zijn zorg;
- Naast het contact dat de coördinator zorg thuis of dossierhouder met de cliënt zoekt, kan het zorgkantoor ook met de cliënt bellen. In dit gesprek gaat het zorgkantoor na<sup>22</sup> of de

<sup>20</sup> Het CIZ kan nog geen deeltijdverblijf vullen in het veld VoorkeurCliënt, zie hoofdstuk 4.

<sup>21</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.

<sup>22</sup> Een zorgkantoor bepaalt zelf in welke cliëntsituaties er wordt getoetst. Bijvoorbeeld bij alle nieuwe cliënten in de Wlz of alleen bij bepaalde doel- of risicogroepen. Het kan ook afhankelijk zijn van het functioneren van een zorgaanbieder (wel/geen high trust zorgaanbieder).

cliënt goed geïnformeerd is over de mogelijkheden in de Wlz, of er nog vragen zijn of ondersteuning gewenst is bij het realiseren van zijn zorgvraag en of de cliënt tevreden is over zijn situatie. Het zorgkantoor registreert de uitkomst van dit gesprek in het cliëntdossier. Of;

- neemt het verantwoordelijke zorgkantoor eerst zelf contact op met de cliënt om na te gaan of de cliënt goed op de hoogte is van de keuzemogelijkheden voor Wlz-zorg. En of de ingevulde voorkeuren van de cliënt passen bij zijn zorgvraag en wensen. Zo nodig worden die aangepast voor het versturen van het zorgtoewijzingsbericht. Ook hier kan het zorgkantoor later toetsen of de cliënt tevreden is (over het contact) met zijn voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor registreert het resultaat van dit gesprek in het cliëntdossier;
- bespreekt de voorkeuraanbieder, na ontvangst van het zorgtoewijzingsbericht (AW33), samen met de cliënt hoe zijn zorgvraag ingevuld kan worden in een zorgarrangement. De zorgaanbieder doet dit binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing. Kan de voorkeuraanbieder geen passend (tijdelijk) zorgarrangement regelen? In overleg met de cliënt wordt de zorgtoewijzing dan binnen deze periode gemotiveerd teruggegeven<sup>23</sup> aan het zorgkantoor (zie hoofdstuk 5). Het regionale zorgkantoor kan contact opnemen met de aanbieder over zijn motivatie. Is deze motivatie akkoord dan neemt het zorgkantoor de zorgbemiddeling over en zoekt samen met de cliënt een andere zorgaanbieder. De cliënt kan hiervoor ook een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen;
- kan de cliënt er ook voor kiezen om samen met zijn voorkeuraanbieder een nieuwe zorgaanbieder te zoeken als het niet lukt om een passend zorgarrangement te regelen. Lukt dat, dan draagt deze zorgaanbieder de zorgtoewijzing via het iWlz-berichtenverkeer<sup>24</sup> zelf over. Komen ze er samen niet uit, dan geeft de voorkeuraanbieder de zorgtoewijzing gemotiveerd terug aan het verantwoordelijke zorgkantoor. Deze handelswijze doet recht aan het principe van zelfregie en keuzevrijheid van de cliënt;
- lukt het de zorgaanbieder niet om het zorgarrangement uiterlijk 10 werkdagen na ontvangst van een zorgtoewijzing vast te stellen. Om een reden die bij de cliënt ligt, bijvoorbeeld omdat de cliënt niet bereikbaar is. Dan stuurt hij binnen deze periode een mutatiebericht (AW39-bericht) met een leveringsstatus (wachtlIJststatus). Afhankelijk van de cliëntsituatie wordt óf mutatiere den 18 gebruikt (Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren, leveringsstatus Niet-actief wachtend) óf mutatiere den 12 (Cliënt wil de zorg nog niet, leveringsstatus Niet wachtend). De cliënt blijft zo voor de zorgaanbieder in beeld op zijn 'wachtlIJst'. De zorgaanbieder registreert in het cliëntdossier waarom het niet gelukt is om binnen de gestelde termijn met de cliënt af te stemmen.

### **Van zorgtoewijzing naar zorglevering**

- Zijn er meerdere zorgaanbieders betrokken bij het leveren van zorg? 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;

<sup>23</sup> De zorgaanbieder gebruikt daarvoor het beveiligde VECOZO-notitieverkeer. Dit loopt buiten iWlz om.

<sup>24</sup> Zie tabel 2 hoofdstuk 3.

- De zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor een cliënt heet coördinator zorg thuis of dossierhouder. Dit wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Deze aanbieder overlegt ook met het zorgkantoor als er bijzonderheden zijn over de zorg aan een cliënt;
- 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 of dossierhouder 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>25</sup>. Alle betrokken zorgaanbieders zorgen er vervolgens samen voor dat de afspraken in dit (digitale) zorgplan actueel blijven. De coördinator zorg thuis of dossierhouder bewaakt dit zodat er altijd een overzicht beschikbaar van alle actuele zorginzet<sup>26</sup> bij een cliënt. Dit (digitale) zorgplan is voor de cliënt beschikbaar en (direct) te raadplegen;
- De coördinator zorg thuis of dossierhouder 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 (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 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 bij een cliënt sprake van onvrijwillige zorg thuis, een Besluit opname en verblijf, Rechtelijke machtiging of Inbewaringstelling? Dan legt de coördinator zorg thuis of de dossierhouder dit altijd vast in het zorgplan, voordat hij start met het leveren van deze zorg. In de situatie van onvrijwillige zorg thuis bevat het zorgplan ook een (landelijk afgesproken) stappenplan. Dit stappenplan regelt dat er naar andere oplossingen gezocht wordt. De onvrijwillige zorg thuis moet eerst na 3 maanden en daarna na 6 maanden opnieuw bekeken

<sup>25</sup> Het gaat hier niet om de concrete uitvoering (op detailniveau) van de geleverde zorg door de zorgaanbieder(s).

<sup>26</sup> Uitzondering hierop is het PGB.

worden. Dit gebeurt samen met een deskundige (onder andere een Wzd-functionaris die door de zorgaanbieder wordt aangewezen en een niet bij de zorg betrokken arts/deskundige). Een Wzd-functionaris<sup>27</sup> kan in dienst zijn van de zorgaanbieder maar dat hoeft niet;

- Een cliënt heeft het wettelijk recht<sup>28</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 CAK (opleggen van de eigenbijdrage) en het Zorginstituut (landelijke wachtlijstinformatie). Dat geldt voor de periode dat het zorgkantoor verantwoordelijk<sup>29</sup> is voor een cliënt;
- 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>30</sup>);

<sup>27</sup> Wzd-functionaris is bijvoorbeeld een orthopedagoog, gedragswetenschapper, arts of psycholoog. Heeft de Wzd-functionaris het zorgplan zelf geschreven dan mag hij niet betrokken zijn bij de evaluatie.

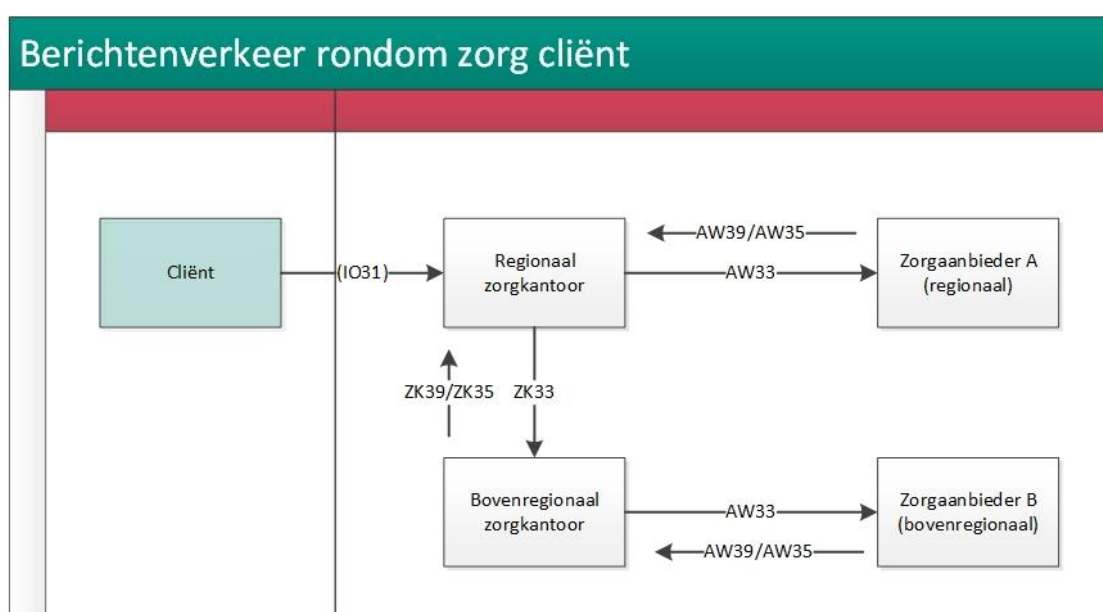
<sup>28</sup> Artikel 8.1.1 uit de Wlz.

<sup>29</sup> Vanaf het vierde kwartaal 2019 wisselen zorgkantoren onderling verhuisberichten (ZK<sub>31</sub>) uit en kan ook de verantwoordelijkheid voor een cliënt aan elkaar overgedragen worden.

<sup>30</sup> ZK-berichten zijn berichten die Zorgkantoren onderling uitwisselen.



- 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 weer terug naar het bovenregionale zorgkantoor (via een ZK-bericht). Het bovenregionale zorgkantoor maakt van dit ZK-bericht<sup>31</sup> weer een normaal zorgtoewijzingsbericht (AW33) voor zijn zorgaanbieder. In dit voorbeeld de zorgaanbieder die de dagbesteding levert.



Figuur 2 (Exclusief retourberichten)

### 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>32</sup>;
- geeft op verschillende manieren informatie aan de cliënt en andere geïnteresseerde 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

<sup>32</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.

<sup>33</sup> Het regionale zorgkantoor legt daarover ook verantwoording af aan bijvoorbeeld VWS en de NZa.

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 wachtlijstbemiddeling;

- helpt een cliënt bij het zoeken naar een passende, gecontracteerd zorgaanbieder als een cliënt wil veranderen van voorkeuraanbieder (bijvoorbeeld omdat hij niet tevreden is of graag een andere leveringsvorm wil). Dit kan ook als de cliënt al zorg krijgt van een aanbieder;
- helpt een cliënt bij het zoeken naar een andere coördinator zorg thuis of dossierhouder als hij niet tevreden is over zijn eerste aanspreekpunt;
- bewaakt dat de cliënt de zorg krijgt zoals hij dat heeft aangegeven 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. De cliënt heeft bijvoorbeeld bij de indicatiestelling aangegeven zorg thuis te willen via MPT, maar krijgt zijn zorg thuis via PGB of staat op een wachtlijst voor verblijfszorg;
- kan de cliënt begeleiden bij het opstellen, evalueren en bijstellen van een zorgplan of persoonlijk plan. Dit geldt ook voor zorgplanbesprekingen voor zowel zorg in natura als PGB;
- 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**

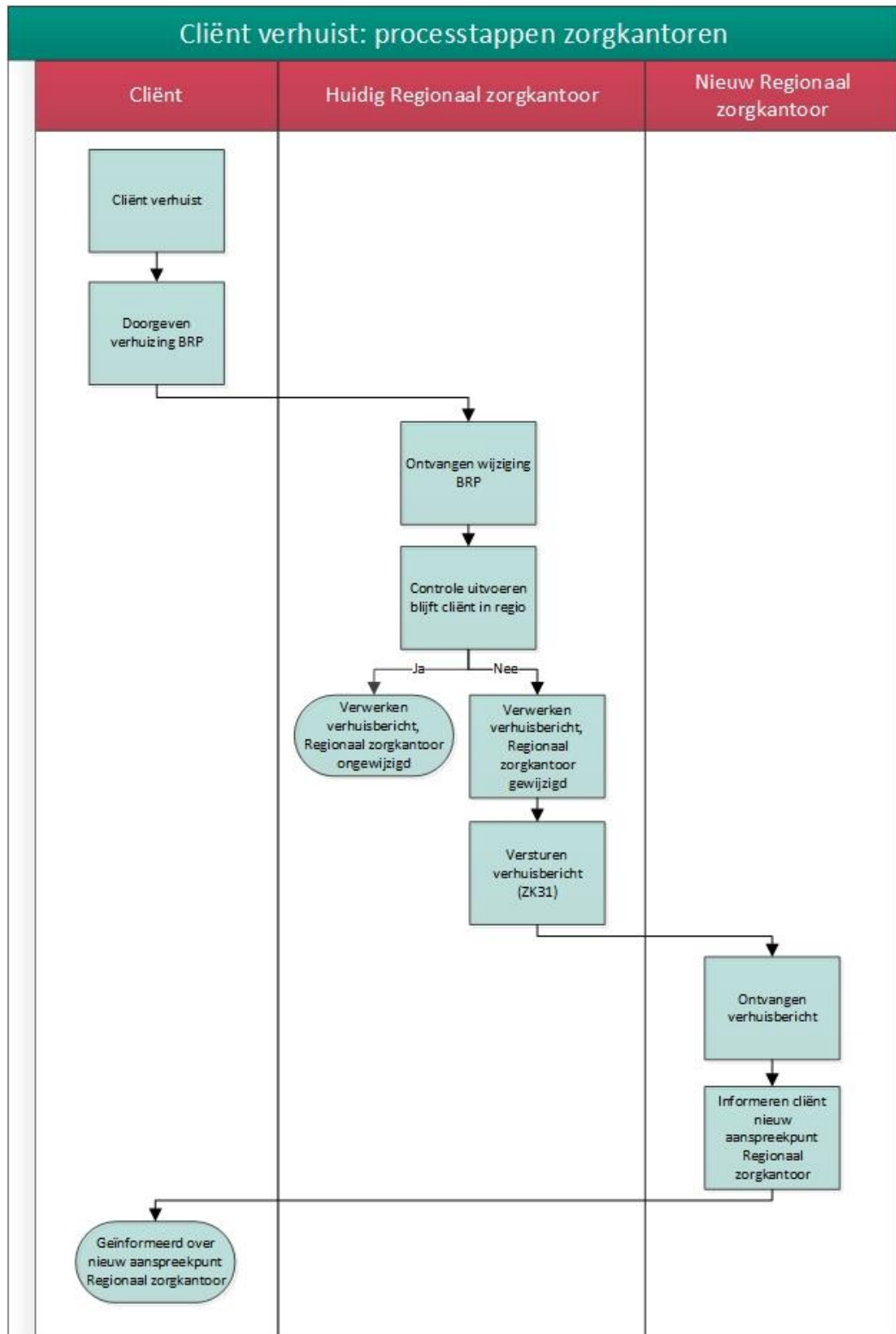
Een cliënt kan niet alleen begeleiding en bemiddeling van het zorgkantoor krijgen, maar mag daarvoor ook kosteloos een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen die door het zorgkantoor is gecontracteerd.

Een onafhankelijke cliëntondersteuner 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 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;
- Bemiddeling als zorg niet volgens verwachting en afspraken wordt geleverd;
- Ondersteuning bij klachten, geschillen, bezwaar en beroep;
- Ondersteuning bij het aanvragen van een nieuwe indicatie.

## 2.4 Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt



Figuur 3

#### 2.4.1 Processtappen zorgkantoor

- Ontvangt het regionale zorgkantoor via het BRP de melding dat een cliënt is verhuisd naar een adres buiten zijn zorgkantoorregio? Dan start 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;
- Een cliënt wordt door het huidige regionale zorgkantoor via het verhuisbericht (ZK<sub>31</sub>) overgedragen naar het nieuwe regionale zorgkantoor;
- Om deze verantwoordelijkheid goed te kunnen overnemen bevat het verhuisbericht alle informatie over de actuele zorg(vraag) van een cliënt op de overdrachtsdatum. Zorgkantoren wisselen eventueel onderling aanvullende informatie uit over een cliënt. Bijvoorbeeld (informatie over) een beschikking die met reden voor een beperkte duur is afgegeven, zoals bij een onverantwoorde thuissituatie of inzet van toeslag Meezorg thuis. Dit gebeurt via het VECOZO-notitieverkeer;
- Beschikkingen voor cliëntsituaties waar geen sprake is van een bijzondere situatie, worden niet standaard overgedragen tussen de zorgkantoren. Het nieuwe regionale zorgkantoor geeft zelf weer een beschikking af bij een gewijzigde situatie (bijvoorbeeld wijziging van de leveringsvorm MPT naar VPT of een nieuw indicatiebesluit);
- Heeft een cliënt in het lopende jaar alleen zorg in natura ontvangen (ZIN)? Dan kunnen die het hele jaar worden overgedragen. Ook als na overdracht een cliënt de aanvraagprocedure voor PGB (eerste aanvraag)<sup>33</sup> in gang wil zetten;
- Heeft een cliënt in het lopende jaar een PGB gehad (minimaal 2 dagen aaneengesloten) of nog een lopend PGB? Dan vindt overdracht in principe 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 huidige, regionale zorgkantoor heeft voor de overdracht van een cliënt (met alléén zorg in natura) maximaal 30 dagen de tijd nádat de melding van het BRP is ontvangen;
- Binnen deze periode van 30 dagen worden openstaande aanvragen voor een zorgtoewijzing, nog door te voeren correcties op een zorgtoewijzing of correcties op een melding aanvang zorg bericht, mutatiebericht of einde zorg bericht afgehandeld. Het zorgkantoor benadert de betrokken zorgaanbieders daarvoor actief. Het achteraf (na overdracht) doorvoeren van wijzigingen is een bewerkelijk proces. Daarom willen we het aantal correcties over deze voorliggende periode tot een minimum te beperken;
- Binnen deze periode wordt ook een lopende beoordeling voor afgifte van een beschikking voor zorg thuis 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 zorg in natura ontvangt kan het nieuwe regionale zorgkantoor hem daarover bijvoorbeeld telefonisch informeren of een brief sturen met de contactgegevens. Bij PGB gebeurt dit door

---

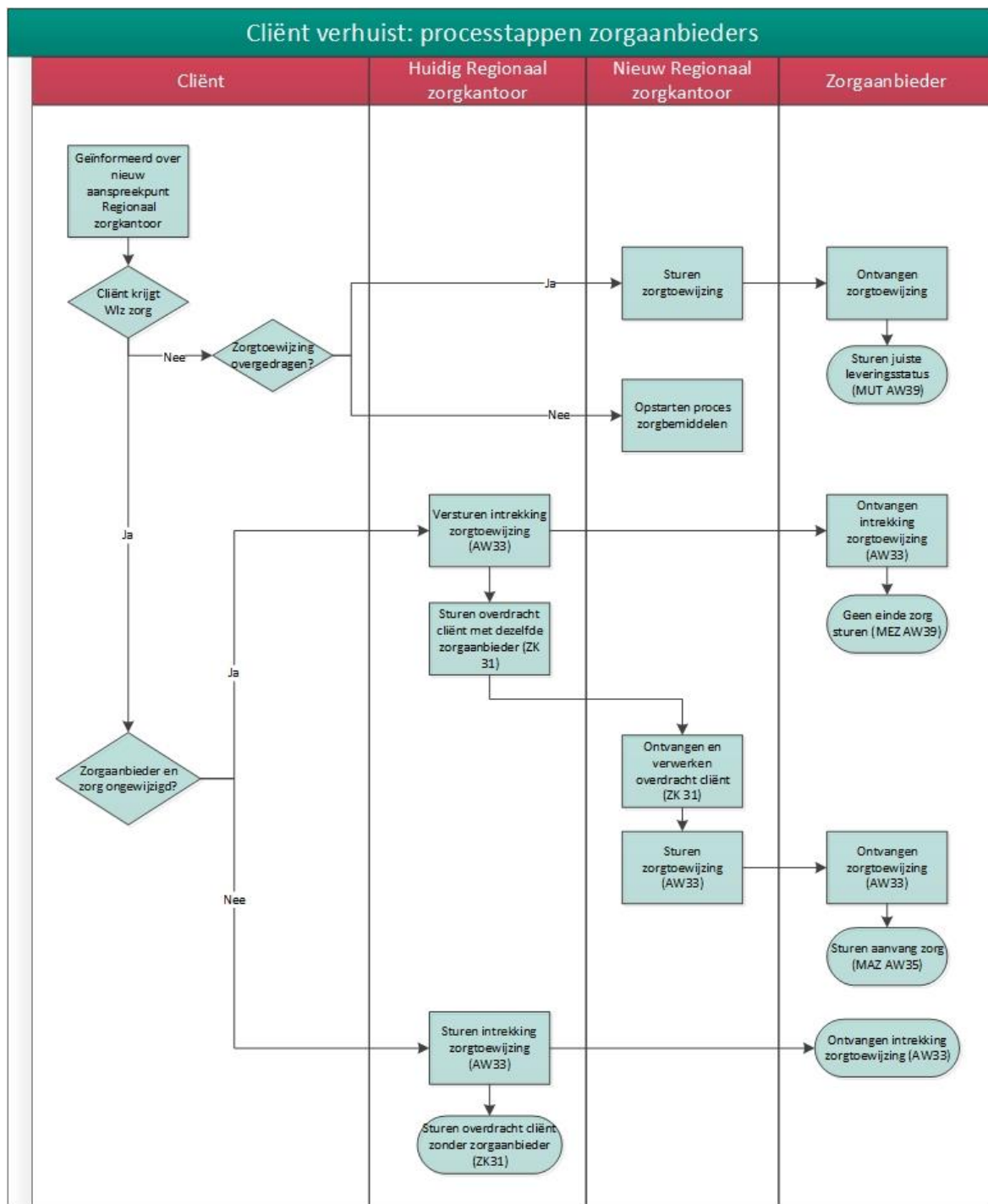
<sup>33</sup> Geeft het CIZ een nieuw indicatiebesluit af en gaat dat direct naar het nieuwe regionale zorgkantoor, en is deze cliënt nog niet overgedragen via een ZK<sub>31</sub>? Dan kan een cliënt bij het nieuwe regionale zorgkantoor een aanvraag PGB opstarten als hij in het lopende jaar geen PGB heeft gehad bij het 'oude' regionale zorgkantoor. Het nieuwe regionale zorgkantoor stemt dit af met de cliënt en/of het 'oude' regionale zorgkantoor.

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 staat daarin geen informatie over een actuele zorgtoewijzing? Het oude regionale zorgkantoor informeert dan vooraf het nieuwe regionale zorgkantoor waarom er geen actuele zorgtoewijzing is opgenomen in het verhuisbericht. 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 regionale zorgkantoor 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 overdrachtmoment alle actuele zorgtoewijzingen in voor deze cliënt, met reden Verhuizing;
- Levert een zorgaanbieder op het overdrachtmoment zorg en loopt die daarna ongewijzigd door? Dan stuurt die géén melding einde zorg op de ingetrokken zorgtoewijzing(en);
- Nadat het nieuwe regionale zorgkantoor de zorgtoewijzing(en) opnieuw heeft aangemaakt, stuurt de zorgaanbieder binnen 5 werkdagen na ontvangst nieuwe zorgtoewijzing weer een melding aanvang zorg (AW35);
- Staat een cliënt op de wachtlijst en blijft dat ongewijzigd na het overdrachtmoment? Dan levert de zorgaanbieder via een mutatiebericht (AW39) binnen 5 werkdagen na ontvangst nieuwe zorgtoewijzing weer de juiste wachtlijststatus (leveringsstatus) aan op het nieuwe zorgtoewijzingsbericht;
- Stopt een zorgaanbieder met het leveren van zorg vóór de overdrachtsdatum? Dus voordat een cliënt wordt overgedragen aan het nieuwe regionale zorgkantoor. Dan stuurt de zorgaanbieder op de lopende zorgtoewijzing een Melding einde zorg naar het huidige regionale zorgkantoor;
- Stopt een zorgaanbieder met het leveren van zorg op of na de overdrachtsdatum van een cliënt naar het nieuwe regionale zorgkantoor? En is er dan een nieuwe lopende zorgtoewijzing? Dan stuurt de zorgaanbieder een Melding einde zorg naar het nieuwe regionale zorgkantoor.



Figuur 4

## 2.5 Regionaal zorgkantoor en wachtlijstbeheer

Het regionale zorgkantoor is verantwoordelijk voor het tijdig realiseren van passende zorg voor een cliënt met een Wlz-indicatie. Ook als deze op een wachtlijst staat bij een zorgaanbieder buiten de eigen zorgkantoorregio. Voor het uitvoeren van dit wachtlijstbeheer maken we gebruik van de leveringsstatussen (wachtlijststatussen) in iWlz. Een zorgaanbieder geeft de actuele status voor een cliënt door aan het zorgkantoor via een mutatiebericht (AW39).

Er zijn 5 leveringsstatussen: Actief wachtend, Niet-actief wachtend, Niet-wachtend, In Zorg en Einde zorg (zie ook bijlage C). Voor het wachtlijstbeheer zijn vooral de leveringsstatussen Actief wachtend, Niet-actief wachtend en Niet wachtend van belang.

Een leveringsstatus wordt per toegewezen leveringsvorm gemeld. Een cliënt kan bijvoorbeeld Niet-actief wachtend zijn voor de leveringsvorm Verblijf, maar de leveringsstatus In zorg hebben voor (overbruggingszorg) thuis.

### Wens van cliënt leidend in wachtlijstbeheer

Is er sprake van een opnamebehoefte bij een cliënt, dan is zijn wens voor een bepaalde locatie leidend. Uitgangspunt is dat de zorg op redelijke afstand van waar de cliënt woont, of wenst te wonen, wordt geleverd. Vanuit het belang voor de cliënt en zijn sociale systeem (netwerk) wordt hier ook bij cliënten met een dringende opnamebehoefte (Actief wachtend) zoveel mogelijk rekening mee gehouden. Onnodige verhuizingen worden zoveel mogelijk voorkomen omdat die een nadelig effect kunnen hebben op de cliënt(situatie). Enkele weken extra ondoelmatige zorg thuis doorleveren is acceptabel (bijvoorbeeld 15 weken in plaats van maximaal 13 weken), als de thuissituatie te handhaven is en de cliënt daarmee direct bij zijn voorkeuraanbieder wordt geplaatst. Dit is alleen niet altijd haalbaar als er sprake is van een onverantwoorde thuissituatie.

#### 2.5.1 Wet zorg en dwang en wachtlijstbeheer

##### 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<sup>35</sup>. 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 is alleen van toepassing op cliënten die geen bereidheid tonen om opgenomen te worden maar zich hiertegen ook niet verzetten.

<sup>34</sup> Het Besluit tot opname en verblijf komt in plaats van de Bopz artikel 60-toets. Vanaf 1 januari 2020 wordt de BOPZ vervangen door 2 wetten: de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte GGZ (Wvvgz). Zie [www.dwanginzorg.nl](http://www.dwanginzorg.nl)

<sup>35</sup> Dit was tot 1 januari 2020 de BOPZ-regeling (artikel 60).

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).

Onvrijwillige zorg (thuis) mag alleen geleverd worden als de zorgaanbieder en/of zorgverlener zich in het Wzd-register heeft ingeschreven en voldoet aan de wettelijke eisen voor de Wzd. Dat geldt zowel voor zorgaanbieders of zorgverleners die zorg in natura leveren of waar zorg ingekocht wordt met PGB. Kan/wil de zorgaanbieder zich niet in het Wzd-register 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 de rechterlijke machtiging.

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

In de situatie dat een cliëntsituatie zo spoedeisend is en er niet meer gewacht kan worden op een Rechterlijke machtiging, kan op bevel van de burgemeester een IBS worden afgegeven. Het gaat hier altijd om een crisisopname waarbij er sprake is van weigering of verzet van een cliënt tegen opname (zie ook hoofdstuk 4 en bijlage H).

### **Wet zorg en dwang en onvrijwillige opname via strafrechter**

De Wet zorg en dwang omvat artikel 28a. Dit 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 dus 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 OM vraagt daarbij altijd advies aan het CIZ. Dit advies is leidend. Het CIZ vraagt daarvoor een medische verklaring op bij de specialist, voert een Wlz-check uit en adviseert een passend domein. Is er al een actuele Wlz-indicatie aanwezig dan is dit altijd de Wlz. Anders kan het ook een onvrijwillige opname worden in de Wmo of Zvw;
- De strafrechter besluit op basis van dit verzoekschrift (inclusief advies CIZ) en geeft al dan niet een Rechterlijke Machtiging af om een verdachte gedwongen te laten opnemen. Het gaat hier altijd om een onvrijwillige opname van 6 maanden;
- Is er sprake van gedwongen opname in het Wlz-domein dan stuurt het OM de beschikking met rechtelijke machtiging naar VECOZO via een beveiligde route. VECOZO bepaalt naar welk domein en/of zorgkantoor de beschikking moet;
- 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 kan de zorgaanbieder, samen met de vertegenwoordiger van een cliënt, na opname een indicatie bij het CIZ aanvragen. De procedure die daarvoor gevolgd kan worden is hetzelfde zoals die beschreven is onder paragraaf 4.3.2;
- Na ontvangst voert het zorgkantoor een inhoudelijke beoordeling uit op de beschikking en het ontvangen dossier. Het zorgkantoor gaat ook na of er voor deze cliënt al een actueel indicatiebesluit aanwezig is en een voorkeuraanbieder bekend is;
- Is er een indicatiebesluit en een gecontracteerde voorkeuraanbieder bekend? Dan zoekt het zorgkantoor afstemming met de aanbieder en bespreekt of de gedwongen opname bij deze aanbieder gerealiseerd kan worden. Het zorgkantoor toetst daarbij vooraf of de aanbieder een Wzd-registratie heeft. Het zorgkantoor maakt daarvoor gebruik van het Wzd-register<sup>36</sup>: <https://locatieregister.dwanginezorg.nl>. Dit is een openbaar register;

<sup>36</sup> Het huidige BOPZ-register gaat over in het Wzd-register.

- Kan de voorkeuraanbieder de zorg aan de cliënt leveren? Dan routeert het zorgkantoor de beschikking (inclusief cliëntdossier) via het VECOZO-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 2 weken een passende, zorgaanbieder die beschikt over een Wzd-registratie en gecontracteerd is voor de Wlz. Het zorgkantoor spant zich daarbij in om afstemming te zoeken met de beoogde zorgaanbieder over de cliënt;
- In de situaties dat er nog geen indicatiebesluit aanwezig is, routeert het zorgkantoor de machtiging van het OM (inclusief cliëntdossier) naar de zorgaanbieder via het VECOZO-notitieverkeer;
- Het zorgkantoor zoekt geen afstemming met de cliënt over de gekozen aanbieder. De aangewezen aanbieder neemt contact op met de cliënt om de opname te realiseren;
- Zodra de juiste leveringsvorm is toegewezen (als er een geldig indicatiebesluit aanwezig is), levert de zorgaanbieder binnen de norm een melding aanvang zorg aan. Dit kan bij binnenkomst van de beschikking zijn, maar ook later<sup>37</sup> als er nog een Wlz-indicatie aangevraagd moet worden. Kan het CIZ om redenen geen indicatiebesluit afgeven, dan kan de zorgaanbieder geen MAZ aanleveren. Het zorgkantoor kan dan geen informatie bij het CAK aanleveren voor het opleggen van de eigen bijdrage. Ook het declareren van de geleverde zorg door de zorgaanbieder moet dan op een andere wijze worden geregeld. Op moment van publiceren van het Voorschrift loopt hierover nog overleg met betrokken stakeholders. Zodra er meer informatie bekend is, wordt hierover gecommuniceerd door de zorgkantoren via de nieuwsbrief en/of website;
- Vanuit de Wet zorg en dwang heeft de aanbieder een opnameplicht. De aanbieder moet een cliënt binnen 7 dagen opnemen. Lukt dat niet dan koppelt de zorgaanbieder dit terug aan het zorgkantoor;
- 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 IGZ kan in deze situatie een handhavingmaatregel opleggen.

## 2.5.2 Betekenis van de leveringsstatussen

### Actief wachtend

De leveringsstatus Actief wachtend geeft aan dat iemand dringende behoefte heeft aan zorg (thuis) door de situatie rond zijn gezondheid of gedrag. Maar die zorg is nog niet direct beschikbaar. Iemand moet dan bijvoorbeeld zo snel mogelijk opgenomen worden, omdat thuis wonen niet meer verantwoord en/of doelmatig is. Die status benadrukt de noodzaak voor het snel realiseren van zorg. Het zorgkantoor pakt deze cliënten met voorrang op in de wachtlijstbemiddeling.

Voor een Actief wachtende cliënt geldt dat er sprake kan zijn van:

- een crisissituatie (inclusief IBS);
- een Rechterlijke machtiging;
- een cliënt in zijn laatste levensfase (PTZ) nodig;

<sup>37</sup> Bij berekening van tijdigheid van de MAZ wordt dan rekening gehouden met de afgiftedatum van het indicatiebesluit.

- een cliënt die nog in het ziekenhuis verblijft, maar die is uitbehandeld en al een Wlz-indicatie heeft voor verblijfszorg. Deze cliënt houdt onnodig een ziekenhuisbed bezet (feitelijk ligt hij op een 'verkeerd bed' en belemmert de doorstroom in het ziekenhuis). Bovendien verblijft deze veelal kwetsbare cliënt in een omgeving die niet goed is voor zijn algehele situatie. Het is daarom belangrijk dat deze cliënten zo snel mogelijk in de eigen regio een plaats krijgen en niet in het ziekenhuis blijven wachten op de aanbieder van voorkeur. Hij krijgt daarom voorrang bij opname (of het opstarten van zorg thuis). Deze cliënten hebben niet standaard voorrang op crisisplaatsingen en andere Actief wachtende cliënten voor opname (daarvoor geldt plaatsen op basis urgentie en/of geschiktheid van de beschikbare plaats);
- een cliënt met een SGLVG of LVG-indicatie waarvoor nog geen plaats beschikbaar is in een specifiek (SG)LVG behandelcentrum of die in een (SG)LVG behandelcentrum verblijft, is uitbehandeld en met een nieuwe Wlz-indicatie moet uitstromen naar een andere instelling;
- een onverantwoorde thuissituatie, waardoor soms een tijdelijke opname bij een andere instelling (niet voorkeurstelling) een aangewezen oplossing is. Uitzondering hierop vormt een cliënt in een terminale levensfase. Voor deze cliënten wordt direct gestuurd op plaatsing bij zijn voorkeuraanbieder;
- inzet van ondoelmatige overbruggingszorg thuis die voor een periode van maximaal 13 weken is toegestaan. De kosten om verantwoorde overbruggingszorg te organiseren zijn in deze situaties hoger dan het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel dat is opgehoogd met Extra kosten thuis. In overleg met het zorgkantoor is beperkte verlenging van de zorgtoewijzing mogelijk (zie hoofdstuk 4). Lukt het niet om een cliënt in deze situatie binnen een overzichtelijke periode bij zijn voorkeuraanbieder te plaatsen, dan is een eerder vrijkomende plaats de aangewezen (tijdelijke) oplossing voor deze cliënt. Zo nodig overlegt de zorgaanbieder hierover met het zorgkantoor.

Voorbeeld van ondoelmatige overbruggingszorg thuis

*Een zorgprofiel VV6 geeft recht op een basisbudget voor zorg thuis van bijvoorbeeld € 839,32 per week. Stel een cliënt met een indicatie voor VV6 moet vanwege ernstige achteruitgang in zijn gezondheid zo snel mogelijk opgenomen worden en heeft veel zorg nodig. De overbruggingszorg die tot opname moet worden ingezet kost wekelijks gemiddeld € 1190,10. Dit is  $(1190,10/839,32 \times 100\%)$  141,8 % van het normaal beschikbare basisbudget. Deze overbruggingszorg wordt voor maximaal 13 weken (2x 6 weken) toegekend. De cliënt krijgt de leveringsstatus Actief wachtend en is bereid de eerst vrijkomende passende plaats te accepteren als zijn voorkeuraanbieder hem niet binnen 13 weken of redelijke termijn daarna kan opnemen.*

### **Niet-actief wachtend<sup>38</sup>**

De leveringsstatus Niet-actief wachtend is van toepassing als een cliënt een opnamewens heeft die niet dringend is. Hij kan/wil wachten op een plek bij zijn voorkeuraanbieder, waarbij de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd en de kosten hiervan binnen het beschikbare (basis)budget blijven. De leveringsstatus Niet-actief wachtend is ook van toepassing voor zorg thuis als een cliënt langer dan 1 week kan wachten op inzet van zorg en/of een dagprogramma.

<sup>38</sup> De leveringsstatus Wens wachtend is vervangen door Niet-actief wachtend (naamswijziging).

Voor een Niet-actief wachtende cliënt geldt dat:

- een cliënt bij ongewijzigde, (stabiele) omstandigheden op voorhand instemt met opname bij zijn instelling van voorkeur als er binnen één jaar een plaats beschikbaar komt. (Bepaalde uitloop is mogelijk bij bijvoorbeeld een gewenningsperiode voor kinderen);
- een (regulier) thuiszorgarrangement de aangewezen oplossing is, als een cliënt niet akkoord gaat met opname bij zijn voorkeuraanbieder als die binnen één jaar een passende plaats aanbiedt. Voor deze situaties vervalt dan de leveringsstatus Niet-actief wachtend en verliest de cliënt zijn opgebouwde wachttijd. De dossierhouder bespreekt dit vooraf altijd goed met de cliënt. Iemand kan bij zijn voorkeuraanbieder dan nog wel op de wachtlijst blijven staan met de leveringsstatus Niet wachtend. Hij kan er ook voor kiezen helemaal niet op de wachtlijst voor verblijfszorg te willen staan (leveringsstatus Einde zorg bij verblijf).

### **Niet-wachtend**

De leveringsstatus Niet wachtend<sup>39</sup> is van toepassing als:

- als een cliënt voorlopig alleen zorg thuis wil, maar voor de zekerheid op een wachtlijst wil staan voor verblijfszorg. Bijvoorbeeld omdat hij nog twijfelt over zijn opnamewens. De zorg thuis wordt dan ingezet als reguliere zorg en niet als overbruggingszorg;
- een cliënt voorlopig nog geen zorg thuis wil, omdat hij zich samen met zijn mantelzorg nog (goed) redt in de thuissituatie. Ook dan kan iemand voor de zekerheid op een 'wachtlijst' voor verblijfszorg willen staan of zelfs voor zorg thuis.

De leveringsstatus Niet-wachtend:

- zorgt ervoor dat een zorgtoewijzing voor (verblijfs)zorg niet wordt ingetrokken maar open blijft staan bij de voorkeuraanbieder;
- voorkomt dat een cliënt uit beeld raakt bij de coördinator zorg thuis of de dossierhouder. Die hoeft nu geen schaduwwachttijd bij te houden voor deze cliënten;
- op de regulier toegewezen leveringsvorm Verblijf (Opname: Ja), kan gelijktijdig samengaan met een reguliere zorgtoewijzing voor zorg thuis;
- houdt in dat er geen wachttijd wordt opgebouwd tijdens de periode dat deze leveringsstatus van toepassing is. Cliënten met deze status staan formeel niet op een wachtlijst in de (landelijke) wachtlijstmeting.

### **Einde zorg**

De leveringsstatus Eind zorg is van toepassing als:

- bepaalde zorg niet meer nodig is en beëindigd wordt;
- een cliënt de toegewezen zorg (leveringsvorm) niet wil en daarvoor niet op een (schaduw)wachttijd wil staan;
- Er is dan bijvoorbeeld voor een cliënt een actuele zorgtoewijzing voor verblijfszorg én is er (zonder twijfel) geen opnamewens. De zorgaanbieder levert dan een mutatiebericht aan voor deze leveringsvorm met mutatiecode 12 en leveringsstatus Einde zorg. De zorgtoewijzing met leveringsvorm Verblijf wordt dan ingetrokken. Resterend na intrekking voor de leveringsvorm Verblijf nog een zorgtoewijzing voor 1 dag? Dan hoeft de zorgaanbieder daarop geen actie uit te voeren. Zorgtoewijzingen met een toewijzingsperiode

---

<sup>39</sup> De leveringsstatus Slapend wachtend is vervangen door de leveringsstatus Niet wachtend (naamswijziging).

van 1 dag worden uitgesloten van de wachtlijst informatie. Voor deze cliënt kan dan wel gewoon een reguliere zorgtoewijzing voor zorg thuis aanwezig zijn met bijvoorbeeld de leveringsstatus In zorg of worden aangevraagd via een AAT.

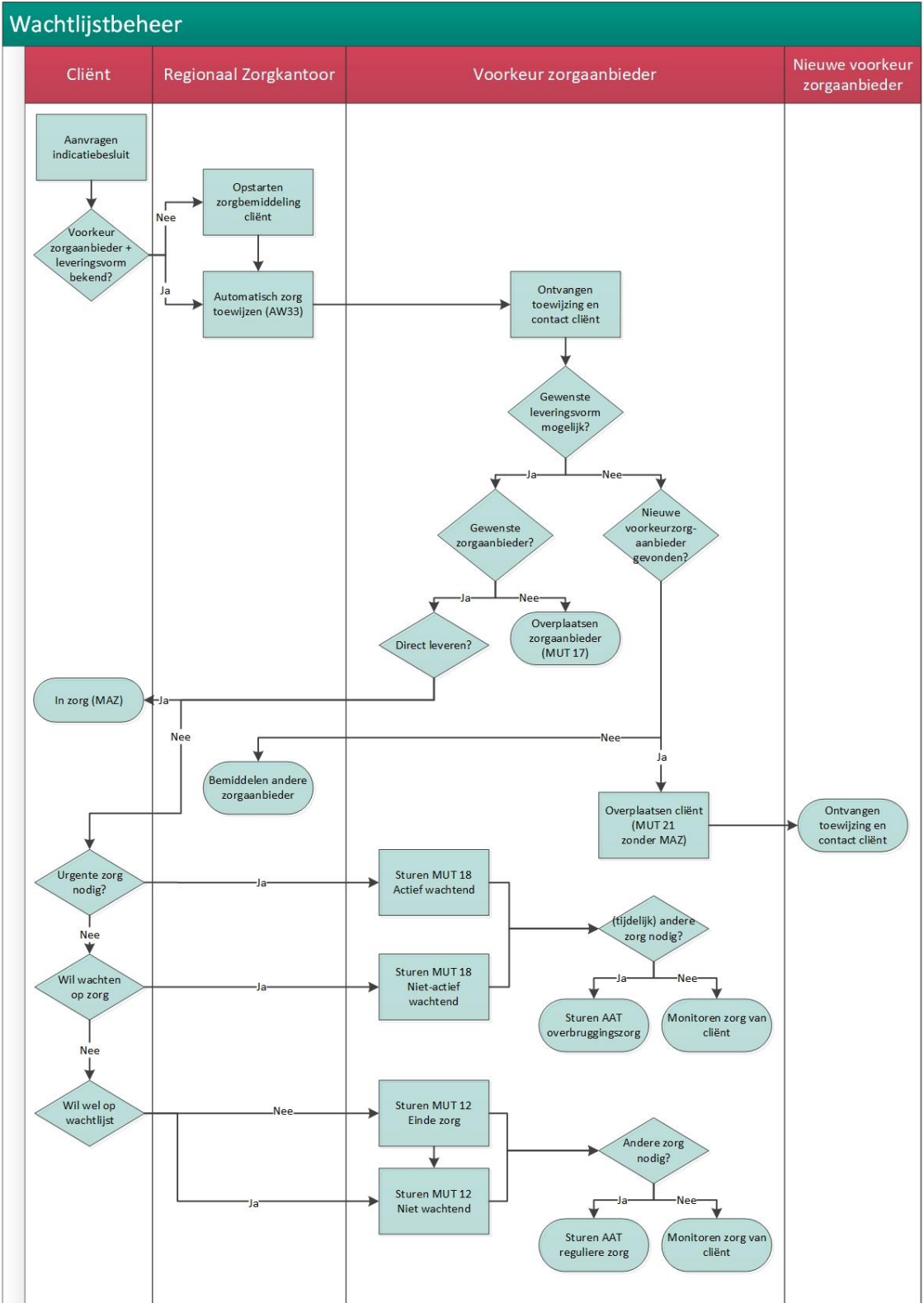
### **Leveringsstatus en bijbehorende norm voor tijdig leveren van zorg**

Voor het tijdig leveren van zorg gelden de volgende streefnormen:

- Actief wachtend – Zorg thuis: binnen 1 week.
- Actief wachtend – Crisisopname/IBS: streven VV binnen 24 uur/GZ binnen 48 uur.
- Actief wachtend – Wet zorg en dwang/ opname art. 28a: binnen 1 week<sup>40</sup> na zorgtoewijzing aan aanbieder.
- Actief wachtend – PTZ: binnen 1 week.
- Actief wachtend – Rechterlijke machtiging: binnen 4 weken.
- Actief wachtend – Verblijfszorg binnen 13 weken. Uitzondering hierop is verblijfszorg met behandeling in de ouderenzorg. Daarvoor geldt een norm van 6 weken.
- Niet-actief wachtend – Zorg thuis: volledig zorgarrangement binnen 6 weken.
- Niet-actief wachtend – Verblijfszorg: binnen 13 weken met uitloop naar maximaal 1 jaar.

---

<sup>40</sup> Nadat zorgaanbieder akkoord heeft gegeven op zorgverlening aan cliënt.



figuur 5

### 2.5.3 Processtappen zorgkantoor

Het regionale zorgkantoor:

- zorgt dat de cliënt bemiddeld wordt naar een passende zorgaanbieder als hij bij indicatiestelling nog geen voorkeuraanbieder heeft opgegeven. Zonder zorgtoewijzing, direct na de indicatiestelling, is een cliënt op de (landelijke) wachtlijst zichtbaar als 'Actief wachtend'. Behalve als het zorgkantoor, na contact met de cliënt, via iWlz heeft doorgegeven dat de cliënt voorlopig afziet van Wlz-zorg;
- bewaakt dat de cliënt tijdig zijn zorg krijgt als de cliënt een dringende zorgvraag heeft (Actief wachtend) en ook als hij nog kan wachten (Niet-Actief wachtend). Voor een Actief wachtende cliënt gebeurt dit zo spoedig mogelijk, maar wel binnen de norm;
- neemt, als de cliënt Actief wachtend is voor (verblijfs)zorg en geen enkele vorm van zorg krijgt, contact op met de cliënt en/of coördinator zorg thuis of dossierhouder om na te gaan of de situatie thuis nog verantwoord is. Het zorgkantoor stelt dit vast door de afwezigheid van een Melding aanvang zorg (MAZ) of ontbrekende declaraties. Dit gebeurt uiterlijk 1 week na ontvangst van de leveringsstatus Actief wachtend. Het zorgkantoor kan dan eventueel aanbieden om een cliënt naar noodzakelijke Wlz-zorg te bemiddelen. Het zorgkantoor kan ook de voorkeuraanbieder aanspreken over invulling van zijn rol. Het zorgkantoor verifieert gelijktijdig of er nog (onbewust) onterecht een beroep wordt gedaan op zorg uit een ander domein;
- neemt, in de situatie dat een cliënt Niet-actief Wachtend of Niet-wachtend is voor verblijfszorg én geen enkele vorm van zorg ontvangt, contact op met de cliënt en/of zijn voorkeuraanbieder voor verblijfszorg om de situatie door te spreken. Dat doet het zorgkantoor 2 tot 3 weken na de ingangsdatum van deze leveringsstatus. Niet eerder om de voorkeuraanbieder tijd te geven voor het regelen van een zorgarrangement thuis (binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing);
- neemt contact op met een Actief wachtende cliënt of zijn coördinator zorg thuis en/of dossierhouder, om na te gaan of de situatie thuis mét zorg nog verantwoord is. Het zorgkantoor biedt eventueel wachtlijstbemiddeling aan. Dit gebeurt uiterlijk 2 weken voor het bereiken van de norm (uitzondering hierop zijn crisissituaties, PTZ, cliënten met Rechterlijke Machtiging of Wzd 28a);
- volgt een signaal op over een onverantwoorde cliëntsituatie thuis en stemt hierover af met de cliënt en betrokken zorgprofessionals. Een medisch adviseur van de zorgkantoren kan daarbij contact opnemen met de behandelaar die betrokken is bij de medische of gedragskundige zorg. Daarvoor wordt altijd vooraf toestemming gevraagd aan de cliënt;
- maakt met wachtende cliënten afspraken over zorgbemiddeling of de wijze en frequentie waarop vervolcontact plaatsvindt. 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 coördinator zorg thuis en de dossierhouder hun rol naar de cliënt invullen (ervaring cliënt);
- neemt periodiek contact op met een cliënt als er een leveringsstatus Niet wachtend is voor verblijfszorg of de cliënt geen opnamewens heeft en een zorgarrangement thuis ontvangt. Doel van dit periodiek contact is om te volgen of de thuissituatie nog verantwoord is, de

cliënt tevreden is met de (hoeveelheid) zorg die hij krijgt en of de leveringsstatus nog aansluit bij de wens en zorgvraag van de cliënt. Ook deze cliëntsituaties kunnen zich ontwikkelen naar een wens of behoefte voor verblijfszorg, waar tijdig op gereageerd moet worden. De frequentie van het contact kan afhankelijk zijn van de doelgroep of het zorgprofiel;

- is verantwoordelijk voor behandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van het zorgkantoor;
- is verantwoordelijk voor het maandelijks aanleveren van informatie aan het Zorginstituut voor publicatie van de landelijke wachtlijstinformatie (AW317-bericht).

#### **2.5.4 Processtappen zorgaanbieder**

In relatie tot het wachtlijstbeheer<sup>41</sup> geldt dat:

- de zorgaanbieder(s), na ontvangst van het zorgtoewijzingsbericht, maximaal 10 kalenderdagen de tijd heeft om samen met de cliënt een passend zorgarrangement (thuis) samen te stellen. Zo nodig vraagt de zorgaanbieder binnen deze periode een aangepaste zorgtoewijzing aan (AAT). Kan de zorg (direct) starten dan wordt zo snel mogelijk een MAZ aangeleverd;
- de zorgaanbieder(s) die betrokken zijn bij een cliëntsituatie relevante wijzigingen direct afstemmen met de coördinator zorg thuis, de dossierhouder en/of het zorgkantoor. Bijvoorbeeld als er een onverantwoorde situatie thuis dreigt te ontstaan of ontstaat;
- de zorgaanbieder voor een cliënt met een IBS, RM of Besluit opname en verblijf een leveringsstatus Actief wachtend aanlevert bij het zorgkantoor. Kan de aanbieder binnen de gestelde norm niet leveren dan schakelt hij het zorgkantoor in voor bemiddeling. Het zorgkantoor krijgt van het CIZ alleen informatie over een Besluit opname en verblijf als dat bij de indicatiestelling wordt afgegeven. In alle overige situaties ontvangt het zorgkantoor hiervan geen informatie;
- de zorgaanbieder(s) de leveringsstatus actueel houdt en afstemt op de cliëntsituatie. Bij een gewijzigde leveringsstatus levert hij die via een mutatiebericht aan bij het zorgkantoor;
- de coördinator zorg thuis of dossierhouder met een cliënt bespreekt wat eventuele consequenties zijn van een gewijzigde keuze voor de wachtlijststatus en zijn plek op de wachtlijst. Bijvoorbeeld bij wijziging van leveringsvorm of de keuze om niet meer op een wachtlijst te willen staan (opgebouwde wachttijd vervalt en moet eventueel later opnieuw opgebouwd worden);
- de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor afhandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder.

## **2.6 Regionaal zorgkantoor en eigen bijdrage**

Krijgt een cliënt Wlz-zorg dan moet hij daarvoor een eigen bijdrage betalen. Dat geldt voor iemand vanaf 18 jaar. Het regionale zorgkantoor regelt daarvoor dat op tijd de juiste informatie naar het CAK gaat voor het opleggen van de juiste eigen bijdrage<sup>42</sup>. Dat gebeurt op basis van ontvangen iWlz-berichten (melding aanvang zorg, mutatie/melding einde zorg) van

<sup>41</sup> En voor het opleggen van de eigenbijdrage.

<sup>42</sup> Informatie over de eigen bijdrage heffing is terug te vinden op de website van het CAK.



zorgaanbieders. Daarom is het belangrijk dat een zorgaanbieder op tijd de juiste melding aanvang zorg, wijziging (mutatie) of einde zorg aanlevert bij het zorgkantoor.

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

- Voor het opleggen van de juiste eigen bijdrage is de ingangsdatum van de zorg en de leveringsvorm van belang. Voor elke leveringsvorm (MPT, PGB, VPT, Deeltijdverblijf of Verblijf) geldt namelijk een andere eigen bijdrage systematiek. Het CAK vermeldt daarom ook de leveringsvorm op de factuur aan de cliënt;
- Daarnaast wordt de hoogte van de eigen bijdrage ook 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 de Melding aanvang zorg bericht (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>43</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 leveren zorgkantoren de omvang van de geleverde zorg niet zelf aan bij het CAK. Het CAK ontvangt daarvoor informatie van Vektis<sup>44</sup>. Vektis levert de declaratiegegevens van de zorg thuis aan die voor een cliënt zijn ontvangen. Voor de hoogte van de eigen bijdrage voor het MPT is de omvang van de geleverde zorg namelijk wel belangrijk. Krijgt een cliënt minder dan 20 uur zorg per maand dan geldt een lagere eigen bijdrage;
- Het zorgkantoor bepaalt of een ontvangen Melding aanvang zorg (MAZ/AW35-bericht) wordt doorgestuurd naar het CAK. Dat gebeurt in iWlz via CA-berichten. Belangrijk daarin is of het de eerste MAZ is of een MAZ na wijziging van een leveringsvorm;
- Het zorgkantoor bepaalt ook of een Mutatie of Melding einde zorg (MUT/MEZ of AW39-bericht) wordt aangeleverd bij het CAK. Dat gebeurt pas als alle zorg is gestopt bij een cliënt. Daarvoor kan dan een ontvangen MUT/MEZ van een zorgaanbieder (AW39-bericht) worden gebruikt of een 'melding einde zorg' die het zorgkantoor zelf heeft gegenereerd. Om te voorkomen dat een cliënt zijn eigen bijdrage te lang doorbetaald of een verkeerde eigen bijdrage betaald, moet een zorgaanbieder de MEZ ook op tijd aanleveren bij het zorgkantoor;
- Eindigt de zorg voor een cliënt op de einddatum van een zorgtoewijzing, dan hoeft de zorgaanbieder geen MEZ te sturen. Dat moet alleen bij voortijdige beëindiging van de zorglevering, dus voor de einddatum van een zorgtoewijzing. Het zorgkantoor maakt, in situaties dat zorg eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing, zelf een 'melding einde

<sup>43</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>44</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.

zorg' aan in het eigen systeem. Het zorgkantoor levert die dus alleen aan bij het CAK als alle Wlz-zorg voor een cliënt stopt. Het CAK beëindigt dan de eigen-bijdrage heffing voor een cliënt. De zorgaanbieder mag in deze situaties natuurlijk wel een MEZ aanleveren als dit voor de interne verantwoording nodig is of dit in zijn systeem zo is ingeregeld;

- 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 melding einde zorg 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 hoeft het zorgkantoor geen nieuw bericht (MAZ) bij het CAK aan te leveren;
- 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 hoeft de zorgaanbieder ook geen MEZ te sturen. Het CAK voert (net zoals het zorgkantoor) een controle uit op overlijden in het BRP. Op basis van deze informatie beëindigt het CAK dan zelf de eigen bijdrage<sup>45</sup>.

### 2.6.1 Processtappen zorgaanbieder

Om te zorgen dat een cliënt tijdig de juiste eigen bijdrage opgelegd krijgt:

- levert een zorgaanbieder op tijd een MAZ aan bij het zorgkantoor voor de juiste ingangsdatum, omvang en leveringsvorm. Dit voorkomt dat een cliënt een achterstand in de betaling van de eigen bijdrage oploopt (stapelfactuur);
- is de zorgaanbieder verplicht om binnen 5 werkdagen ná ontvangst van een zorgtoewijzingsbericht, een mutatie (MUT) of melding aanvang zorg (MAZ) te sturen. Met de mutatie (AW39-bericht) geeft de zorgaanbieder minimaal de actuele leveringsstatus (wachtlijststatus) voor de cliënt door aan het zorgkantoor;
- is de zorgaanbieder verplicht om binnen 5 werkdagen na start van de zorg een MAZ aan te leveren voor de geleverde zorg. Is er sprake van een zorgtoewijzing met terugwerkende kracht, en is de zorg voor de toewijsdatum gestart, dan binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing;
- stuurt de zorgaanbieder binnen 5 werkdagen na verandering in een zorgsituatie, een AW39-bericht met een AAT en/of mutatie. Of een melding einde zorg (MUT/MEZ) als dit van toepassing is. Is er sprake van een zorgtoewijzing met terugwerkende kracht, en is de zorg voor de toewijsdatum gewijzigd of beëindigd, dan binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing.

### 2.6.2 Processtappen zorgkantoor

- Het zorgkantoor bewaakt en stuurt op tijdige aanlevering van een Melding aanvang zorg of Mutatie/Melding einde zorg bericht door de zorgaanbieder. Dit is een continue proces. Zo nodig wordt daarover contact gezocht met de zorgaanbieder.

---

<sup>45</sup> Om deze reden wordt mutatiecode 02 (Overlijden) niet meer gebruikt in het mutatie bericht (AW39).

## 3. Wlz-zorg bij thuis wonen

### 3.1 Inleiding

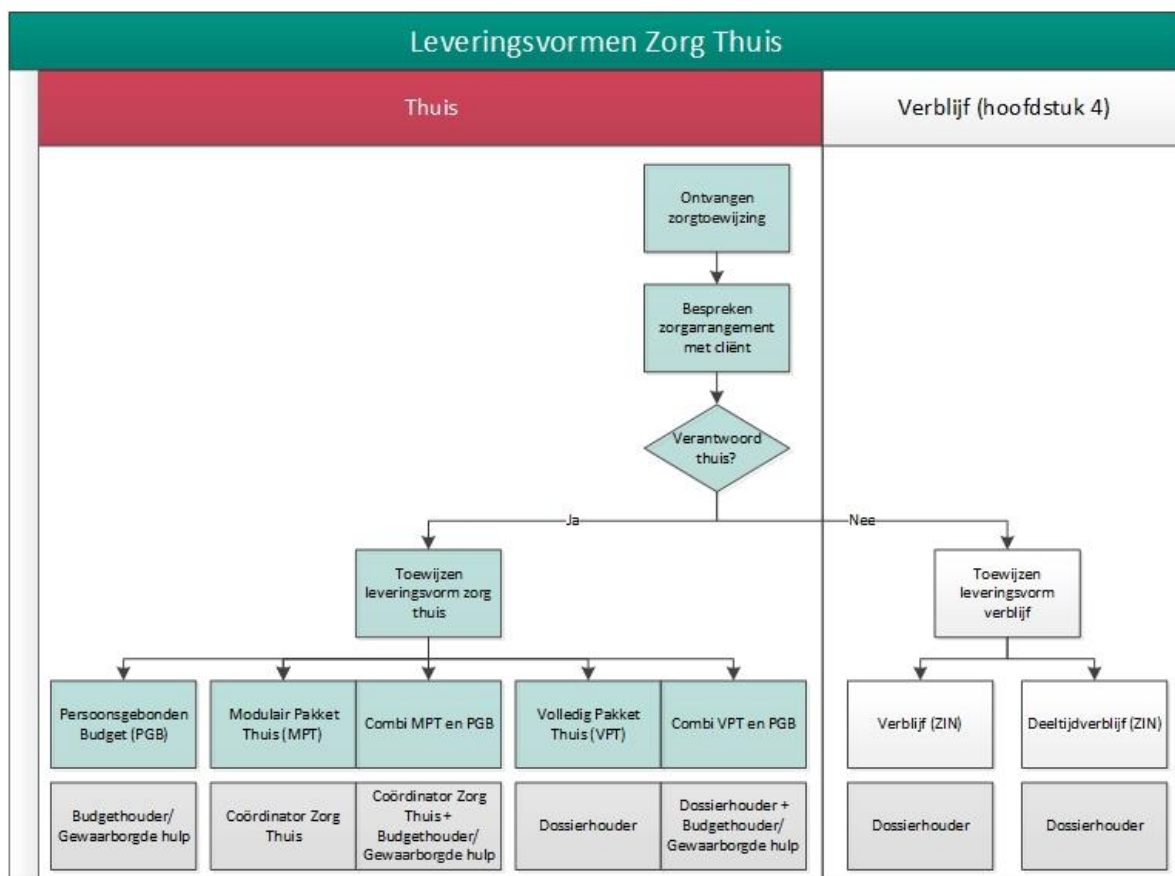
De Wlz heeft tot doel mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Daarom beschrijven we in het voorschrift eerst het zorgtoewijzingsproces voor zorg thuis. Dat wordt gedaan aan de hand van de situatie dat iemand geen opnamewens of -behoefte heeft en de zorg thuis doelmatig en verantwoord kan worden 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 wel een opnamewens of opnamebehoefte ontstaat (hoofdstuk 4).

Vanaf 1 januari 2020 geldt het gebruikelijke uitvoeringsproces ook voor de groep cliënten die gebruik maakten van de overgangsregeling Wlz-indiceerbaren.<sup>46</sup> Deze overgangsregeling is op 31 december 2019 beëindigd. Met uitzondering voor de groep bewoners van een ADL-cluster die onder deze doelgroep vallen. Uitstroom naar de andere domeinen is met een half jaar uitgesteld om ervoor te zorgen dat de overgang zorgvuldig is geregeld.

Verder is er vanaf 1 januari 2020 in de Wlz een nieuwe zorgvorm: deeltijdverblijf (DTV). Deeltijdverblijf kan, net zoals logeren, in combinatie met zorg thuis (MPT en/of PGB). Deeltijdverblijf wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4 omdat dit een vorm van verblijfszorg is.

---

<sup>46</sup> Zie Voorschrift zorgtoewijzing 2019, zie bijlage F.



Figuur 6

### 3.2 Algemene uitgangspunten

#### Algemene uitgangspunten voor zorg thuis

- Iedereen met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (VV) of de Gehandicaptenzorg (GZ)<sup>47</sup> kan zorg thuis krijgen als dit het gewenste en best passende zorgarrangement is. Dat geldt niet voor iemand met een indicatie voor Geestelijke gezondheidszorg (GGZ-B zorgprofiel), een (SG)LVG zorgprofiel of een laag zorgprofiel (VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 of LG1. Zie hoofdstuk 4 en bijlage E);
- In de Wlz kan een GGZ-B 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 wordt een beroep gedaan op de andere domeinen (Wmo, Jw of Zvw<sup>48</sup>);

<sup>47</sup> De gehandicaptenzorg onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

<sup>48</sup> Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw).

- Een (SG)LVG 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>49</sup>. Deze indicaties mogen daarom niet in de vorm van zorg thuis worden verzilverd. Dat geldt zowel voor ZIN als PGB<sup>50</sup> (dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4). Heeft iemand op 31 december 2019 nog een PGB voor een zorgprofiel LVG1 of LVG2? Dan mag de budgethouder dit PGB houden tot uiterlijk het einde van dit 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 dezelfde soort zorg van meerdere aanbieders krijgen? Bijvoorbeeld verpleging. Dan kan dat bij het 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 3.3.3-4);
- Een cliënt kan zijn dagbesteding of dagbehandeling bij het MPT of VPT<sup>51</sup> ook verdelen over meerdere aanbieders en/of PGB. 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. Het is namelijk niet toegestaan om behandeling met een PGB<sup>52</sup> in te kopen. Behandeling kan alleen via zorg in natura worden ingezet.

#### 3.2.1 Coördinator zorg thuis

##### Coördinator zorg thuis

De zorgaanbieder die een cliënt als 1e aanspreekpunt wil voor het organiseren van zijn MPT heet Coördinator zorg thuis. Voor een VPT<sup>53</sup> is dat de Dossierhouder. Bij zorg thuis zijn de rol van coördinator zorg thuis en dossierhouder vrijwel gelijk. Waar die afwijkt wordt dit benoemd.

De coördinator zorg thuis (MPT):

- is ingevoerd omdat een dossierhouder (als een cliënt wacht op opname) 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. Of als een dossierhouder alleen maar intramurale zorg biedt en geen kennis en deskundigheid heeft voor het

<sup>49</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.

<sup>50</sup> Tot 2020 kon een cliënt een zorgprofiel LVG 1 of LVG 2 verzilveren via PGB. Dat kan niet meer vanaf 2020.

<sup>51</sup> Voor VPT kan dit alleen bij zorgprofielen uit de sector gehandicaptenzorg.

<sup>52</sup> Bij noodzaak voor behandeling neemt de budgethouder contact op met het zorgkantoor voor begeleiding of bemiddeling.

<sup>53</sup> De rol dossierhouder geldt ook voor deeltijdverblijf en verblijfszorg (zie hoofdstuk 4).

organiseren van zorg thuis. Bijkomend voordeel voor de dossierhouder in deze situaties is ook dat hij niet onnodig belast is met het aanvragen van zorgtoewijzing voor het MPT, die lopen via de coördinator zorg thuis;

- is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren én coördineren van alle Wlz-zorg thuis als de cliënt dit (deels) in de vorm van een MPT wil krijgen. Ook als er meerdere aanbieders bij een cliënt betrokken zijn. Dat geldt zowel voor soort zorgtoewijzing Regulier als soort zorgtoewijzing Overbrugging (hoofdstuk 4). Heeft een cliënt zowel zorg thuis als bijvoorbeeld dagbesteding, dan is het aannemelijk dat de rol van coördinator zorg thuis wordt ingevuld door degene die het beste zicht heeft op de thuissituatie. Belangrijk daarbij is wel dat een cliënt vertrouwen heeft in deze zorgaanbieder;
- levert altijd zelf (een deel van de) zorg. In tegenstelling tot een dossierhouder, die hoeft niet altijd zelf al (een deel van de) zorg te leveren;
- 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, ligt dit eerste contact (en eerst aanvraag voor overbruggingszorg) altijd bij de dossierhouder;
- is verantwoordelijk voor het onderhouden van contact met de andere betrokken (medische) zorg of hulpverleners bij de cliënt. De coördinator zorg thuis 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 coördinator zorg thuis;
- 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. Deze mogelijkheden worden verderop in dit hoofdstuk toegelicht. Het Persoonlijk assistentiebudget (PAB) is niet beschreven in het voorschrift omdat een cliënt dit alleen via PGB<sup>54</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 coördinator zorg thuis 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. En voert de evaluatie volgens afspraak uit. In de evaluatie wordt altijd besproken 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;

---

<sup>54</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.

- neemt minimaal twee keer per jaar contact op met de cliënt om de thuissituatie met de cliënt te bespreken, als de cliënt nog geen zorg thuis wil. Dit kan ook volgens een afgesproken frequentie, die afhankelijk is van de cliëntsituatie. Afspraak kan ook zijn dat de cliënt zelf contact opneemt met de coördinator zorg thuis of dossierhouder;
- 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 dossierhouder over de cliëntsituatie vanwege de opnamebehoefte (leveringsstatus/wachlijststatus).

Zorg geleverd door meerdere aanbieders en/of via PGB

- Wordt een deel van de zorg geregeld met een PGB, dan houdt de coördinator zorg thuis 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 coördinator zorg thuis is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die door een andere aanbieder wordt geleverd of met PGB wordt ingekocht. Hij signaleert wel tijdig bij de cliënt en/of het zorgkantoor als deze zorg leidt tot onverantwoorde zorg thuis;
- De coördinator zorg thuis is ook niet (inhoudelijk) verantwoordelijk voor de geleverde zorg door andere betrokken en gecontracteerde zorgaanbiders<sup>55</sup>. Desbetreffende aanbieder(s) hebben een eigen verantwoordelijkheid in het naleven van afspraken over te leveren zorg;
- Aanvullend op de beschreven rol voor de coördinator zorg thuis geldt voor een dossierhouder 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 coördinator zorg thuis of dossierhouder stopt als:

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

De coördinator zorg thuis of dossierhouder 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.

### **Coördinator zorg thuis (MPT) of dossierhouder (VPT)**

De coördinator zorg thuis of dossierhouder

- wordt via iWlz wordt doorgegeven aan alle betrokken zorgaanbieders. Zodat altijd duidelijk is wie benaderd kan worden bij vragen over of wijzigingen (in de zorgtoewijzing) van een cliëntsituatie. Dit gebeurt via een apart veld in het mutatiebericht (AW3g) waarmee een zorgtoewijzing wordt aangevraagd. In het (digitale) zorgplan is ook vastgelegd wie de coördinator zorg thuis of dossierhouder is;

<sup>55</sup> Tenzij de coördinator zorg thuis zelf een zorgaanbieder als onderaannemer heeft ingezet.

- 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 een formulier Verantwoorde zorg thuis 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 coördinator zorg thuis dat er één rekenmodule en één formulier Verantwoorde zorg wordt aangeleverd bij het zorgkantoor.

### 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, bijvoorbeeld omdat de cliënt (ook) zorg krijgt in een andere regio of omdat het PGB nog via een andere zorgkantoor wordt beschikt? Is er sprake van bijvoorbeeld ondoelmatige zorginzet gaat of een (mogelijk) onverantwoord thuissituatie dan stemmen de zorgkantoren altijd onderling af over de inhoud van de beschikking;
- Voor het afgeven van een beschikking is er verschil tussen reguliere zorg thuis of overbruggingszorg. Er wordt géén beschikking afgegeven voor overbruggingszorg thuis als een cliënt wacht op verblijfszorg;
- Voor de beoordeling maakt het niet uit of een cliënt zijn zorg in een geclusterde of niet geclusterde woonvorm krijgt. Het zorgkantoor kijkt wel of de zorg efficiënt (doelmatig) wordt georganiseerd als er meerdere cliënten op één adres of geclusterd wonen;
- Het zorgkantoor informeert een cliënt over het resultaat van zijn beoordeling via een (positieve of negatieve) beschikking<sup>56</sup>. Die wordt rechtstreeks naar de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger gestuurd (zie bijlage I voor specifieke afspraken bij toekenning van Meerzorg);
- In de beschikking staat dat de cliënt, coördinator zorg thuis of dossierhouder 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 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;

<sup>56</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.



- Wordt PGB gecombineerd met een MPT of VPT, dan krijgt de budgethouder voor het MPT of VPT én PGB een aparte beschikking (dus 2 beschikkingen);
- Een toeslag Meerzorg of het Persoonlijk assistentie budget (PAB) wordt ook altijd apart beschikt. Er is dan dus zowel een beschikking voor het MPT<sup>57</sup> als voor Meerzorg. Voor de beschikking Meerzorg geldt een beperkte periode van maximaal 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 negatieve beschikking voor een MPT of VPT 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;
- 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:

- 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 te geven altijd vóóraf met de cliënt en zijn coördinator zorg thuis (of dossierhouder bij een VPT). In dit gesprek worden ook de gevolgen besproken van een negatieve beoordeling van een aanvraag voor zorg thuis;
- wordt niet direct afgegeven. De coördinator zorg thuis (of dossierhouder) 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 (gezondheids)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;

<sup>57</sup> In de beschikking voor meerzorg thuis (zorg in natura) wordt geen budget vermeld.

- 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 VECOZO-notitieverkeer ontvangen betrokken zorgaanbieder(s) van het zorgkantoor de gemaakte afspraken en bijbehorende voorwaarden.

### 3.3 Mogelijkheden voor zorg thuis

In de VV en GZ bestaan de volgende mogelijkheden om zorg thuis te organiseren:

1. Volledig pakket thuis (VPT)
2. VPT gecombineerd met behandeling (ZIN) en/of dagbesteding (ZIN/PGB)
3. VPT met intramurale toeslag bijvoorbeeld Ademhalingstoeslag of Meezorg
4. Modulair pakket thuis (MPT)
5. MPT (en/of PGB) met Module behandeling
6. MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis
7. MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis en Module behandeling
8. MPT (en/of PGB) met andere toeslag bijvoorbeeld Ademhalingstoeslag, PTZ of Meezorg
9. Volledig PGB (met toeslag)

#### 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, 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 coördinator zorg thuis maar van een dossierhouder (net zoals bij verblijfszorg).

Een cliënt en zijn dossierhouder 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. 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>58</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;
- 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>59</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>60</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;

<sup>58</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.

<sup>59</sup> In de GZ kan de eindverantwoordelijkheid voor een cliënt ook bij een gedragskundige liggen.

<sup>60</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.

- 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>61</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. Een MPT wordt ingezet als dit doelmatig en verantwoord is.

Het MPT<sup>62</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 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;
- De persoonlijke verzorging voor een terminale cliënt kan bijvoorbeeld gesplitst worden over 2 aanbieders. 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 2.6).

### 3.3.3 Zorgtoewijzingsproces VPT en MPT

#### 3.3.3.1 Rekenmodule en formulier Verantwoorde zorg thuis

Landelijk zijn er twee instrumenten beschikbaar die zorgaanbieders en zorgkantoren ondersteunen in het zorgtoewijzingsproces voor zorg thuis: de rekenmodule en het formulier

<sup>61</sup> Op de website van het Zorginstituut staat hierover meer informatie in het Wlz-kompas op de pagina Hulpmiddelen.

<sup>62</sup> Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het MPT inhoudt.

Verantwoorde zorg thuis. In de rekenmodule wordt gerekend met de reguliere NZa-prestaties<sup>63</sup>. Hoe de rekenmodule precies werkt, wordt verder toegelicht in een tabblad bij de rekenmodule.

### **Doel gebruik Rekenmodule**

De rekenmodule wordt gebruikt om:

- te berekenen of het besproken zorgarrangement thuis doelmatig is en past binnen het (basis)budget voor een 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).

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 AAT aangeleverd bij het zorgkantoor. Dat gebeurt via het VECOZO – 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 uitgewerkt voor iemand zonder opnamewens (en in paragraaf 3.4 samengevat in een overzicht). In hoofdstuk 4 voor iemand met overbruggingszorg thuis en een opnamewens;
- er sprake is van een combinatie van ZIN en PGB;
- het zorgkantoor hier om vraagt. Dat kan bijvoorbeeld vanwege lopende casuïstiek bij het zorgkantoor of vanwege 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.

---

<sup>63</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.

## **Doel gebruik formulier Verantwoorde zorg thuis**

Het formulier Verantwoorde zorg thuis 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 het formulier Verantwoorde zorg thuis 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>64</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.

## **Procesafspraken formulier Verantwoord zorg thuis**

- Bij ontoereikende zelfregie van een cliënt en een gevaarscriterium (zie bijlage A) licht de zorgaanbieder op het formulier toe hoe het noodzakelijke 24 uren permanente toezicht of zorg in nabijheid is geregeld. En hoe (gezondheids)risico voor de cliënt wordt voorkomen. Dat geldt ook voor de situatie dat er sprake is 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, is bij de zorgverlening altijd een gekwalificeerd zorgprofessional betrokken (bijvoorbeeld een verpleegkundige of SPH'er). Dit geldt zowel voor zorg in natura (ZIN) als PGB. Bij de toeslag 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);

---

<sup>64</sup> Er kan dan ook sprake zijn van afweging voor een aanvraag voor Besluit tot opname en verblijf (Wzd).

- 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.

### 3.3.3.2 Algemeen zorgtoewijzingsproces voor VPT en MPT

- Hoe de cliënt zijn zorg thuis wil krijgen, is 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 toch altijd een klasse van 7 etmalen. Dit is bij MPT of PGB eigenlijk niet nodig. Daarom wordt er geen klasse bij het MPT (of PGB) toegewezen. Wijzigt de leveringsvorm later naar Verblijf of VPT dan is de klasse wel nodig. Het CAK gebruikt de klasse bij deze leveringsvormen om de hoogte van de eigen bijdrage vast te stellen.

### 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 een combinatie van ZIN en PGB wil? Het veld VoorkeurCliënt in het indicatiebesluit is dan gevuld met een combinatie van MPT/PGB of VPT/PGB<sup>65</sup>. Dan wordt de eerste keer géén percentage van 100% toegewezen maar 1%. Waarom we dit doen staat uitgewerkt in paragraaf 3.3.5;

<sup>65</sup> Het CIZ kan het veld VoorkeurCliënt vanaf 1 januari 2020 vullen met VPT/PGB (iWlz 2.1).

- 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>66</sup> wonende kinderen geen onderdeel is van het MPT-tarief, maar wel van het VPT;
- Het CIZ<sup>67</sup> geeft vanaf 1 april 2018 bij een nieuw indicatiebesluit voor de GZ<sup>68</sup> (en GGZ) bij de geïndiceerde zorg eenheid geen informatie meer mee over dagbesteding. De geïndiceerde eenheid bevat alleen een zorgprofiel. Het zorgkantoor krijgt informatie over behoefte aan dagbesteding dus niet herkenbaar binnen via het indicatiebesluitbericht en kan die informatie daarom niet apart opnemen in het zorgtoewijzingsbericht voor de zorgaanbieder. De dagbesteding is voor deze zorgprofielen daarmee onderdeel van het basisbudget (inbegrepen in de 100%).

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

Indicatie CIZ (IO31)	Voorkeur-Client (IO31)	Toegewezen Leverings-vorm (AW33)	Soort ZTW (AW33)	Toe-gewezen % (AW33)	Dossierhouder / coördinator zorg thuis (AW33)
Zorgprofiel	Leeg	n.v.t. bemiddeling zorgkantoor	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Zorgprofiel	Zorg thuis	n.v.t. bemiddeling zorgkantoor	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Zorgprofiel	VPT	VPT	Regulier	100%	DH
Zorgprofiel	VPT/PGB	VPT PGB	Regulier	1% leeg	DH
Zorgprofiel	MPT	MPT	Regulier	100%	CZT
Zorgprofiel	MPT/PGB	MPT PGB	Regulier	1% leeg	CZT
Zorgprofiel	PGB <sup>69</sup>	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Functie <sup>70</sup>	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Tabel 1 Automatische verwerking VoorkeurClient uit IO31 in 1<sup>e</sup> zorgtoewijzingsbericht (Aw33)

<sup>66</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>67</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>68</sup> Bij zorgprofielen uit de sector VV maakt dit integraal onderdeel uit van het VPT-tarief.

<sup>69</sup> Zorgkantoren maken zorgtoewijzingsbericht aan voor eigen PGB systeem (met % of budget).

<sup>70</sup> Indicatiebesluit voor subsidieregeling behandeling of ADL en/of andere functies (bepaalde groep Wlz-indiceerbaren)



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

- In het indicatiebesluitbericht wordt maximaal één VoorkeurCliënt doorgegeven en één voorkeuraanbieder). Wil een cliënt zijn zorg thuis graag van deze zorgaanbieder krijgen? 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;
- De zorgtoewijzing bevat ook een toegewezen percentage voor de toegewezen leveringsvorm. De eerst keer is dit altijd 100%. Dit percentage kan ook worden gebruikt 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 melding aanvang zorg bericht (MAZ/AW35) aanleveren met de toegewezen leveringsvorm;
- Is de toegewezen leveringsvorm niet de gewenste of best passende? Of is er meer budget nodig om de zorgvraag van een cliënt goed in te vullen? Dan vraagt de zorgaanbieder zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 10 werkdagen na de zorgtoewijzing, de juiste leveringsvorm met het bijbehorende percentage aan. Om dat te bepalen maakt de zorgaanbieder gebruik van de rekenmodule. Een aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT) wordt ingediend via het mutatie- of AW39-bericht;
- 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 moet de coördinator zorg thuis of dossierhouder dit ook altijd via een AAT aanvragen bij het zorgkantoor. De AAT bevat per leveringsvorm (MPT of VPT) dus 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) is of dossierhouder (VPT) vraagt een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan als dit nodig is. Een zorgaanbieder die een van deze rollen niet heeft, kan zelf geen AAT aanvragen;
- In één AAT kan alleen een nieuwe zorgtoewijzing(en) worden aangevraagd voor één leveringsvorm: óf leveringsvorm MPT óf leveringsvorm VPT;
- De AAT moet voor één leveringsvorm altijd alle actuele zorg bevatten voor zorg in natura (ZIN). Ook 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 thuiszorg aanbieder? Dan wordt het MPT voor deze periode niet toegewezen aan die zorgaanbieder. De aanbieder loopt over ingezette zorg in deze periode dan een financieel risico omdat hij de geleverde zorg niet kan declareren<sup>71</sup>. Hij is zelf verantwoordelijk voor het regelen van een passende zorgtoewijzing via de coördinator zorg thuis. Vanzelfsprekend houdt de coördinator zorg thuis ook in de gaten 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 hoeft hij niet opnieuw een melding aanvang zorg (MAZ) of een mutatie (MUT) te sturen. Een

<sup>71</sup> Met uitzondering van bepaalde vormen van behandeling die wel zonder zorgtoewijzing gedeclareerd kunnen worden.

ongewijzigde zorgtoewijzing is te herkennen aan zijn oorspronkelijke zorgtoewijzingsdatum en zorgtoewijzingstijd (die wordt dan overgenomen in de nieuwe zorgtoewijzing);

- Zorg die met PGB<sup>72</sup> wordt ingekocht kan een zorgaanbieder niet in een AAT opnemen;
- Vanaf iWlz 2.0 is een AAT 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 leveringsstatus (wachtljststatus) opnieuw te bevestigen. Wijzigt een leveringsstatus wel voor de zorg thuis? Geef dit dan altijd door via een mutatiebericht anders klopt de (landelijke) wachtljstinformatie niet.

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

- Gebruik de rekenmodule voor het berekenen en aanvragen van het juiste percentage in de AAT, bijvoorbeeld bij meerdere zorgaanbieders. Nadat per zorgaanbieder is ingevuld welke zorg hij gaat leveren, worden die daarin automatisch vertaald naar een aan te vragen percentage per zorgaanbieder;
- Een AAT wordt aangevraagd via een mutatiebericht (AW39). Gebruik daarvoor mutatiecode 12, 18 of 19. Een mutatiecode (MUT) kan bijvoorbeeld gebruikt worden als thuis blijven wonen met leveringsvorm MPT niet meer doelmatig of verantwoord is. En wonen in een geclusterde woonvorm, waar zorg via een VPT<sup>73</sup> wordt geleverd, een betere oplossing is voor een cliënt (zie uitwerking van MUT19 in voorbeeld 1e);
- De coördinator zorg thuis<sup>74</sup> geeft via de AAT ook door of zorg thuis doelmatig en/of verantwoord kan worden geleverd. Of dat er sprake is van ondoelmatige zorg door een bijzondere situatie, bijvoorbeeld ademhalingsproblemen of PTZ. Daarvoor zijn aparte velden opgenomen in het mutatiebericht. Het zorgkantoor weet zo bij ontvangst van de AAT of er nog een rekenmodule of formulier verantwoorde zorg volgt via het VECOZO-notitieverkeer (zie paragraaf 3.4);
- Geeft de coördinator zorg thuis via de AAT door dat zorg thuis doelmatig en verantwoord is, dan kan het zorgkantoor deze AAT direct afhandelen. Dat geldt ook voor ondoelmatige, maar verantwoorde zorg thuis voor mensen die een beroep doen op bijvoorbeeld de toeslag Extra kosten thuis;
- 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;
- Wijzigt alleen de coördinator zorg thuis of de dossierhouder en blijven alle overige gegevens ongewijzigd? Dan wordt deze wijziging niet via een AAT aangevraagd, maar via het VECOZO-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.

---

<sup>72</sup> Voor PGB geldt dat in de toekenningsbeschikking een bedrag wordt opgenomen, geen percentage.

<sup>73</sup> Verblijf in een instelling als betere oplossing wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4.

<sup>74</sup> De eerste keer kan dit ook een dossierhouder zijn.

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

iWiz bericht	Welke bericht (MAZ, AAT en/of MUT)
MAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als de gewenste en toegewezen leveringsvorm hetzelfde zijn en de zorg levering (direct) start</li> </ul>
MUT - code (MUT - reden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>MUT17: Overplaatsing (cliënt is al in zorg, MAZ aanwezig)</li> <li>MUT20: Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing aanhouden</li> <li>MUT21: Overdracht zorgtoewijzing (cliënt is nog niet in zorg, geen MAZ aanwezig)</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 voor AAT met MUT 12, 18 of 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanvraag zorgtoewijzing (ztw) voor MPT of VPT door dossierhouder om wachtperiode voor toegewezen verblijfszorg te overbruggen. AAT met MUT18 om leveringsstatus op verblijfszorg te melden: Actief of Niet-actief wachtend.</li> <li>Aanvraag ztw door dossierhouder om instellingsvreemd zorgprofiel om te zetten naar een instellingseigen zorgprofiel (MUT12 om leveringsstatus Einde Zorgvraag te melden op instellingsvreemd zorgprofiel).</li> <li>Aanvraag ztw door dossierhouder voor andere leveringsvorm en doorgeven coördinator zorg thuis. 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 coördinator zorg thuis om ztw van het MPT toe te wijzen aan andere zorgaanbieders en bij zichzelf te beëindigen (AAT met MUT19). Leveringsstatus wijzigt bij coördinator zorg thuis van In zorg naar Einde zorgvraag.</li> </ul>
Voorbeeldsituaties AAT zonder MUT (alleen AAT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanvraag ztw door dossierhouder voor splitsen leveringsvorm (de leveringsvorm en leveringsstatus van ztw blijven bij de dossierhouder hetzelfde). 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 dossierhouder, dat verandert door de splitsing niet: de leveringsstatus In zorg blijft ongewijzigd.</li> <li>Aanvraag ztw door coördinator zorg thuis voor andere verdeling van het toegewezen % voor het MPT (hoger of lager) voor een of meer betrokken aanbieders bijvoorbeeld door een bijzondere situatie (MPT/EKT). Waarbij de leveringsstatus voor het MPT ongewijzigd blijft voor de coördinator zorg thuis, omdat hij zorg blijft leveren (leveringsstatus In zorg blijft ongewijzigd).</li> <li>Aanvraag ztw door coördinator zorg thuis voor verblijfszorg omdat dit noodzakelijk wordt voor cliënt zonder opnamewens. Geen ztw voor leveringsvorm Verblijf aanwezig, wel voor</li> </ul>

	bijvoorbeeld MPT met leveringsstatus In Zorg. Het MPT blijft gewoon doorlopen, daarom is er geen MUT nodig bij de AAT.
Voorbeeldsituatie MUT zonder AAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutatie door coördinator zorg thuis als de leveringsvorm wijzigt van MPT naar volledig PGB. De coördinator zorg thuis levert dan een MUT<sub>19</sub> aan omdat het MPT wordt beëindigd en hij geen AAT kan doen voor leveringsvorm PGB.</li> <li>• Overplaatsing (MUT<sub>17</sub>) naar een andere zorgaanbieder. Bijvoorbeeld bij verblijfszorg omdat een cliënt dichter bij familie wil wonen. Een AAT is niet van toepassing omdat bij de MUT<sub>17</sub> '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 2 Voorbeeldsituaties voor AAT en/of mutatie in AW39-bericht

### 3.3.3.3 Voorbeelden zorgtoewijzingsproces

*Het CIZ geeft voor mevrouw Tuin 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
<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	<b>Toegewezen: zorgprofiel 6VV</b> Instelling: De Fruitmand (agb: 75751234) Soort zorgtoewijzing (zwtw): Regulier Toewijzingsdatum: 04-04-2018 ToewijzingPercentage: 100% Ingangsdatum zwtw: 04-04-2018 Einddatum zwtw: geen Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Fruitmand
<b>Geïndiceerd: zorgprofiel 6VV</b> Geïndiceerde klasse: KE7 Ingangsdatum: 04-04-2018 Einddatum: geen VoorkeurCliënt: MPT Voorkeuraanbieder: De Fruitmand	

Voorbeeld 1a

*De Fruitmand gaat de persoonlijke verzorging en individuele begeleiding zelf leveren binnen het beschikbare budget (100%) voor zorgprofiel 6VV. Op 4 april 2018 start De Fruitmand met de zorglevering. De volgende dag stuurt de instelling een MAZ (AW35) met leveringsvorm MPT naar het zorgkantoor. In de MAZ hoeft geen percentage of klasse te worden doorgegeven voor het MPT en ook niet welke zorg (persoonlijke verzorging of individuele begeleiding) wordt geleverd. Het zorgkantoor meldt bij het CAK de start van het MPT (CA317-bericht) 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 Fruitmand kan het MPT niet meer doelmatig leveren omdat mevrouw Tuin non-invasieve beademing nodig heeft. Het CIZ geeft geen nieuwe indicatie af. Na invullen van de rekenmodule blijkt dat het budget voor zorgprofiel 6VV voor de extra benodigde begeleiding en verpleging met 10% wordt overschreden. De Fruitmand vraagt op 12 april 2018 via een AAT (AW39) 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). Er hoeft bij deze bijzondere situatie geen rekenmodule of formulier Verantwoorde zorg thuis te worden opgestuurd. Het zorgkantoor wijst de zorg volgens aanvraag toe. De zorgaanbieder stuurt een MAZ met begindatum 12 april 2018. 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. Een MAZ bevat geen informatie over de omvang van de zorg.*

AW39 (verzonden op 12-04-2018) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 13-04-2018) 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  <b>Aanvraag (AAT) instelling</b> De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Regulier Ingangsdatum ztw: 12-04-2018 Einddatum ztw: geen ToewijzingPercentage: 110%	Toegewezen zorgprofiel: 6VV Instelling: De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 13-04-2018 ToewijzingPercentage: 110% Ingangsdatum ztw: 12-04-2018 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: MPT Klasse: n.v.t. Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

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 coördinator zorg thuis. 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 2018.*

AW39 (verzonden op 16-04-2018) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor Mutatie in AW39 niet nodig	AW33 (verzonden op 16-04-2018) Van Zorgkantoor naar De Fruitmand en De Kersentuin
Besluitnummer: 101 Aanvraag: zorgprofiel 6VV Leveringsvorm: MPT Doelmatig: Nee Bijzondere situatie: ToeslagBeademing 1 (Non-invasieve beademing) Verantwoord: Ja Coördinator zorg thuis: De Fruitmand	<b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (1)</b> <b>(Intrekking zorgtoewijzing)</b> Instelling: De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 16-04-2018 ToewijzingPercentage: 110% Ingangsdatum ztw: 12-04-2018 <b>Einddatum ztw (t/m): 15-04-2018</b> Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Fruitmand
<b>Aanvraag (AAT) instelling (1)</b> De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Regulier Ingangsdatum ztw: 16-04-2018 Einddatum ztw: geen ToewijzingPercentage: 80%	<b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (2)</b> Instelling: De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum 16-04-2018 ToewijzingPercentage: 80% Ingangsdatum ztw: 16-04-2018 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Fruitmand
<b>Aanvraag (AAT) instelling (2)</b> De Kersentuin Soort zorgtoewijzing: Regulier Ingangsdatum ztw: 16-04-2018 Einddatum ztw: geen ToewijzingPercentage: 30%	<b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (3)</b> 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

#### 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 2018 (er vervalt zo ook geen recht op zorglevering).

*Zorg thuis organiseren met een MPT is goed mogelijk maar is helaas niet de beste oplossing. Mevrouw Tuin voelt zich onzeker door de ademhalingsondersteuning en heeft behoefte aan meer toezicht dichtbij. In overleg met mevrouw Tuin wordt besloten dat verhuizen naar een woonzorgcomplex in de buurt een betere 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 wil deze kans niet voorbij laten gaan. 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 (MUT19) op. De Fruitmand krijgt naar aanleiding van dit AW39-bericht geen (informatief) zorgtoewijzingsbericht meer, omdat alle geleverde zorg stopt op de mutatiedatum.

AW39 (verzonden op 30-05-2018) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 30-05-2018) Van Zorgkantoor naar De Kersentuin
<p><b>Mutatie (Zorgzwaartepakket/zorgprofiel)</b>            Besluitnummer: 101            Zorgprofiel: 6VV            Ingangsdatum ztw: 16-04-2018            Instelling: De Fruitmand  <b>Mutatiecode: 19 (Levering zorg is beëindigd.</b>  <b>Zorgtoewijzing afgesloten)</b>            Mutatiedatum: 30-05-2018            Leveringsstatus: Einde zorg            Leveringsvorm: MPT</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (1)</b>            Instelling: De Kersentuin            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 16-04-2018            ToewijzingPercentage: 30%            Ingangsdatum ztw: 16-04-2018            Einddatum ztw (t/m): geen            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p>
<p><b>Aanvraag instelling</b>            Zorgprofiel 6VV            Leveringsvorm: VPT  <b>Doelmatig: n.v.t. bij VPT</b>  <b>Verantwoord: n.v.t. VPT</b>            Coördinator zorg thuis: n.v.t.            Dossierhouder: De Kersentuin            Aanvraag instelling: De Kersentuin            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Ingangsdatum ztw: 30-05-2018            Einddatum ztw: geen            ToewijzingPercentage: 100%</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (2)</b>            Instelling: De Kersentuin            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 30-05-2018            ToewijzingPercentage: 100%            Ingangsdatum ztw: 30-05-2018            Einddatum ztw: geen            Klasse: KE7            Leveringsvorm: VPT            Dossierhouder: De Kersentuin</p>

Voorbeeld 1e

De Kersentuin ontvangt in zijn zorgtoewijzingsbericht niet alleen een nieuwe zorgtoewijzing voor het VPT maar ook de bestaande zorgtoewijzing voor het MPT. De Fruitmand levert namelijk alleen een mutatie op zijn eigen zorgtoewijzing voor het MPT aan. De Kersentuin hoeft geen AW39-bericht te sturen met een mutatie (MUT19/melding einde zorg) op de zorgtoewijzing voor het MPT. Op het moment dat De Kersentuin een MAZ aanlevert voor het VPT met ingangsdatum 30 mei 2018, trekt het zorgkantoor automatisch de zorgtoewijzing voor het MPT in. Omdat het MPT eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing, registreert het zorgkantoor in het eigen systeem een 'melding einde zorg'. Het zorgkantoor stuurt geen melding einde zorg voor het MPT door naar het CAK omdat mevrouw Tuin nog steeds zorg krijgt. Het zorgkantoor stuurt wel de ontvangen MAZ voor het VPT door naar het CAK zodat de eigen bijdrage heffing wordt aangepast naar de juiste leveringsvorm.

Of

*Uitwerking voorbeeld 1e waarbij ook over 2-3 weken een woning beschikbaar komt in het woonzorg-complex voor mevrouw Tuin. Omdat mevrouw Tuin moet wennen aan het idee van verhuizen kiest*



ze voor deze woning. De Fruitmand vraagt bij het zorgkantoor 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. Wachtlijstbeheer voor woningen valt buiten de verantwoordelijkheid van de Wlz. De Kersentuin heeft in het woon-zorgcomplex geen wachtlijst voor het VPT, daarom blijft bij beide zorgaanbieders het MPT regulier toegewezen naast het regulier toegewezen VPT en wordt niet soort zorgtoewijzing Overbrugging aangevraagd voor het MPT. Ook de leveringsstatus In Zorg voor het MPT blijft bij beide aanbieders ongewijzigd.

Nog een extra reden om de actuele zorgtoewijzingen voor het MPT ongewijzigd mee te sturen in het zorgtoewijzingsbericht is dat niet zeker is of mevrouw 13 juni al kan verhuizen (dat kan ook enkele dagen later zijn). De Fruitmand levert bij de AAT dan ook geen mutatie aan voor het MPT dat aan hem is toegewezen. (Een mutatie voor een melding einde zorg ligt bovendien nooit in de toekomst.)

Op het moment dat De Kersentuin een MAZ aanlevert voor het VPT met ingangsdatum 13 juni 2018 (of enkele dagen later), trekt het zorgkantoor automatisch de zorgtoewijzingen voor het MPT in bij De Fruitmand en De Kerstentuin. De MAZ op het VPT is daarvoor de trigger. Tot die tijd blijft het MPT dus gewoon toegewezen bij De Fruitmand en De Kersentuin en kunnen zij het geleverde MPT declareren. Omdat het MPT door de intrekking eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing registreert het zorgkantoor in het eigen systeem een 'melding einde zorg'. De Fruitmand en De Kersentuin hoeven dus geen MUT<sub>19</sub> (melding einde zorg) te sturen op het ingetrokken MPT.

Het zorgkantoor stuurt geen melding einde zorg voor het MPT door naar het CAK omdat mevrouw Tuin nog steeds zorg krijgt. Het zorgkantoor stuurt wel de ontvangen MAZ voor het VPT door naar het CAK zodat de eigen bijdrage heffing wordt aangepast naar de juiste leveringsvorm.

AW39 (verzonden op 30-05-2018) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 30-05-2018) Van Zorgkantoor naar De Kersentuin
<p><b>Aanvraag Instelling</b>            Zorgprofiel 6VV            Leveringsvorm: VPT            Dossierhouder: De Kersentuin            Aanvraag instelling: De Kersentuin            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Ingangsdatum ztw: 13-06-2018            Einddatum ztw: geen            ToewijzingPercentage: 100%</p>	<p><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            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p>
	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (2)</b>            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</p>

### Toegewezen zorgprofiel 6VV (3)

Instelling: De Kersentuin

Soort zorgtoewijzing: Regulier

Toewijzingsdatum: 30-05-2018

ToewijzingPercentage: 100%

Ingangsdatum ztw: 13-06-2018

Einddatum ztw: geen

Klasse: KE7

Leveringsvorm: VPT

Dossierhouder: De Kersentuin

Voorbeeld 1f

#### 3.3.3.4 Zorgtoewijzingsproces voor VPT

- In de situatie dat VPT in een geclusterde setting wordt geleverd, kan de cliënt voor een woning op de wachtlijst staan. Hij wacht dan feitelijk niet op het VPT, maar op het beschikbaar komen van een woning. Wachtlijstbeheer voor zelfstandige woningen valt niet onder de Wlz (bij het VPT betaalt de cliënt zelf zijn woonlasten). Woont de cliënt tijdens de wachtperiode voor een woning nog thuis, dan krijgt hij zijn MPT of VPT met soort zorgtoewijzing Regulier en niet met soort zorgtoewijzing Overbrugging;
- Vul bij het veld dossierhouder in de AAT altijd de zorgaanbieder die de individuele zorg en/of begeleiding thuis levert (VPT). En niet de zorgaanbieder die bijvoorbeeld de dagbesteding als onderdeel van het VPT levert;
- Voor het VPT geldt een vast tarief waardoor het aanleveren van een rekenmodule niet nodig is. Wel moet de aanbieder beoordelen of er verantwoord zorg kan worden geleverd. Dat geldt voor een VPT dat in een geclusterde woonvorm of niet geclusterde woonvorm wordt geleverd. De aanbieder kan voor deze beoordeling het formulier Verantwoorde zorg thuis als handvat gebruiken. Kan een VPT niet verantwoord worden geleverd, dan wordt samen met de cliënt gezocht naar een oplossing die past bij zijn zorgbehoefte;
- Is het VPT aan één zorgaanbieder toegewezen, dan is het toewijzingspercentage 100 %;
- Wil een cliënt uit de GZ zijn dagbesteding van een andere aanbieder(s) krijgen (of via PGB)? Dan blijft in die situaties 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>75</sup>. Gebruik de rekenmodule voor een juiste berekening van de percentages voor de betrokken aanbieders (of PGB) en vul deze in de AAT met leveringsvorm VPT;
- Wordt bijvoorbeeld alleen de dagbesteding naast het VPT door een andere aanbieder(s) geleverd?<sup>76</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 dan 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 het

<sup>75</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>76</sup> Dit kan alleen bij zorgprofielen voor de gehandicaptenzorg.

VPT-tarief exclusief dagbesteding en daarnaast de losse 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 dagdelen	De Hoeve (12341234)	13% (12,7%)
Dagbesteding	H903 Dagbesteding vg midden (vg5)	5 dagdelen	De Kwekerij (56785678)	16% (15,9%)

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? Vraag deze behandeling dan via een zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor (zie 3.3.4);
- 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 daarvoor geldende voorwaarden<sup>77</sup> die zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren. Daarin staat bijvoorbeeld beschreven dat inzet van een toeslag (non)invasieve beademing bij leveringsvorm VPT of Verblijf, alleen kan 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 er sprake is van een vaste toeslag (tarief) voor één zorgaanbieder. Die toeslag kan bij een VPT niet over meerdere aanbieders worden verdeeld. Zorgkantoren controleren achteraf op juiste inzet van een toeslag.

### 3.3.3.5 Zorgtoewijzingsproces voor MPT

- Zorg thuis wordt vanaf 1 april 2018 niet meer aangevraagd in afzonderlijke functies en klassen (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging of verpleging) maar via één leveringsvorm

<sup>77</sup> Deze voorwaarden zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren.

MPT. Voordeel van de leveringsvorm MPT is dat een zorgaanbieder minder vaak een AAT hoeft in te sturen bij wijzigingen in de (omvang en/of soort) zorg;

- Een melding aanvang zorg (MAZ), mutatie of melding einde zorg (MUT/MEZ) wordt dan ook aangeleverd op de toegewezen leveringsvorm bij het zorgprofiel;
- Door de leveringsvorm MPT is niet direct zichtbaar uit welke zorg het zorgarrangement voor een cliënt bestaat. Bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, huishoudelijke hulp/verzorging of dagbesteding. Informatie over (omvang van) geleverde zorg is zichtbaar via de gedeclareerde zorg;
- Functies blijven wel bestaan voor de subsidieregeling Extramurale behandeling en voor (een beperkte groep) Wlz-indiceerbaren die in een ADL-clusterwoning wonen<sup>78</sup>. Voor cliënten met een indicatiebesluit in functies is het niet mogelijk om een functie toe te wijzen aan meerdere aanbieders en/of PGB. Voor deze laatste groep cliënten geeft het CIZ bij een gewijzigde zorgvraag een nieuwe indicatie af in functies/klasse, daarom is het aanleveren van een Rekenmodule niet nodig (geen percentage berekening);
- De leveringsvorm MPT wordt gebruikt bij een langdurig zorgarrangement thuis (Regulier) en bij tijdelijke zorg thuis tot opname (Overbrugging). Is gelijktijdig sprake van een zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf? Dan blijkt uit de soort zorgtoewijzing bij leveringsvorm MPT en/of de leveringsstatus (wachtlIJststatus) bij leveringsvorm Verblijf of de cliënt een opnamewens heeft (zie paragraaf 2.5);
- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al dat hij zijn zorg thuis wil via een MPT? Dan wijst het zorgkantoor aan de voorkeuraanbieder ook direct een percentage van 100 % toe;
- Wil een client een combinatie van MPT met PGB. Dan is het toegewezen percentage bij leveringsvorm MPT 1%. Dit wordt verder toegelicht onder paragraaf 3.3.5;
- De coördinator zorg thuis vraagt zelf een wijziging van een zorgtoewijzing aan voor het MPT. Had de cliënt geen opnamewens (geen dossierhouder actief) maar blijkt dit toch nodig én is er geen zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf? Dan kan de coördinator zorg thuis de zorgtoewijzing voor verblijfszorg ook zelf via een AAT aanvragen bij het zorgkantoor.

### **Toegewezen percentage bij MPT**

- Het basisbudget (100 %) dat bij het geïndiceerde zorgprofiel<sup>79</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 budget wordt ook logeren, casemanagement dementie 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 geen verlaging van het percentage te worden aangevraagd

<sup>78</sup> Bij verblijf in een focuswoning krijgt iemand een indicatiebesluit voor de functie ADL. Voor een kleine groep Wlz-indiceerbaren wordt tot 1 juli 2020 de zorg die het ADL-cluster zelf niet kan leveren, aanvullend geïndiceerd in functies. Landelijk is dit een heel kleine groep cliënten).

<sup>79</sup> En dus niet het (sectorvreemd) toegewezen zorgprofiel.

bij het zorgkantoor. Deze flexibele werkwijze voorkomt extra berichtenverkeer in de situatie dat alsnog meer zorg nodig is binnen het basisbudget;

- 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 coördinator zorg thuis 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 (opvangen stijging zorgvraag);
- Twijfelt de coördinator zorg thuis 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 eventueel 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. Bij inzet van (het volledige budget voor) huishoudelijke hulp beschrijft de coördinator zorg thuis in het (digitale) zorgplan welke mogelijkheden voor gebruikelijke zorg er zijn bij personen in de leefeenheid van de cliënt (en zijn sociale omgeving) en hoe deze eventueel worden benut. Dat geldt ook voor de aanwezigheid van algemeen gebruikelijke voorzieningen;
- Andere inzet 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 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 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 melding einde zorg aan op zijn toegewezen MPT. Dat moet omdat de zorgtoewijzing eerder wordt beëindigd dan de toegewezen einddatum. Was deze aanbieder ook de coördinator zorg thuis? Dan stuurt hij via het AW39-bericht niet alleen een mutatie maar gelijktijdig ook een AAT. In de AAT vult hij het juiste percentage voor de overblijvende aanbieder en hij vult deze aanbieder ook bij het veld coördinator zorg thuis. Als de vertrekkende aanbieder niet de coördinator zorg thuis is én de zorgkosten blijven binnen het basisbudget, dan hoeft de coördinator zorg thuis geen nieuwe AAT aan te vragen. Ook niet als de omvang van de geleverd zorg wijzigt. De coördinator zorg thuis legt deze verandering wel vast in het (digitale) zorgplan;

- Door het vervallen van de functies is de koppeling tussen een toegewezen functie en de gedeclareerde zorgprestatie losgelaten<sup>80</sup>. Bij declaratie van reguliere Wlz-zorg wordt deze controle vervangen door een controle tegen de toegewezen leveringsvorm. (Er wordt gecontroleerd of er een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor het MPT als bijvoorbeeld een prestatie voor persoonlijke verzorging wordt gedeclareerd).

### **3.3.4 VPT of MPT in combinatie met behandeling**

#### **3.3.4.1 Afbakening behandeling**

In de Wlz heeft een cliënt recht op behandeling. Voor het inzetten van behandeling gelden aanvullende regels. Voor een doelmatige en effectieve aanvraag van behandeling bij het zorgkantoor is het belangrijk om 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>81</sup> manier worden opgepakt. En waarvoor specifieke deskundigheid is vereist<sup>82</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.

<sup>80</sup> Uitzondering hierop vormt de functie Behandeling voor de subsidieregeling Extramuraal behandeling en de groep Wlz-indiceerbaren die nog een indicatiebesluit met functies hebben (ADL-cluster).

<sup>81</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>82</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/behandeling>

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

Binnen de sector VV 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 behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap? Dan wordt deze behandeling vergoed vanuit de Zvw<sup>83</sup> als de Wlz-behandelaar niet de competenties heeft om de noodzakelijke behandeling<sup>84</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.

#### **3.3.4.2 Behandeling naast leveringsvorm VPT en MPT**

Consultatie<sup>85</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<sup>86</sup>). 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<sup>87</sup>;
2. Onder verantwoordelijkheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is het vanaf 2017 mogelijk om voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonen ook andere disciplines kortdurend te consulteren, bijvoorbeeld een gedragswetenschapper<sup>88</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.

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.

---

<sup>83</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/zintuiglijk+gehandicaptenzorg>

<sup>84</sup> Screening (vaststellen of er een probleem is) hoort tot taak van de huisarts, SO of AVG

<sup>85</sup> Daaronder wordt ook uitgebreide diagnostiek gerekend en uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek.

<sup>86</sup> Voor deze consultatie zijn aparte NZa-prestaties beschikbaar die zonder zorgtoewijzing kunnen worden gedeclareerd.

<sup>87</sup> Voor deze vorm van consultatie hoeft een cliënt ook niet altijd een indicatie voor Wlz-zorg te hebben.

<sup>88</sup> Een huisarts heeft ook de mogelijkheid om een gedragswetenschapper buiten de SO om te benaderen voor een oudere. Dat kan alleen als de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.

Financiële ruimte voor inzet behandeling: 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 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';
- 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.

### 3.3.4.3 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 dossierhouder daarvoor een reguliere 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 langdurige Wlz-behandeling noodzakelijk dan is verblijf inclusief behandeling of een VPT inclusief behandeling voor de cliënt mogelijk een betere oplossing.



#### 3.3.4.4 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 is afgeleid van het PGB-budget voor een bepaald zorgprofiel. Landelijk is de afspraak gemaakt dat behandeling nooit mag worden ingekocht met een PGB;
- Behandeling (individueel of groep) kan dus alleen via zorg in natura geleverd worden;
- Voor Behandeling groep en Begeleiding groep geldt volgens de kaders van de Wlz een gezamenlijk maximum van 9 dagdelen (bij de indicatiestelling). Dit maximum van 9 dagdelen 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 dus meer zijn dan 9 dagdelen, zolang het past binnen het (basis)budget. Voorwaarde blijft wel dat dit niet ten koste gaat van de overige noodzakelijke zorg thuis zoals verpleging, persoonlijke verzorging of individuele begeleiding;
- Is in het tarief voor een bepaald zorgprofiel rekening gehouden met inzet van een standaard aantal dagdelen begeleiding groep, maar is behandeling groep aangewezen? Dan wordt eerst gekeken of de noodzakelijke zorg past binnen het beschikbare budget. Dat kan als behandeling bijvoorbeeld de enige zorg is die een cliënt nodig heeft;
- Kan de noodzakelijke behandeling én/of zorg niet betaald worden met het beschikbare budget? Dan wordt op het budget het aantal dagdelen begeleiding groep in mindering gebracht dat standaard in het profiel is opgenomen<sup>89</sup>. Dat gebeurt tegen het tarief dat daarvoor in PGB beschikbaar is. Er wordt op het beschikbare budget dus geen Zorg in natura tarief voor de inbegrepen Begeleiding groep in mindering gebracht;
- Vervolgens wordt het budget opgehoogd met het tarief voor de behandeling die nodig is (individueel of groep);
- Past de noodzakelijke zorg binnen het basisbudget met de module behandeling? Dan hoeft in de AAT geen toeslag te worden aangevraagd;
- 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;
- 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).

##### 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

<sup>89</sup> Dit is terug te vinden in de tabel voor het PGB tarief per zorgprofiel.

komt het beschikbare budget uit op een percentage dat hoger is dan 100% (hoger dan het basisbudget);

- 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 coördinator zorg thuis de behandeling direct aan via een AAT. In deze situaties is vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor en hoeft er geen rekenmodule of formulier Verantwoorde zorg thuis te worden aangeleverd;
- Om te voorkomen dat het zorgkantoor deze aanvragen toch gaat beoordelen vult de coördinator zorg thuis 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.);
- Is een deel van het MPT niet opgenomen in de AAT (bijvoorbeeld omdat een andere aanbieder die levert en daarin niets wijzigt)? Dan wordt dat gedeelte van het MPT door het zorgkantoor ingetrokken en niet opnieuw toegewezen. Dat levert een ongewenste situatie op voor desbetreffende zorgaanbieder;
- 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 VECOZO-notitieverkeer voor bij het zorgkantoor.

### **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 coördinator zorg thuis 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>90</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

---

<sup>90</sup> Of zijn gewaarborgde hulp. Dit is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel.

gewaarborgde hulp, door de zorgkantoren flexibel aan te passen (toepassen van zorg op maat voor het uitzetten van PGB);

- Is er geen extra financiële ruimte beschikbaar voor de volledig noodzakelijke zorg en/of behandeling? Dan kan die worden ingezet of aangevraagd vanuit de toeslag EKT (inclusief behandeling) of een andere toeslag. Dit wordt verder uitgewerkt in paragraaf 3.3.6 en 3.3.7.

### 3.3.4.5 Subsidieregeling Extramurale Behandeling

Woont iemand thuis en is er behandeling nodig van een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk gehandicapten (AVG)? En heeft deze persoon géén indicatie voor Wlz-zorg? Dan is het vanaf 2020 niet meer mogelijk om een beroep te doen op de subsidieregeling Extramurale behandeling. Iemand kan daarvoor terecht bij zijn zorgverzekering (Zvw)<sup>91</sup>.

Bij andere behandeling voor iemand die niet beschikt over een Wlz-indicatie kan wel een beroep worden gedaan op de (tijdelijke) subsidieregeling Extramurale Behandeling<sup>92</sup>. Mensen met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of een verstandelijke beperking (meerderjarig) komen hiervoor in aanmerking. De cliënt heeft daarvoor ook een indicatie van het CIZ nodig. Een indicatiebesluit voor deze subsidieregeling kan gecombineerd worden met zorg en begeleiding vanuit de Zvw of Wmo.

Een indicatiebesluit van het CIZ is niet nodig als een gedragswetenschapper of GZ-psycholoog wordt ingezet als consultatie voor de SO, AVG of huisarts/medisch specialist. Er is dan wel een verwijzing nodig van de betrokken SO, AVG, of huisarts/medisch specialist voor functionele diagnostiek of beeldvorming bij een behandelprogramma bijvoorbeeld Niet-aangeboren hersenletsel.

Een indicatie voor de subsidieregeling extramurale behandeling gaat niet samen met een Wlz-indicatie voor een zorgprofiel die bijvoorbeeld verzilverd wordt via een VPT of MPT. De aparte prestaties voor de subsidieregeling Extramurale behandeling kunnen daarom niet gelijktijdig met Wlz-zorg gedeclareerd worden. Uitzondering hierop is iemand die een indicatie heeft voor partneropname (ZZPo) in de Wlz. Voor zijn verblijf geldt een vergoeding vanuit de Wlz. Zijn overige zorg of begeleiding 'thuis' wordt vanuit de Zvw of Wmo betaald en niet vanuit de Wlz.

Heeft iemand een Wlz-indicatie voor een zorgprofiel, woont de cliënt nog thuis en is er behandeling nodig? Vraag dan via de AAT een budget voor behandeling aan. Vraag géén indicatie voor Extramurale Behandeling aan bij het CIZ. Wordt bij het CIZ wel een indicatie aangevraagd voor Extramurale Behandeling uit de subsidieregeling en wordt die afgegeven? Dan leidt dit tot ongewenste beëindiging van het indicatiebesluit voor reguliere Wlz-zorg in de iWlz-systemen van zorgkantoren. Het indicatiebesluit voor Wlz-zorg wordt overruled (overschreven) door het nieuwe indicatiebesluit voor de subsidieregeling. Zorgkantoren kunnen deze situaties niet corrigeren in het iWlz-systeem<sup>93</sup>.

<sup>91</sup> De SO of AVG wordt in de Zvw dan vergoed via de regeling Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

<sup>92</sup> Zie ook <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/extramurale-behandeling> en de overeenkomst Zorgkantoor-Zorgaanbieder Wlz voor de tijdelijke subsidieregeling Extramurale behandeling (artikel 11.1.5 Wlz).

<sup>93</sup> Ook niet als het CIZ aangeeft dat zij het indicatiebesluit voor reguliere Wlz-zorg formeel niet hebben ingetrokken.

### 3.3.5 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>94</sup>. Zorg die betaald wordt met een PGB is te combineren met MPT of VPT<sup>95</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 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>96</sup> (VoorkeurCliënt: VPT/PGB of MPT/PGB<sup>97</sup>);
- 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 percentage is voor de aanbieder een trigger om met de cliënt te bespreken of hij (een deel van de) zorg met PGB wil inkopen. De coördinator zorg thuis of dossierhouder ontvangt naast een reguliere zorgtoewijzing voor het VPT of MPT, informatief een zorgtoewijzing die naar PGB verwijst (zie tabel 1, paragraaf 3.3.3.2);
- 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 rondom bescherming van persoonsgegevens is het niet toegestaan deze informatie te delen met zorgaanbieders;
- 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 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 zorg in natura. 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;

<sup>94</sup> Behandeling en een aantal zorgprofielen (gVVB, GGZB, SGLVG en LVG) komen niet in aanmerking voor PGB.

<sup>95</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 zorgprofiel.

<sup>96</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).

<sup>97</sup> Het is niet mogelijk om in het indicatiebesluitbericht een VoorkeurCliënt VPT/PGB aan te geven.

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

IO31 (verzonden op 03-05-2018) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 03-05-2018) Van Zorgkantoor naar De Appelboom
<p><b>Indicatie</b>            Besluitnummer: 104            Soort indicatie: CIZ            Grondslag: Verstandelijke beperking            Afgiftedatum IB: 03-05-2018            Ingangsdatum IB: 03-05-2018,            Einddatum IB: geen            Meerzorg: nee            Financiering: Wlz</p>	<p><b>Toegewezen: zorgprofiel 5VG</b>            Instelling: De Appelboom            Soort zorgtoewijzing (zwt): Regulier            Toewijzingsdatum: 03-05-2018            ToewijzingPercentage: 1%            Ingangsdatum zwt: 03-05-2018,            Einddatum zwt: geen            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Appelboom</p>
<p><b>Geïndiceerd: zorgprofiel 5VG</b>            Geïndiceerde klasse: KE7            Ingangsdatum: 03-05-2018,            Einddatum: geen            VoorkeurCliënt: Combinatie PGB/MPT            Voorkeuraanbieder: De Appelboom</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (2) *</b>            Instelling: n.v.t. (leeg)            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 03-05-2018            ToewijzingPercentage: n.v.t. (leeg)            Ingangsdatum zwt: 03-05-2018            Einddatum zwt: geen            Leveringsvorm: PGB            Coördinator zorg thuis: n.v.t. (leeg)</p>

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 (alleen zorgprofielen GZ). 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 VECOZO-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 coördinator zorg thuis met behulp van de rekenmodule worden berekend. Vervolgens vraagt de coördinator zorg thuis (de verdeling van) het MPT met een AAT aan bij het zorgkantoor. De coördinator zorg thuis 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 coördinator Zorg thuis, dan is dat geen probleem. De zorgaanbieder vult dan in de aanvraag het percentage 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 coördinator zorg thuis levert in deze situaties 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 07-05-2018) Van De Appelboom naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 10-05-2018) Van Zorgkantoor naar De Appelboom
Besluitnummer: 104 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: 03-05-2018 Einddatum ztw: geen ToewijzingPercentage: 65%	<b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (1)</b> Instelling: De Appelboom Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 10-05-2018 ToewijzingPercentage: 65% Ingangsdatum ztw: 03-05-2018 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: 10-05-2018 ToewijzingPercentage: n.v.t. (leeg) Ingangsdatum ztw: 03-05-2018 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: PGB

Vervolg voorbeeld 3b

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

Een cliënt 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 vanaf 1 juli 2018 voor iedereen beschikbaar die zorg thuis kan krijgen via een MPT en/of PGB<sup>98</sup>. Dat geldt zowel voor regulier zorg thuis als voor overbruggingszorg thuis. Zo kan voor een cliënt ook beter aansluiting worden gezocht bij de zorg of begeleiding die hij via zijn zorgverzekeraar of gemeente kreeg. Of kan er thuis beter worden ingespeeld op zijn toegenomen zorgbehoefte en wordt extra belasting van zijn mantelzorg voorkomen.

Met de toeslag Extra kosten thuis 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 dan alleen ingezet worden voor behandeling. Het budget kan dan een zorgtoewijzingspercentage hebben dat hoger ligt dan 125%. Vanaf 2020 is

<sup>98</sup> De regeling 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 vanaf 1 januari 2019 voor iedereen met een MPT open is gesteld, bestaan die groepen vanaf dan niet meer in iWlz. En kunnen ze niet meer geselecteerd worden voor de AAT bij ondoelmatige zorg (Bijzondere situaties).

hiervoor een aparte aanvraagcode in de AAT beschikbaar (zie Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag EKT).

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 inzet van 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>99</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 formulier Verantwoorde zorg thuis 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 juiste aan te vragen % in de AAT, vult de coördinator zorg thuis in de rekenmodule dat er sprake is van een bijzondere situatie: EKT. Het beschikbare budget in de rekenmodule wordt dan automatisch verruimd;
- De coördinator zorg thuis 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;
- 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 (waarde 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

<sup>99</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.



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 inkoop 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 coördinator zorg thuis dat niet standaard opmaken uit het totale percentage, omdat het zorgkantoor geen percentage aan de zorgaanbieder mag doorgeven over het PGB-gedeelte. Het zorgkantoor laat de coördinator zorg thuis dan via notitieverkeer weten of er sprake is van EKT;
- Een zorgaanbieder moet achteraf wel 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.

### **3.3.7 Wat als er meer budget nodig is dan de toeslag EKT (inclusief behandeling)?**

Heeft iemand een intensieve zorgvraag en is het (basis)budget niet toereikend? Is thuis wonen wel verantwoord? Dan is het mogelijk om een van onderstaande toeslagen in MPT en/of PGB aan te vragen in plaats van het basisbudget met de toeslag EKT (inclusief behandeling). Dat geldt ook voor de zorg thuis die bij een cliënt wordt ingezet naast deeltijdverblijf.

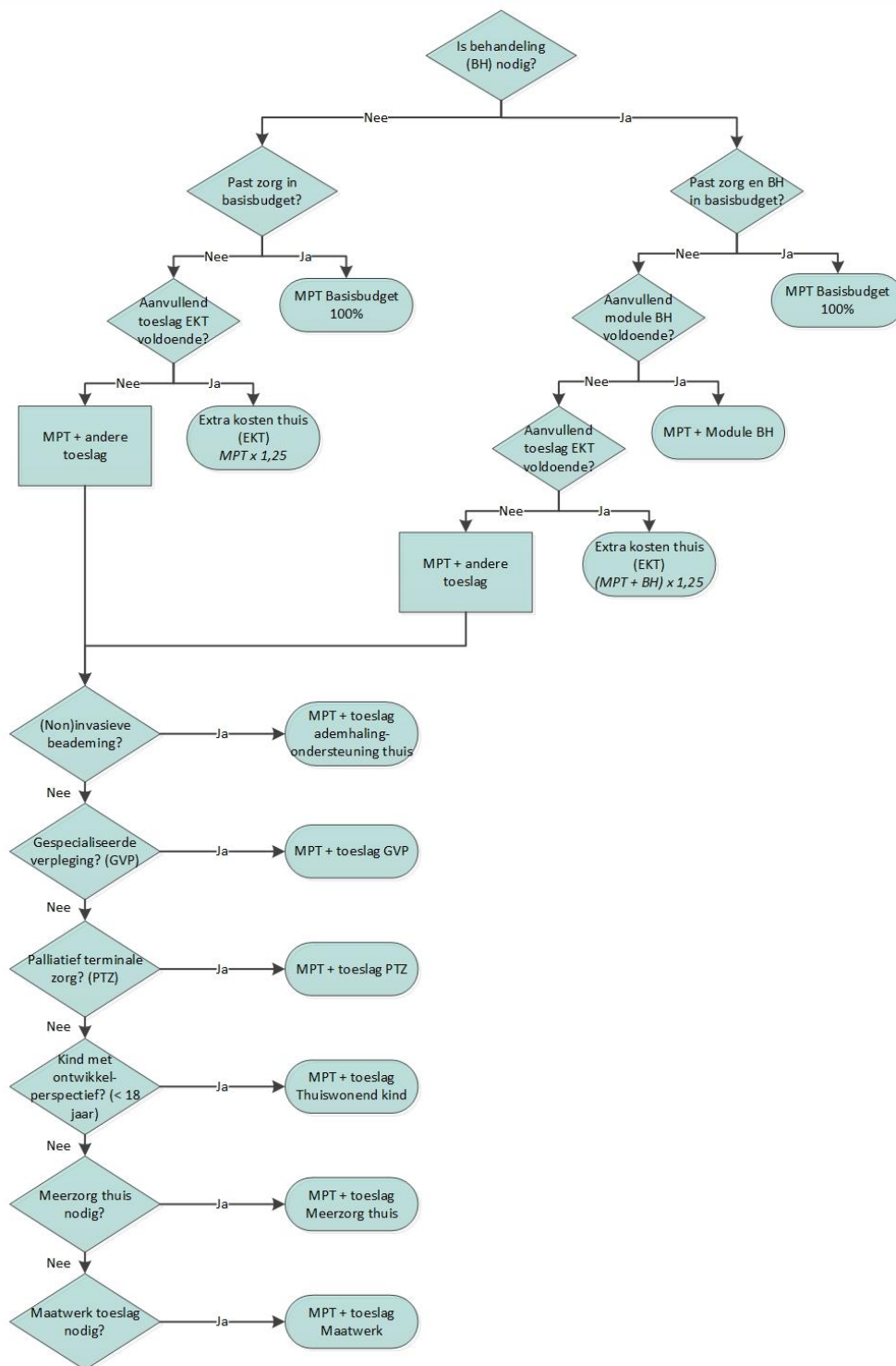
Deze toeslagen mogen niet bovenop de toeslag EKT worden gestapeld. Ze mogen ook niet met elkaar worden gecombineerd. Voor inzet van extra budget gaat de toeslag EKT overigens altijd voor op de andere toeslagen.

Welke andere toeslagen zijn bovenop het basisbudget mogelijk?

- Ademhalingsondersteuning thuis of
- Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis (GVH) of
- Palliatief terminale zorg thuis (PTZ) of
- Thuiswonend kind met ontwikkelperspectief < 18 jaar of
- Meezorg thuis of
- Maatwerktoeslag thuis of
- Ondoelmatige overbruggingszorg thuis, Actief wachtend (hoofdstuk 4)

## Modulair Pakket Thuis (verantwoord thuis)

### Aanvullende module en toeslagen



Figuur 7

### **3.3.7.1 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 en wordt in dit voorschrift niet verder uitgewerkt.

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 in een instelling ook zou zijn 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 zorg in natura (ZIN), PGB of een combinatie van ZIN met PGB.

### **Zorgtoewijzingsproces aanvraag ademhalingstoelagen**

- Een ademhalingstoeslag is niet van toepassing bij bijvoorbeeld een cliënt waar zuurstof via een 'brilletje of flowsnor' wordt toegediend, zuurstof incidenteel nodig is 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. Er is dan sprake van noodzaak van overnemen van de ademhaling via (non-)invasief beademen door (mechanische) apparatuur. Al dan niet volledig of ter ondersteuning, continue of met onderbreking (bij het wegvallen van de ademhaling bij een cliënt wordt de apparatuur automatisch ingeschakeld). Non-invasieve beademing gaat via een mond- of neuskapje, invasieve beademing via een tracheostoma;
- Bij een cliënt met non-invasieve of invasieve beademing waarvoor extra budget nodig is, hoeft de coördinator zorg thuis geen rekenmodule of formulier Verantwoorde 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. Geef bij deze situaties via de AAT aan dat er sprake is van Doelmatige zorg: Nee, Verantwoord thuis: Ja. Vul bij het veld Bijzondere situatie: Toeslag beademing, non-invasieve beademing (waarde 1) of Toeslag beademing, invasieve beademing (waarde 2);
- De coördinator zorg thuis borgt dat bij cliënten met deze vorm van ademhalingsondersteuning wordt voldaan aan voorwaarden<sup>100</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.

### **3.3.7.2 Toeslag Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis (GVH)**

Vanaf 2018 valt de gespecialiseerde verpleging die door een medisch specialist is voorgeschreven vanwege medisch specialistische behandeling onder de Wlz-aanspraken als een

<sup>100</sup> Deze voorwaarden zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren.

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 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 deze verpleging voor iemand met een Wlz-indicatie betaald vanuit de Wlz.

Vanaf 2018 wordt alleen nog gesproken over MSVT als gespecialiseerde verpleegkundige zorg wordt uitgevoerd onder directe aansturing van een medisch specialist. Het gaat dan om uitzonderlijke situaties zoals bijvoorbeeld hemodialyse<sup>101</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>102</sup>;
- Past de zorg niet binnen het beschikbare budget, dan kan de coördinator zorg thuis bij het zorgkantoor extra budget aanvragen als er sprake is van gespecialiseerd verpleegkundig handelen;
- De coördinator zorg thuis vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie:ToeslagOverig, Gespecialiseerd verpleegkundig handelen (waarde 6);
- Is er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde zorg thuis, dan hoeft de coördinator zorg thuis bij de AAT voor het totale budget géén rekenmodule of formulier verantwoorde zorg thuis 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

<sup>101</sup> Hemodialyse is een behandeling die een deel van de nierfunctie overneemt. Iemand wordt daarvoor aangesloten op een hemodialysemachine.

<sup>102</sup> Deze verpleging moet worden betaald met een bestaande, reguliere Wlz-prestatie.

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-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.

### **Toeslag GVH en Stichting Kinderthuiszorg**

Gespecialiseerde verpleging voor kinderen die dit kortdurend nodig hebben wordt geleverd door Stichting Kinderthuiszorg. Deze organisatie levert alleen gespecialiseerde verpleging en wordt daarvoor landelijk gecontracteerd door zorgkantoor Zilveren Kruis.

### **Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag GVH voor Stichting Kinderthuiszorg**

- GVH mag alleen bovenop het basisbudget MPT worden geleverd;
- Het percentage voor MPT (en/of PGB) wijzigt niet door inzet van GVH via Kinderthuiszorg;
- Is er een coördinator zorg thuis betrokken bij de cliëntsituatie? Dan levert die, in overleg met Kinderthuiszorg, een rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis aan bij het regionale zorgkantoor. Wordt er geen andere Wlz-zorg ingezet bij het kind dan levert Kinderthuiszorg dit rechtstreeks aan bij het regionale zorgkantoor;
- De coördinator zorg thuis of Kinderthuiszorg 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 (waarde 6).

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

Palliatief terminale zorg (PTZ) 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>103</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 coördinator zorg thuis en eventueel andere betrokken aanbieder(s) de landelijk vastgestelde richtlijnen voor palliatieve zorg<sup>104</sup> volgt. De coördinator zorg thuis bespreekt dit met de betrokken zorgaanbieder(s);
- De coördinator zorg thuis kan deze toeslag aanvragen als de noodzakelijke zorg, begeleiding of toezicht<sup>105</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 coördinator zorg thuis vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie: Toeslag Extra kosten thuis óf ToeslagOverig, Palliatief terminale zorg (waarde 2);
- Is er sprake is van ondoelmatig maar verantwoorde PTZ thuis, dan hoeft de coördinator zorg thuis bij de AAT voor het totale budget géén rekenmodule of formulier verantwoorde zorg thuis 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 zorg in natura dus geen aparte verklaring van de behandelend arts meer nodig over de ingeschatte levensverwachting;

<sup>103</sup> Palliatieve zorg 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>104</sup> Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL): <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/richtlijnen>.

<sup>105</sup> Rekening houdend met de mogelijkheden van mantelzorg, het (cliënt)netwerk en/of inzet van een lokale of regionale organisatie van vrijwilligers voor palliatief terminale zorg.

- 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>106</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 toewijzperiode 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>107</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 zorgprofiel, omdat zorg aan het einde van een leven 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 geïndiceerde zorgprofiel, kan de VPT-prestatie die hoort bij het zorgprofiel VV10 gedeclareerd worden;
- 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 (geïndiceerde) 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

<sup>106</sup> De tekstuele beschrijving vervangt de tem terminaliteitsverklaring. Veldpartijen zoeken naar een andere benaming.

<sup>107</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.

bij inzet van zorg in natura geen aparte schriftelijke verklaring nodig van de behandelend arts over de geschatte levensverwachting.

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

De doelgroep voor de toeslag Thuiswonend kind (< 18 jaar) met ontwikkelperspectief is kinderen met combinatie problematiek van verstandelijke beperking met lichamelijke en/of zintuiglijke beperking. 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 de ontwikkeling van het kind op de voorgrond staat. Vanuit dit perspectief gaat het ook altijd om tijdelijke inzet van extra budget. Voor de ontwikkeling van het kind is inzet van dagbesteding, dagbehandeling en/of individuele behandeling noodzakelijk.

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 groepsgericht met concrete en haalbare (behandel)doelen die programmatisch worden gegeven. Denk daarbij aan extra bewegen en ontwikkelen van praktische, sociaal/emotionele en/of cognitieve 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.

Met deze toeslag heeft het zorgkantoor ruimte voor een snellere beoordeling van de aanvraag. Voor inzet van de noodzakelijke zorg hoeft niet de volledige Meerzorg procedure te worden doorlopen.

Welke doelgroep komt bijvoorbeeld in aanmerking voor deze toeslag?

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

- zeer ernstig verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEMVB). Het IQ<sup>108</sup> van deze kinderen is niet valide en betrouwbaar te meten;
- 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);

<sup>108</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.



- 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 coördinator zorg thuis 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 coördinator zorg thuis vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij in het veld Bijzondere Situatie: Toeslag Overig, Extra budget voor behandeling (waarde 4) als de nadruk ligt op inzet van behandeling (individueel of in groepsverband) en/of (dure) dagbesteding;
- Gelijktijdig wordt een rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis 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. Dat geldt ook als er sprake is van inzet van (volledig) 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).

### **3.3.7.5 Toeslag Meezorg thuis (MPT/PGB)**

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

Niet elke cliënt kan een beroep doen op de toeslag Meezorg thuis. De toeslag Meezorg is bedoeld om cliënten met een extreme zorgzwaarte van adequate zorg te voorzien. De zorg die noodzakelijk is, is zwaarder/intensiever dan die voor 'reguliere' 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?**

De toeslag Meezorg<sup>109</sup> is in de sectoren VV en GZ bij zorg thuis van toepassing voor:

- iemand met een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud of 5ZGvis én;
- waarbij het budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel en dat is opgehoogd met de toeslag Extra kosten thuis (inclusief behandeling), niet voldoende ruimte<sup>110</sup> biedt om een passende oplossing voor de zorgbehoefte te realiseren en/of;
- iemand voor inzet van de extra zorgbehoefte<sup>111</sup> niet in aanmerking komt voor een van de voorliggende toeslagen (Ademhalingsondersteuning, PTZ, GVH of Thuiswonend kind <18 jaar met ontwikkelperspectief).

### **Wanneer kan er géén aanvraag voor de toeslag Meezorg thuis worden ingediend?**

De toeslag Meezorg 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 I);
- er sprake is van een aanvraag voor het regelen van 24-uurs toezicht in de directe nabijheid. Meezorg is bedoeld voor mensen die meer zorg nodig hebben op grond van bijzondere cliëntkenmerken en is niet bedoeld om continue toezicht thuis te organiseren (dat is ondoelmatig en in een instelling beter te organiseren).

### **Zorgtoewijzingsproces aanvraag Toeslag Meezorg thuis**

- Voor een individuele aanvraag Meezorg thuis bij VPT wordt de intramurale meezorgprocedure gevolgd (zie bijlage I);
- Bij een individuele aanvraag voor de toeslag Meezorg thuis 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 I, groepsmeezorg);
- Is er sprake van een individuele meezorg aanvraag thuis voor een cliënt met gedragsproblematiek? Dan beoordeelt het CCE in deze situaties altijd de toegang tot meezorg (MPT, MPT/PGB of alleen PGB). Het zorgkantoor beoordeelt de toegang tot meezorg in de situaties waar geen sprake is van gedragsproblematiek. De processtappen voor zorg in natura zijn terug te vinden in het processchema onderaan deze paragraaf;

<sup>109</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>110</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.

<sup>111</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.

- De zorgaanbieder gebruikt de actuele versie van de Rekenmodule Meerzorg en het daarbij horende aanvraagformulier voor een individuele aanvraag meerzorg MPT (in combinatie met PGB). En leest vooraf de invulinstructie zorgvuldig door;
- Gebruikt de zorgaanbieder een verouderde versie van het formulier en de rekenmodule dan neemt het zorgkantoor de aanvraag niet in behandeling. Dat geldt ook voor aanvragen waar;
  - de tabbladen van het adviesformulier, de rekenmodule en onderbouwing niet (goed) gevuld zijn;
  - het actuele zorgplan ontbreekt;
  - het dag/week schema ontbreekt waaruit blijkt op welke momenten er zorg, begeleiding, dagbesteding en/of dagbehandeling wordt geleverd en door welke zorgaanbieder;
  - 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 coördinator zorg thuis is. De coördinator zorg thuis is verantwoordelijk voor de aanvraag meerzorg;
- De coördinator zorg thuis vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Meerzorg (waarde 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 coördinator zorg thuis anders heeft het zorgkantoor geen totaalbeeld van het budget.) Volg anders de aanvraagprocedure MPT;
- Voor iemand uit de doelgroep Wlz-indiceerbaren gold tot 2020 een vereenvoudigde toegang tot meerzorg. De vangnetregeling maakte een aanvraag voor meerzorg thuis mogelijk bij elk zorgprofiel. Ook als dit volgens de regeling Meerzorg niet kon, bijvoorbeeld bij een indicatie voor een zorgprofiel VG4 of VG6. Vanaf 2020 kan dat niet meer. Zorgkantoren regelen dat de overgang van 2019 naar 2020 soepel verloopt voor deze groep cliënten. En zorgen ervoor dat een cliënt de zorg krijgt die nodig is en dat dit op de juiste manier wordt ingeregeld;
- Het zorgkantoor legt het besluit over een aanvraag meerzorg vast in een beschikking. In de beschikking staat of de aanvraag akkoord is;
- 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;
- Het zorgkantoor legt in de beschikking op cliëntniveau ook vast voor welke periode deze wordt afgegeven. In principe is dit voor een looptijd van maximaal 3 jaar. Tenzij er redenen zijn om hiervan af te wijken;
- De beschikking voor een aanvraag meerzorg PGB wordt door het zorgkantoor alleen naar de cliënt gestuurd. Een beschikking voor een aanvraag meerzorg MPT wordt altijd naar de aanvragende aanbieder en eventueel ook naar de cliënt gestuurd;
- 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 VECOZO-notitieverkeer. Het zorgkantoor beslist op basis van deze informatie of een nieuwe beoordeling voor meerzorg noodzakelijk is;

- De zorgaanbieder voegt bij een aanvraag voor verlenging altijd een evaluatie van de inzet van de extra middelen toe. En een evaluatie van de tot dan toe bereikte doelen (kritische reflectie/voorgangsrapportage). Wijken de aangevraagde uren af, onderbouw deze afwijking dan in de aanvraag;
- De zorgaanbieder declareert voor meerzorg thuis (MPT) de reguliere, extramurale prestaties bij het zorgkantoor;
- Voor een individuele meerzorgaanvraag VPT<sup>112</sup> gebruikt de zorgaanbieder het actuele Excel sjabloon Meerzorg. Ook voor het declaratieproces geldt een andere afspraak: meerzorg bij een VPT wordt via de dagprestatie Meerzorg gedeclareerd (zie bijlage I);
- Bij een aanvraag meerzorg VPT geldt dat de zorgaanbieder die het VPT levert, verantwoordelijk is voor de aanvraag meerzorg (dossierhouder). Deze zorgaanbieder is ook verantwoordelijk voor de coördinatie van de (meer)zorg aan de cliënt.

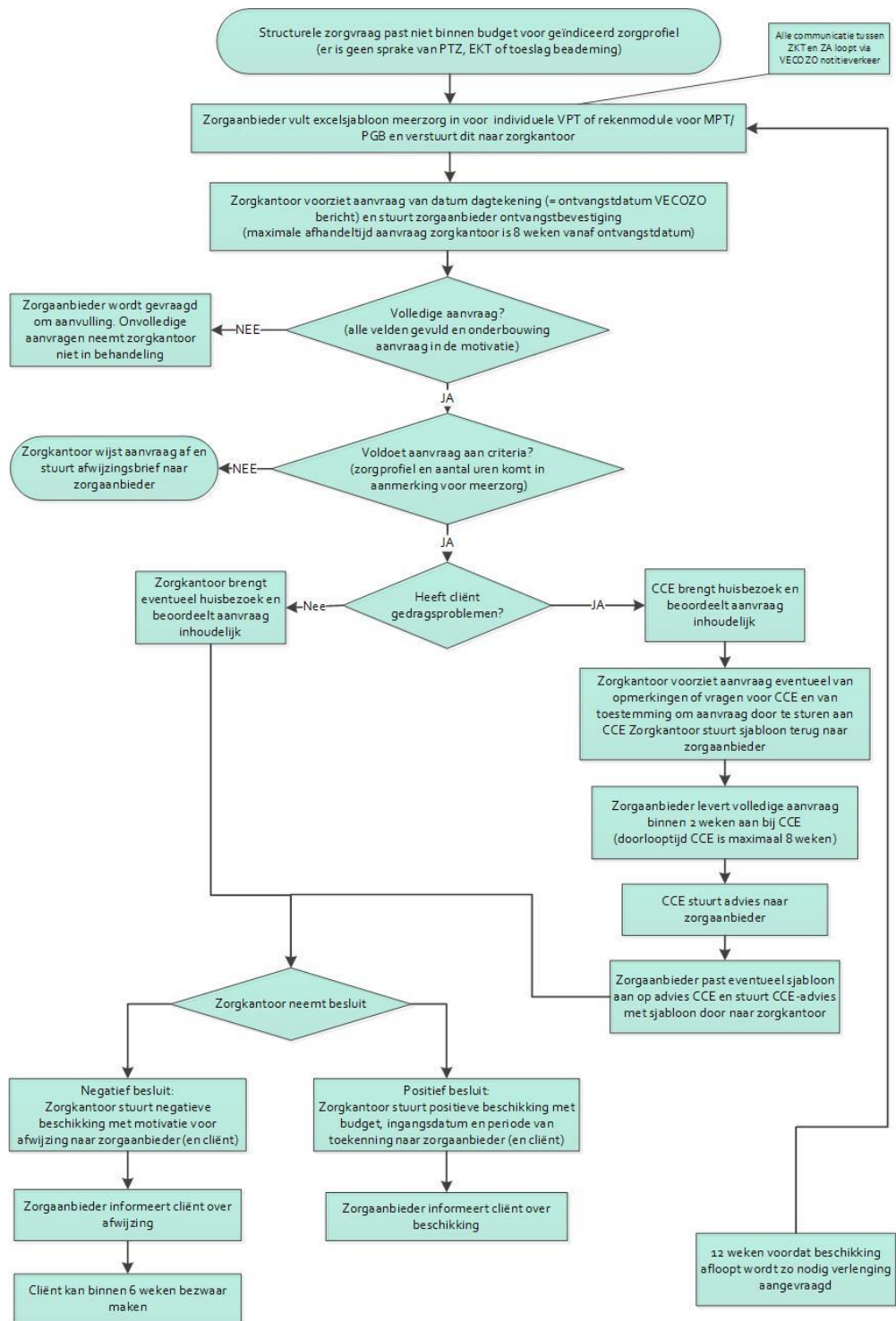
Meer informatie over de regeling Meerzorg voor verblijfszorg of in een geclusterd VPT staan uitgewerkt in bijlage I.

In bijlage I staat ook de bezwaarprocedure beschreven die gevolgd moet worden als een cliënt het niet eens is met het besluit van het zorgkantoor (zie paragraaf 14.4). En hoe te handelen bij verhuizing van een cliënt naar een andere zorgkantoor regio (zie paragraaf 14.5).

---

<sup>112</sup> Bij een individuele meerzorgaanvraag VPT gaat het om een aanvraag die niet in de definitie van "groep" past. Zie bijlage I. In deze situaties wordt via de dagprestatie Meerzorg alleen directe cliëntgebonden zorgkosten gedeclareerd en geen indirecte kosten.

## Processchema aanvraag meerzorg



Figuur 8

### 3.3.7.6 Toeslag Maatwerk dure dagbesteding en/of behandeling

De toeslag Maatwerk met dure dagbesteding en/of behandeling is bedoeld voor iemand die niet in aanmerking komt voor een van de voorliggende toeslagen (3.3.7.1 t/m 3.3.7.5). Bijvoorbeeld omdat met het geïndiceerde zorgprofiel voor een cliënt geen beroep kan worden gedaan op de toeslag Meerzorg en/of omdat er geen sprake is van een kind met ontwikkelperspectief. Door inzet van zorg op maat is wel sprake van een verantwoorde thuissituatie.

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 (vanaf 18 jaar) bijvoorbeeld extra of dure behandeling of dagbesteding nodig? En kan deze noodzakelijke behandeling of dagbesteding niet worden betaald via de toeslag Extra kosten thuis (inclusief de Module behandeling)? Dan vraagt de coördinator zorg thuis dit gemotiveerd aan bij het zorgkantoor;
- De coördinator zorg thuis vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Extra budget voor behandeling (waarde 4) als de nadruk ligt op inzet van behandeling (individueel of groep) en/of dagbesteding;
- Gelijktijdig wordt een rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis 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);
- Bij een aanvraag voor (dag)behandeling kijkt het zorgkantoor ook naar 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.
- Kan de noodzakelijke dagbesteding niet via een van de overige toeslagen vergoed worden, dan vraagt de coördinator zorg thuis dit ook aan via de AAT. In de AAT geeft hij aan dat er sprake is van ondoelmatige zorg voor een bijzondere situatie: ToeslagOverig, Overig (waarde 5). Ook hier wordt de noodzaak voor het extra budget onderbouwd aangevraagd.

En levert de coördinator zorg thuis een rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis aan bij het zorgkantoor.

### 3.3.8 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 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 bovenop het oorspronkelijke 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 extramuraal prestaties te declareren. Uitzondering hierop vormt behandeling en begeleiding groep (GZ). Inzet van begeleiding groep (dagbesteding) tijdens het logeren mag als dit aansluit bij de definitie in de NZa beleidsregel<sup>113</sup>. Dat geldt ook voor noodzakelijke behandeling als die geen onderdeel is van de logeerprestatie<sup>114</sup>. Deze prestaties 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

<sup>113</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>114</sup> Het zorgkantoor gaat uit van gepaste inzet van financiële middelen.



logeren niet in het (basis)budget dat voor een cliënt beschikbaar is? Overleg dit dan met het zorgkantoor.

- 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>115</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>116</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<sup>117</sup>. Vul daarom de rekenmodule in.

### **VPT en logeren**

Cliënten die hun zorg thuis krijgen via een VPT kunnen ook gebruik maken van een logeermogelijkheid. Vanuit het oogpunt van doelmatige inzet van zorg, is het niet toegestaan om gelijktijdig het integrale logeertarief te declareren en ook het VPT-tarief. Dit in tegenstelling tot wat de NZa beleidsregels daarover zeggen. Een dag overlap aan het begin- en aan het eind van de logeerperiode is wel toegestaan.

Logeren valt onder leveringsvorm MPT. De dossierhouder 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. Blijft de zorgaanbieder (agb-code) gelijk dan is dit niet mogelijk. Door een MAZ op het MPT (logeren) wordt dan namelijk het reguliere VPT ingetrokken. In deze situaties vraagt de dossierhouder na het logeren opnieuw een VPT aan of verrekenet het logeren via het VPT-tarief (en vraagt dus geen leveringsvorm MPT aan).

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

Er wordt van een vakantieperiode gesproken als een cliënt kortdurend maar minimaal 7 dagen aaneengesloten wordt opgenomen. Het MPT of het VPT wordt tijdens deze vakantieperiode beëindigd. De coördinator zorg thuis (MPT) of de dossierhouder (VPT) vraagt daarvoor, 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 of VPT 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) of

---

<sup>115</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>116</sup> 156 etmalen logeren kan dan leiden tot maximaal 208 etmalen declareren.

<sup>117</sup> Tenzij de cliënt deze zorg al kreeg voor invoering van het toetsingskader (1 november 2015).

dossierhouder (VPT) 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 of VPT (dus twee AW39-berichten).

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

Eerstelijns verblijf wordt vanaf 2017 geregeld door zorgverzekeraars. In bijlage A vindt u een korte beschrijving van eestelijnsverblijf. 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 E). 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.

### **3.3.9 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>118</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 coördinator zorg thuis vraagt deze aan als dat nodig is via de AAT;
- 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 zorg in natura 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>118</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).

### 3.4 Overzicht gebruik rekenmodule en formulier verantwoorde zorg thuis

Nr.	Beschrijving situatie	Zorg thuis verantwoord	AAT	AAT: reden Bijzondere Situatie	Aanleveren Rekenmodule en/of formulier
1	Aanvraag voor MPT (regulier), kosten van MPT blijven binnen basisbudget (100 %).	Ja	Nee, als de gewenste leveringsvorm ook toegewezen is	n.v.t.	Nee
2	Aanvraag voor MPT (overbruggingszorg), kosten van MPT blijven binnen basisbudget (100 %)	Ja	Ja, om MPT soort ztw Overbrugging aan te vragen	n.v.t.	Nee
3	Aanvraag MPT binnen basisbudget (100 %). Extra zorg nodig, maar totale kosten blijven binnen basisbudget. Er is wel een nieuwe zorgaanbieder of andere leveringsvorm	Ja	Ja, nieuwe aanbieder (of PGB) moet ztw krijgen voor % of gewijzigde leveringsvorm, anders is zorg niet te declareren	n.v.t.	Nee
4	Extra zorg nodig binnen MPT, maar totale kosten blijven binnen toegewezen (basis) budget. Er is geen nieuwe aanbieder, geen PGB of gewijzigde leveringsvorm. Rekenmodule geeft andere verdeling van% aan bij de al betrokken aanbieders	Ja	Nee, binnen toegewezen percentage is voor gewijzigde verdeling van % geen AAT nodig. Uitrusten of substitutie tussen aanbieders kan binnen toegewezen %	n.v.t.	Nee, als zorginzet binnen (basis)budget blijft en er geen nieuwe aanbieders bijkomen.
5	Aanvraag voor MPT is boven basisbudget (100 %) en er is sprake van ondoelmatige overbruggingszorg thuis (Actief Wachtend)	Ja	Ja, voor aanvraag juiste percentage	Toeslag Overig: 1	Ja
6	Aanvraag voor MPT is boven basisbudget (100 %) en er is sprake van EKT	Ja	Ja, om ophoging percentage naar maximaal 125 % <sup>119</sup> aan te vragen	Toeslag EKT	Nee
7	Aanvraag MPT is boven basisbudget door aanvraag behandeling, maar binnen (basisbudget inclusief behandeling)	Ja	Ja, voor aanvraag juiste percentage	n.v.t.	Nee

<sup>119</sup> Wordt er bij EKT extra behandeling ingezet dan ligt dit % hoger dan 125% (zie rekenmodule).

8	Aanvraag MPT is boven basisbudget door aanvraag behandeling, maar binnen budget EKT inclusief behandeling (> 125%)	Ja	Ja, voor aanvraag juiste percentage	Toeslag Overig:7	Nee
9	Aanvraag voor MPT is boven basisbudget en er is sprake van toeslag beademing (non-invasief)	Ja	Ja, voor aanvraag juiste percentage	Toeslag Beademing:1	Nee
10	Aanvraag MPT is boven basisbudget en er is sprake van toeslag beademing (invasief)	Ja	Ja, voor aanvraag juiste percentage	Toeslag Beademing:2	Nee
11	Aanvraag MPT is boven basisbudget en er is sprake van GVH *Is Kinderthuiszorg betrokken bij een aanvraag voor GVH voor een kind? Dan wordt wel een formulier Verantwoorde zorg thuis aangeleverd.	Ja	Ja, voor aanvraag juiste percentage	Toeslag Overig:6	Nee, tenzij Kinderthuiszorg*
12	Aanvraag MPT is boven basisbudget en er is sprake van PTZ	Ja	Ja, voor aanvraag juiste percentage	Toeslag Overig:2	Nee
13	Aanvraag MPT is boven basisbudget en toeslag EKT inclusief Behandeling: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thuiswonend kind &lt; 18 jaar met ontwikkelperspectief óf</li> <li>• Maatwerk (volwassenen) in verband met dure dagbesteding, dagbehandeling en/of individuele behandeling</li> <li>• Overige situaties</li> </ul>	Ja	Ja, voor aanvraag juiste percentage	Toeslag Overig:4 Overig:4  Overig:5	Ja, voor kosten (dure) zorg inzet boven basisbudget
14	Aanvraag MPT is boven het basis budget en er is sprake van Meerzorg	Ja	Ja, voor aanvraag juiste percentage	Toeslag Overig:3	Ja, zie Meerzorg
15	Extra zorg nodig binnen MPT, totale kosten blijven binnen toegewezen (basis) budget maar er is ook sprake van PGB. De rekenmodule geeft aan dat er sprake is van een andere verdeling van het percentage bij de bestaande aanbieders en/of PGB.	Ja	Ja, om te beoordelen of het PGB wijzigt en een eventuele wijziging in het toegewezen % voor PGB en het MPT correct te verwerken	n.v.t.	Ja, altijd bij combinatie met PGB om de verdeling van het %/ budget opnieuw te bepalen.
16	Aanvraag deeltijdverblijf en zorg thuis (MPT en/of PGB). Zie hoofdstuk 4 voor verdere toelichting.	Ja	Ja, om te beoordelen of juiste verdeling % is aangevraagd	n.v.t.	Ja

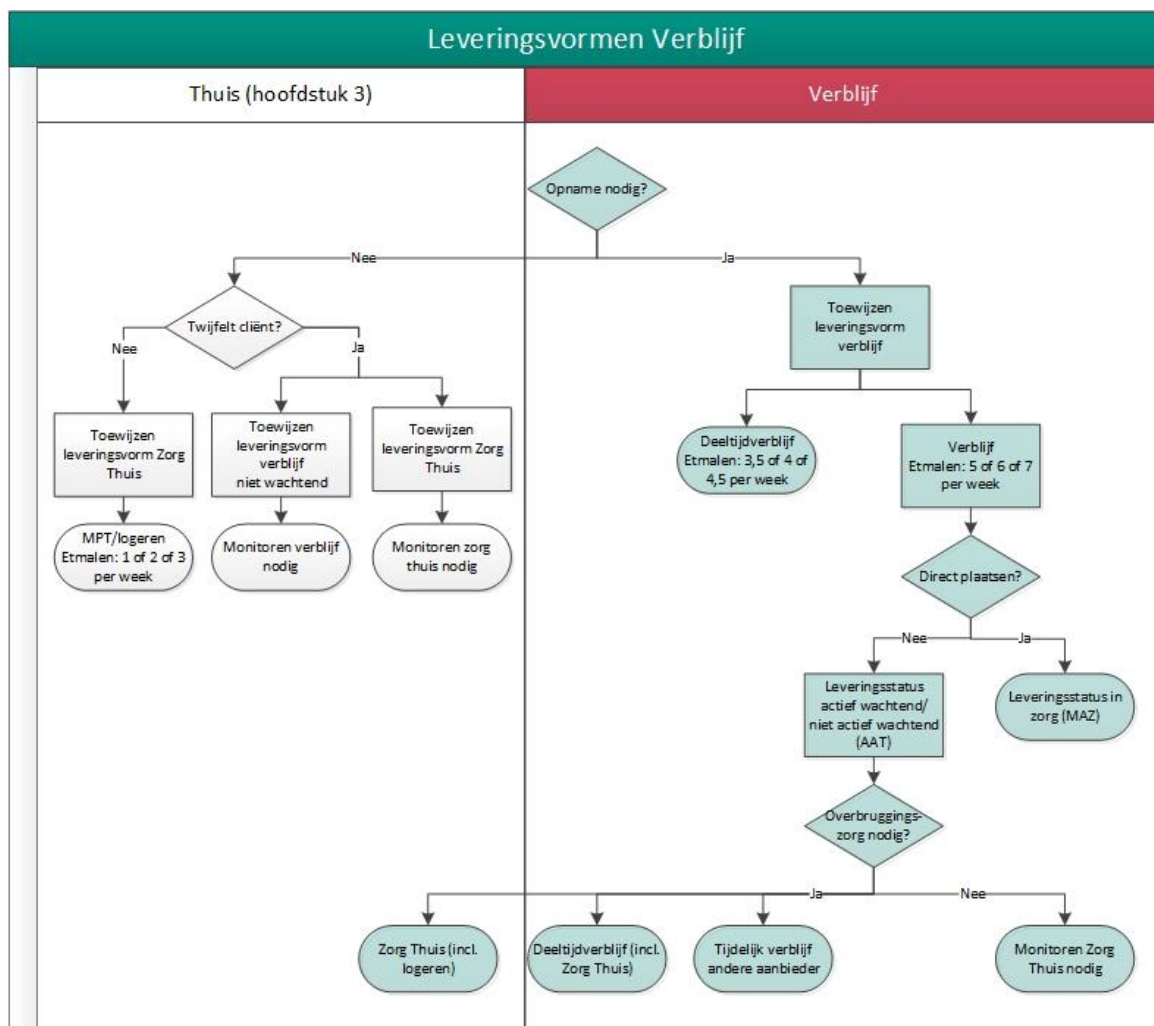
Tabel 3

# 4. Wlz-zorg bij verblijf in een instelling

## 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de algemene uitgangspunten voor het organiseren van verblijfszorg. Daarna gaan we in op de leveringsvorm deeltijdverblijf die vanaf 1 januari 2020 echt beschikbaar is voor cliënten. Deeltijdverblijf is ondergebracht in hoofdstuk 4 omdat bij deze zorg de nadruk ligt op verblijfszorg.

Na deeltijdverblijf werken we de cliëntsituaties uit waarvoor geldt dat een cliënt niet meer verantwoord en/of doelmatig thuis kan blijven wonen. Dat doen we eerst voor een cliënt die nog niet direct terecht kan bij zijn voorkeuraanbieder. En die zijn wachttijd tot opname overbruggt met zorg thuis (MPT, VPT en/of PGB), deeltijdverblijf met zorg thuis of tijdelijk verblijfszorg krijgt in een andere instelling. Daarna beschrijven we dit proces voor iemand die direct opgenomen kan worden bij zijn voorkeuraanbieder.



Figuur 9

## 4.2 Algemene uitgangspunten

### Algemene uitgangspunten voor verblijfszorg

- Mensen met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (VV), de Gehandicaptenzorg (GZ)<sup>120</sup> of geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kunnen WLz-zorg in een instelling krijgen;
- Voor de GGZ 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 verblijf, die de eerste 3 jaar betaald is vanuit de Zvw. 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

<sup>120</sup> De gehandicaptenzorg onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

zijn Wlz-indicatie, binnen 90 dagen<sup>121</sup> terugkeert naar de GGZ- behandelinstelling óf een indicatie heeft voor een ander Wlz-zorgprofiel. In alle andere situaties is er sprake van onrechtmatig gebruik van de Wlz. Iemand met een indicatie voor een GGZ-B zorgprofiel mag dus niet worden opgenomen in een VV of GZ-instelling<sup>122</sup> of Wlz-zorg thuis krijgen;

- 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>123</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>124</sup>, ZGaud1 of ZGvis 1 (zie bijlage E)? 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 meer 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.

#### 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 F);
- De kosten voor de 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 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 wil werken

<sup>121</sup> Keert iemand na 90 dagen terug in een GGZ-behandelinstelling dan wordt het medisch noodzakelijk verblijf weer vanuit de Zvw betaald.

<sup>122</sup> In 2017 is voor deze situaties eenmalig een oplossing gecreëerd via een Ministeriële overgangsregeling.

<sup>123</sup> Onder verwijzing naar art. 2.5c van het Besluit Zorgverzekeringswet.

<sup>124</sup> Is een indicatiebesluit voor zorgprofiel LG3 afgegeven na 1 januari 2015 dan valt die wel onder de Wlz.

#### 4.2.1 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 beschikbaar 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 via een VPT of MPT<sup>125</sup>;
- 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;
- Voor beide situaties van overbruggingszorg geldt dat een cliënt de leveringsstatus Actief wachtend krijgt voor verblijfszorg in het (SG)LVG behandelcentrum. De overbruggingszorg kan maximaal 13 weken worden ingezet. Na afloop van deze termijn kan de periode met maximaal 13 weken worden verlengd (enige extra uitloop is mogelijk als er zicht is op opname in een (SG)LVG-instelling);
- 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 vergoed worden met een (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 prestaties overbruggingszorg LVG of SGLVG. Is er nog geen plaats gevonden dan kan deze periode eenmalig verlengd worden met 13 weken. De zorgaanbieder stemt hier altijd over af met 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 het beste aansluit bij de cliënt nadat hij is uitbehandeld. Deze aanvragen worden altijd handmatig beoordeeld door het zorgkantoor;

<sup>125</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.



- Het regulier toegewezen, nieuwe zorgprofiel krijgt de leveringsstatus Actief wachtend. Het tijdelijke (SG)LVG zorgprofiel wordt voor een kortdurende overbruggingsperiode toegewezen aan de (SG)LVG behandelinstelling. Zodra er plaats is in een passende Wlz-instelling, wordt de zorgtoewijzing voor de overbruggingszorg ingetrokken als de aanbieder een MAZ plaatst op het nieuwe geïndiceerde en toegewezen zorgprofiel;
- Geeft het CIZ geen nieuwe indicatie af voor de Wlz? Dan stroomt hij uit naar het andere domein(en). Eventueel aangevuld met een indicatiebesluit voor de subsidieregeling Extramurale behandeling. 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 dan 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.

#### 4.2.2 Dossierhouder

##### **Dossierhouder en coördinator zorg thuis (overbruggingszorg)**

- De zorgaanbieder die een cliënt als 1e aanspreekpunt wil voor het organiseren van zijn verblijfszorg heet Dossierhouder. Dat geldt ook voor de leveringsvorm Deeltijdverblijf;
- Geeft een cliënt bij de indicatiestelling al aan dat hij een voorkeur heeft voor verblijfszorg? Dan bevat het veld VoorkeurCliënt in het indicatiebesluitbericht de waarde Verblijf;
- Het zorgkantoor wijst het geïndiceerde zorgprofiel dan direct toe aan de voorkeuraanbieder, met leveringsvorm Verblijf (Opname: Ja);
- En vult in de zorgtoewijzing de voorkeuraanbieder ook direct in het veld Dossierhouder;
- De dossierhouder 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 dossierhouder is, samen met het zorgkantoor, verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van de noodzakelijke (overbruggings)zorg voor een cliënt;
- De dossierhouder bepaalt samen met de cliënt of verblijfszorg ook de best passende oplossing is. Misschien denkt een cliënt namelijk 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 hij dit proces in gang. Dit wordt verder uitgewerkt onder Processtappen zorgtoewijzing (zie paragraaf 4.3);
- Is verblijfszorg de beste oplossing maar is er niet direct een plaats beschikbaar? Dan bespreekt de dossierhouder met de cliënt hoe de zorg tot opname het beste ingevuld kan worden. Hij houdt daarbij ook rekening met zorg thuis die een cliënt eerder heeft gehad (bijvoorbeeld vanuit de Zvw, Wmo of Wlz). Was de cliënt tevreden over zijn zorgaanbieder, dan kan deze aanbieder bijvoorbeeld worden benaderd voor inzet van overbruggingszorg. Dat kan alleen als hij ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg of via onderaannemerschap of PGB kan/wil werken;

- Bij de aanvraag van overbruggingszorg thuis via MPT geeft de dossierhouder aan wie de coördinator zorg thuis wordt. In deze situatie is er altijd sprake van een dossierhouder én een coördinator zorg thuis. Dit kan dezelfde aanbieder zijn als de coördinator zorg thuis, maar het kan ook een andere aanbieder zijn. (De coördinator zorg thuis kan later altijd weer gewijzigd worden als meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij de zorg thuis en de cliënt graag een ander eerste aanspreekpunt wil.);
- De dossierhouder is niet verantwoordelijk voor aanvragen die door de coördinator zorg thuis worden gedaan als dit een andere aanbieder is. De coördinator zorg thuis vraagt zelf een gewijzigde AAT aan bij het zorgkantoor als dat nodig is;
- De dossierhouder heeft regelmatig contact met de coördinator zorg thuis (en/of gewaarborgde hulp) over een cliënt met opnamebehoefte. Afhankelijk van de cliëntsituatie en hoe die zich ontwikkelt is er minimaal 2x per jaar onderling contact;
- De dossierhouder heeft regelmatig contact met de cliënt over mogelijkheid 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 leveringsstatus maar vindt minimaal 2 keer per jaar plaats. De dossierhouder houdt zo een integraal beeld van de cliënt en past zo nodig de leveringsstatus voor verblijfszorg aan op de opnamebehoefte;
- Bij inzet van overbruggingszorg thuis vindt de eerste evaluatie minimaal 2 weken voor het verstrijken van de norm plaats (zie bijlage A). De dossierhouder blijft het eerste aanspreekpunt als overbruggingszorg thuis niet verantwoord is en tijdelijke opname bij een andere aanbieder de aangewezen oplossing is. De dossierhouder zoekt na overleg met de coördinator zorg thuis en de cliënt naar een passende zorgaanbieder. Zo nodig schakelt hij het zorgkantoor in voor bemiddeling naar een aanbieder die op korte termijn ruimte heeft voor een (tijdelijke) plaatsing.

### **Dossierhouder en wachtlijstbeheer**

De dossierhouder:

- is verantwoordelijk voor het tijdig opnemen van de cliënt en het regelen van noodzakelijke overbruggingszorg thuis (in ieder geval de eerste keer);
- blijft verantwoordelijk voor het tijdig en juist plaatsen van een cliënt als die tijdelijk bij een andere aanbieder verblijft (in situatie van overbruggingszorg, crisis- of vakantie opname). De voorkeur van de cliënt blijft daarin leidend;
- is verantwoordelijk voor een juiste volgorde van opname. Crisisopnamen of cliënten met de leveringsstatus Actief wachtend gaan voor op cliënten met een leveringsstatus Niet-actief wachtend;
- bewaakt dat iemand die oorspronkelijk Actief wachtend was én tijdelijk is opgenomen bij een andere aanbieder, niet uit beeld raakt en toch met voorrang wordt geplaatst. Door de tijdelijke plaatsing wijzigt de urgentie van de cliëntsituatie. En kan de leveringsstatus van Actief-wachtend worden omgezet naar Niet-actief wachtend door de dossierhouder. Ook zorgkantoren monitoren deze groep cliënten in het wachtlijstbeheer;
- bewaakt dat een cliënt met de meeste wachtdagen voor een locatie, het eerste een plaats krijgt aangeboden als er sprake is van gelijke leveringsstatus 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;

- meldt tijdig bij het zorgkantoor dat er voor een Actief wachtende cliënt binnen de norm geen plaatsing mogelijk is én er geen vooruitzicht is op plaatsing (ook niet op korte termijn na verstrijken van de treeknorm). Bij een cliënt met ondoelmatige of onverantwoorde zorg thuis wordt dan door het zorgkantoor actief bemiddeld naar tijdelijke opname bij een andere aanbieder;
- is verantwoordelijk voor het actueel houden van de leveringsstatus in iWlz zodat de (landelijke) wachtlijstinformatie klopt. Is er sprake van een leveringsstatus Actief wachtend, Niet-actief wachtend of Niet wachtend dan wordt deze 'op maat' geactualiseerd via een mutatiebericht. Dit gebeurt na overleg met de cliënt of de coördinator zorg thuis. De dossierhouder bespreekt ook de impact van een bepaalde leveringsstatus met de cliënt;
- 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 een PGB (bijvoorbeeld dagbesteding). De dossierhouder houdt samen met de cliënt het totaaloverzicht;
- is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van geleverde (medische) zorg door andere aanbieders (naast Verblijf). Behalve als dit gebeurt in de constructie van onderaannemer. De dossierhouder is ook niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die een budgethouder eventueel met een PGB inkoop. Maar de dossierhouder signaleert wel tijdig bij de cliënt en/of het zorgkantoor als dit zorg leidt tot onverantwoorde zorg;
- is (de eerste keer) verantwoordelijk voor het aanvragen van een zorgtoewijzing voor reguliere zorg thuis (MPT of VPT) of deeltijdverblijf als een cliënt eigenlijk geen opnamewens heeft, maar een voorkeur had opgegeven voor verblijfszorg. De dossierhouder stuurt, in overleg met de cliënt, op de toegewezen leveringsvorm Verblijf de leveringsstatus Niet wachtend of Einde zorg. Wil de cliënt zijn zorg thuis volledig via PGB inkopen, dan levert de dossierhouder alleen een leveringsstatus aan bij het zorgkantoor.

### 4.3 Vormen van verblijfszorg

Vormen van verblijfszorg voor de sector VV, GZ of GGZ

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

#### 4.3.1 Deeltijdverblijf

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 of 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.

Hoe kan dit vaste patroon er uit zien?

- Deeltijdverblijf in een wekelijks combinatie met zorg thuis. Iemand krijgt dan gemiddeld 3,5 of 4 of 4,5 etmalen per week verblijfszorg (aaneengesloten). Ofwel: per 2 weken woont iemand dan 7, 8 of 9 etmalen niet thuis. Op de overige dagen woont iemand thuis en kan hij zorg thuis 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 deeltijdverblijf of bijvoorbeeld gebruikt worden voor logeren (in het weekend). Leegstand van een kamer wordt namelijk niet vergoed<sup>126</sup> vanuit de Wlz.
- Omdat leegstand niet vergoed wordt, mogen er ook geen afwezigheidsdagen of mutatedagen gedeclareerd worden. De wisseldag van deeltijdverblijf naar huis kan daarom niet gedeclareerd worden als Deeltijdverblijf maar wel via zorg thuis. Uitgangspunt is dat de kamer zo volledig mogelijk wordt bezet. Dit wordt in 2020 geëvalueerd en zo nodig in overleg met de NZa aangepast.

(Medische) Zorg

Deeltijdverblijf:

- kan worden ingezet voor iedereen die een Wlz-indicatie heeft en Wlz-zorg thuis kan krijgen;
- wordt alleen geleverd via zorg in natura (het verblijfsdeel);
- kan alleen gecombineerd worden met een MPT, PGB of combinatie van MPT en PGB;
- kan niet gecombineerd worden met een VPT;
- kan niet gecombineerd worden met logeren;
- 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);
- Kan niet met zorgprofielen: GGZB, SGLVG, LVG, VVgb, VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis1;
- wordt gedeclareerd als een aparte verblijfsprestatie zonder dagbesteding en zonder behandeling. Daardoor houdt een cliënt zijn eigen huisarts<sup>127</sup>, tandarts (mondzorg) en farmaceutische zorg (medicijnen)/ apotheek die vanuit de Zvw worden betaald.

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);

<sup>126</sup> Dat geldt ook voor mutatedagen (net zoals bij het logeren).

<sup>127</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).

- 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 LG, ZG of VG zorgprofiel kan naast deeltijdverblijf ook dagbesteding of dagbehandeling krijgen van een anderen zorgaanbieder. Het vervoer hiernaar toe wordt altijd uit de Wlz betaald. (Dus zowel uit huis als vanuit de instelling.) Meer informatie over vervoer naar deeltijdverblijf (wisseldagen) staat ook in bijlage G.

#### Eigen bijdrage CAK

- Voor inzet van deeltijdverblijf is het belangrijk dat de cliënt weet dat hiervoor een andere eigen bijdrage geldt dan voor zorg thuis. Bespreek dit altijd 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);
- Omdat iemand gemiddeld meer tijd (etmalen) per week op een ander adres verblijft, woont iemand volgens wet- en regelgeving niet meer thuis. Daarom geldt voor deeltijdverblijf een andere eigen bijdrage dan voor zorg 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;
- De zorgaanbieder die deeltijdverblijf gaat leveren, vult in de melding aanvang zorg (MAZ/AW35) het gemiddelde aantal etmalen dat per week wordt geleverd. Doe dit dus zorgvuldig. In iWlz 2.1 is daarvoor een nieuw veld beschikbaar in het AW35 bericht: Etmalen (3,5 of 4 of 4,5).

#### 4.3.1.2 Processtappen deeltijdverblijf (DTV)

De werkwijze voor deeltijdverblijf sluit nog niet goed aan op de reguliere processtappen van de andere leveringsvormen in de Wlz. Dat komt omdat de regelgeving pas laat in 2019 was uitgewerkt, door een aantal complexe vraagstukken rondom deze nieuwe vorm van Wlz-zorg. Voor de releasekalender iWlz geldt dat de specificaties voor aanpassingen vanaf jaar t+1 al halverwege jaar t gereed moeten zijn. Daarom zullen we op basis van opgedane ervaring begin 2020 verbeterpunten vaststellen, die worden meegenomen in een volgende iWlz-release.

#### Wachtrijbeheer

- Deeltijdverblijf is formeel nog niet als leveringsvorm geregeld;
- Omdat er daarnaast geen inschatting gemaakt kan worden van de behoefte aan deeltijdverblijf is voorlopig de keuze gemaakt om voor deze leveringsvorm in iWlz nog geen wachtlijstinformatie te ontsluiten;
- Een zorgtoewijzing (AAT/AW39-bericht)) voor deeltijdverblijf kan vanaf 2020 dan ook alleen worden aangevraagd als er een plaats beschikbaar is. Op deze leveringsvorm zijn daarom alleen de leveringsstatussen In zorg en Einde zorg van toepassing;

- Een cliënt kan bij een zorgaanbieder daarom formeel niet op een wachtlijst staan voor deeltijdverblijf. Dit heeft als nadeel dat zorgaanbieders vooralsnog een schaduwwachtlijst moeten bijhouden als er vraag is naar deeltijdverblijf;
- Gevolg hiervan is ook dat de ingangsdatum die in de AAT wordt opgenomen (Veld: ToewijzingIngangsdatum) bij Deeltijdverblijf Opname: Ja, bepaald wordt door de datum dat een cliënt feitelijk gebruik gaat maken van deze plaats;
- Deeltijdverblijf wordt uitgesplitst in Deeltijdverblijf, Opname: Ja (verblijfsdeel) en Deeltijdverblijf, Opname: Nee (zorg thuis op de overige dagen);
- Krijgt een cliënt Deeltijdverblijf Opname Ja en ook Deeltijdverblijf opname Nee? En zijn er bijvoorbeeld meerdere zorgaanbieders bij deze cliënt betrokken? Dan geven beide zorgaanbieders in de MAZ de leveringsvorm DTV door en hetzelfde aantal etmalen DTV (voor het verblijfsdeel). In de MAZ kan 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.

### Zorgtoewijzing

- Omdat deeltijdverblijf formeel geen aanspraak is in de Wlz kan het CIZ dit bij de indicatiestelling niet vullen in het veld VoorkeurCliënt;
- Het zorgkantoor kan een cliënt hier al wel direct over informeren als een cliënt bijvoorbeeld bij de indicatiestelling nog niet weet hoe hij zijn zorg wil krijgen. Het veld VoorkeurCliënt is dan leeg. Wil de cliënt graag in aanmerking komen voor deeltijdverblijf dan kan het zorgkantoor deze leveringsvorm aan een aanbieder wel direct toewijzen met een percentage van 1%. De leveringsvorm is daarvoor vanaf 2020 uitgebreid met Deeltijdverblijf (code 8);

Indicatie CIZ (IO31)	Voorkeur -Client (IO31)	Leverings- vorm (AW33)	Toe- gewezen Leverings vorm	Soort ZTW (AW33)	Toe- gewezen % (AW33)	Dossier- houder/ coördinator zorg thuis (AW33)
Zorgprofiel	Leeg	n.v.t. bemiddeling zorgkantoor	Zorg thuis (H3)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Zorgprofiel	Leeg	n.v.t. bemiddeling zorgkantoor	Deeltijd- verblijf Opname: Ja	Regulier	1%	DH
Zorgprofiel	Verblijf	Verblijf Opname: Ja	Verblijf Opname: Ja	Regulier	100%	DH
Zorgprofiel	Verblijf/ PGB	Verblijf Opname: Ja PGB	Verblijf Opname: Ja PGB	Regulier	1% leeg	DH

Tabel 4 Automatische verwerking VoorkeurCliënt uit IO31 in 1<sup>e</sup> zorgtoewijzingsbericht (Aw33)

- Het zorgkantoor vult bij toewijzing van leveringsvorm Deeltijdverblijf het veld dossierhouder omdat deeltijdverblijf gezien wordt als een verblijfsvorm;
- De dossierhouder die deze zorgtoewijzing ontvangt weet zo dat hij met de cliënt de mogelijkheid van deeltijdverblijf moet bespreken. Kan hij deze zelf niet bieden of nog niet? En is er geen andere aanbieder die dat eventueel wel direct kan? Dan bespreekt hij met de cliënt wat voorlopig een ander passend zorgarrangement is en vraagt daarvoor een zorgtoewijzing aan. De aanbieder overlegt eventueel met het zorgkantoor welke aanbieders wel deeltijdverblijf kunnen leveren en bespreekt dit met de cliënt;
- Is deeltijdverblijf niet direct mogelijk en is zorg thuis de best passende oplossing? Vraag dan via een AAT de juiste leveringsvorm voor zorg thuis aan en wijzig via de AAT de dossierhouder naar coördinator zorg thuis als dit wordt ingezet via MPT (omdat iemand voor deeltijdverblijf nog niet op een wachtlijst kan staan);
- Is deeltijdverblijf niet direct mogelijk en is verblijfszorg de best passende oplossing? Vraag dan via een AAT verblijfszorg aan en eventueel overbruggingszorg thuis;
- Heeft de cliënt bij de indicatiestelling een andere leveringsvorm als voorkeur aangegeven? Bespreek de mogelijkheid voor deeltijdverblijf dan ook altijd tijdens het samenstellen van een zorgarrangement). Is er (direct) een plaats voor deeltijdverblijf beschikbaar? Dan vraagt de dossierhouder hiervoor een zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. Dit loopt de eerste keer altijd buiten het iWlz berichtenverkeer om en via het VECOZO-notitieverkeer. Omdat het een nieuwe leveringsvorm is, beoordeelt het zorgkantoor deze aanvragen (de eerste keer) altijd handmatig;
- 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. In de rekenmodule is voor deeltijdverblijf een aparte tab ingericht. Omdat er sprake is van een andere rekenmethodiek moet deze tab worden gebruikt;
- Om te beoordelen of de zorg thuis (Deeltijdverblijf, Opname: Nee) verantwoord geleverd kan worden op de andere dagen levert hij ook een formulier Verantwoorde zorg thuis aan. Daarvoor zijn afspraken met de huisarts en ook de aanwezigheid van de juiste hulpmiddelen en roerende voorzieningen thuis relevant. Vul deze velden daarom altijd in het formulier Verantwoorde zorg;
- 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 coördinator zorg thuis. De aanbieders die bij een cliënt betrokken zijn stemmen dit onderling daarom altijd goed af;
- Omdat er sprake is van een vaste structuur, is deeltijdverblijf terug te rekenen naar een gemiddelde, wekelijkse inzet. Daardoor kan deeltijdverblijf voor een lange periode worden aangevraagd. Alleen bij structurele wijziging van het gemiddelde aantal etmalen deeltijdverblijf per week, is aanvraag van een nieuwe zorgtoewijzing nodig. Dit wordt verder toegelicht onder de rekenmethodiek voor deeltijdverblijf;
- Is het zorgkantoor akkoord? Dan ontvangt de zorgaanbieder die het deeltijdverblijf heeft aangevraagd een zorgtoewijzing voor de leveringsvorm Deeltijdverblijf (DTV), Opname Ja. De aanbieder(s) die zorg thuis leveren in de vorm van een MPT ontvangen een zorgtoewijzing met Deeltijdverblijf (DTV), Opname Nee. In deze situaties wordt voor de zorg thuis dus niet de leveringsvorm MPT toegewezen.

## Rekensystematiek

- Deeltijdverblijf is een combinatie van verblijfszorg en zorg thuis daarom geldt er een afwijkende rekenwijze voor het berekenen van het percentage;
- Voor het deeltijdverblijf (Opname Ja én Opname Nee) is per zorgprofiel een basisbudget beschikbaar. Dit budget is opgebouwd uit de totale kosten van deeltijdverblijf (DTV prestaties) en de zorg thuis (MPT prestaties);
- Dit basisbudget wordt, net zoals bij de leveringsvormen voor zorg thuis, uitgedrukt in een percentage van 100% (zie paragraaf 3.3.3);
- De 100% verwijst naar het NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel (deeltijdverblijf exclusief dagbesteding, exclusief behandeling);
- Omdat de DTV prestaties altijd exclusief behandeling zijn, wordt de behandeling in het budget voor zorg thuis meegerekend. Dat geldt dus ook voor de behandeling die tijdens het deeltijdverblijf geleverd wordt;
- De DTV-prestaties zijn altijd exclusief dagbesteding. Bij VV-zorgprofielen is er ook geen aparte component voor dagbesteding in het DTV-tarief (net zoals bij verblijfszorg is dagbesteding onderdeel van het tarief). Is een cliënt thuis dan kan de dagbesteding gewoon via de prestaties voor zorg thuis worden gedeclareerd;
- Bij de GZ-zorgprofielen wordt er wel een aparte component voor dagbesteding onderscheiden in het DTV-tarief, maar er wordt altijd een DTV-tarief exclusief dagbesteding gedeclareerd. Heeft een cliënt tijdens zijn deeltijdverblijf dagbesteding nodig? Dan wordt deze dagbesteding meegenomen in de berekening van het zorg thuis budget. 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. De dagbesteding naast DTV wordt als een MPT-prestatie gedeclareerd;
- Eventuele extra kosten voor zorg thuis worden berekend over het budget voor zorg thuis;
- Om te bepalen welk budget er beschikbaar is voor de zorg thuis (Deeltijdverblijf Opname Nee), wordt het basisbudget gecorrigeerd voor het aantal etmalen dat iemand gebruik maakt van deeltijdverblijf. Gaat een cliënt bijvoorbeeld wekelijks 4 etmalen naar het deeltijdverblijf (4/7 deel)? Dan resteert voor zorg thuis 3/7 deel van het basisbudget;
- De rekenmodule helpt bij de berekening van het juiste budget en het bijbehorende percentage dat in de aangepaste zorgtoewijzing (AAT) moet worden aangevraagd.

*Dhr. Willems krijgt voor het eerst een indicatie voor de Wlz. Het CIZ indiceert een 6VV. Hij wil graag gebruik maken van deeltijdverblijf (DTV) in combinatie met zorg thuis. Hij weet nog niet van welke zorgaanbieder hij dit wil krijgen. Omdat het om DTV gaat, kan het CIZ het veld VoorkeurCliënt niet vullen en blijft dit leeg. Omdat het veld Voorkeuraanbieder en VoorkeurCliënt leeg is, pakt het Zorgkantoor de zorgbemiddeling op na ontvangst van het indicatiebesluit. Samen beslissen ze dat de voorkeuraanbieder Bloemenweide is voor het verblijfsdeel (DTV, Opname Ja) en dat Zonneheuvel de voorkeuraanbieder is voor de zorg thuis (DTV, Opname Nee). Het zorgkantoor wijst de leveringsvorm Deeltijdverblijf (Opname, Ja) toe aan Bloemenweide, met 1%. Bloemenweide weet zo dat hij met dhr. Willems moet gaan overleggen over invulling van zijn zorgvraag.*

*Bloemenweide heeft direct een plaats beschikbaar en zet, in overleg met dhr. Willems, 4 etmalen in per week. Na overleg met Zonneheuvel over de zorg thuis vraagt hij (als dossierhouder) een AAT aan bij het zorgkantoor. Bloemenweide levert daarbij een rekenmodule aan met de verdeling van de percentages voor beide aanbieders. En een formulier Verantwoorde zorg om aan te geven of de zorg*



*thuis verantwoord geregeld kan worden. (De zorg thuis kan binnen het totale basisbudget voor DTV geleverd worden en is daarom doelmatig.)*

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	Zonneheувel (56795679)	8% 3% 5%

Voorbeeld 1: Ingevlude aanvraag rekenmodule DTV

AW39 (verzonden op 10-01-2020) Van Bloemenweide naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op) Van Zorgkantoor naar
<p>Besluitnummer: 101 Afgiftedatum IB: 08-01-2020 Aanvraag zorgprofiel: 6VV Leveringsvorm: DTV Etmalen: 4 Klasse: n.v.t. Dossierhouder: Bloemenweide Coördinator zorg thuis: nv Doelmatig: Ja Bijzondere situatie: n.v.t. Verantwoord: Ja</p> <p><b>Aanvraag (AAT) instelling</b> Bloemenweide Soort zorgtoewijzing: Regulier Leveringsvorm: DTV Opname: Ja Ingangsdatum ztw: 10-01-2020 Einddatum ztw: geen/leeg ToewijzingPercentage: 85%</p> <p>Zonneheувel Soort zorgtoewijzing: Regulier Leveringsvorm: DTV Opname: Nee Ingangsdatum ztw: 10-01-2020 Einddatum ztw: geen/leeg ToewijzingPercentage: 16%</p>	<p>Instelling: Bloemenweide toegewezen zorgprofiel: 6VV Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 10-01-2020 ToewijzingPercentage: 85% Ingangsdatum ztw: 10-01-2020 Einddatum ztw: geen/leeg Leveringsvorm: DTV, Opname: Ja Etmalen: 4 Klasse: n.v.t. Dossierhouder: Bloemenweide Coördinator zorg thuis: nv</p> <p>Instelling: Zonneheувel toegewezen zorgprofiel: 6VV Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 10-01-2020 ToewijzingPercentage: 16% Ingangsdatum ztw: 10-01-2020 Einddatum ztw: geen/leeg Leveringsvorm: DTV, Opname: Nee Etmalen: 4 (is gelijk aan DTV, Opname Ja) Klasse: n.v.t. Dossierhouder: Bloemenweide Coördinator zorg thuis: n.v.t.</p>

Omdat Bloemenweide direct plaats heeft, kan hij ook direct een MAZ sturen na ontvangst van de zorgtoewijzing. Ook Zonneheuvel kan direct met de zorg thuis starten en stuurt na ontvangst van de zorgtoewijzing een MAZ.

AW35 (verzonden op 10-1-2020) Van beide zorgaanbieders naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 10-01-2020) Van Zorgkantoor naar CAK
Instelling: Bloemenweide Geleverd zorgprofiel: 6VV Begindatum: 10-01-2020 Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: DTV Etmalen: 4	Geleverde zorg: zorgprofiel 6VV Startdatum: 10-01-2020 Leveringsvorm: DTV Instelling: Bloemenweide Etmalen: 4 Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)
Instelling: Zonneheuvel Geleverd zorgprofiel: 6VV Begindatum: 10-01-2020 Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: DTV Etmalen: 4	

Bloemenweide wordt vanaf 1 februari 2020 ook gecontracteerd voor het leveren van zorg thuis door het zorgkantoor. In overleg met Dhr. Willems en Zonneheuvel, neemt Bloemenweide de verpleging vanaf 1 februari over. Zonneheuvel blijft thuis wel de Persoonlijke verzorging en Huishoudelijke hulp leveren. Bloemenweide vraagt een nieuwe AAT aan voor zichzelf en Zonneheuvel met gewijzigde % zoals hieronder uitgewerkt. Let op: het percentage voor zorg thuis dat Bloemenweide gaat leveren, wordt aangevraagd onder DTV, Opname: Ja. En dus opgeteld bij het verblijfsdeel. Dit wordt in de rekenmodule verder uitgelegd

Soort zorg	Te declareren prestatie	Etmalen/ dagdelen	Zorgaanbieder (agb-code)	Afgerond percentage
Deeltijdverblijf Opname: Ja	Do61 DTV 6VV H104 Verpleging	4 etmalen 60 min	Bloemenweide (12351235)	93%
Deeltijdverblijf Opname: Nee	H117 Huishoudelijke hulp H126 Persoonlijke verzorging	60 min 60 min	Zonneheuvel (56795679)	5% 3%

Voorbeeld 2: Inge vulde aanvraag rekenmodule DTV

De situatie bij dhr. Willems vraagt om inzet van extra zorg thuis. Het aantal aanbieders dat betrokken is bij dhr. Willems wijzigt ook. Er komt een aanbieder bij die bij dhr. individuele begeleiding gaat leveren.

Soort zorg	Te declareren prestatie	Etmalen/ dagdelen	Zorgaanbieder (agb-code)	Afgerond percentage
Deeltijdverblijf Opname: Ja	Do61 DTV 6VV H104 Verpleging	4 etmalen 90 min	Bloemenweide (12351235)	96%
Deeltijdverblijf Opname: Nee	H117 Huishoudelijke hulp H126 Persoonlijke verzorging	90 min 90 min	Zonneheuvel (56795679)	5% 8%
Deeltijdverblijf Opname: Nee	H300 Begeleiding	90 min	Duinzicht (44434443)	9%

Voorbeeld 3 Ingevulde aanvraag rekenmodule DTV

AW39 (verzonden op 10-01-2020) Van Bloemenweide naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op) Van Zorgkantoor naar
<p>Besluitnummer: 101 Afgiftedatum IB: 08-01-2020 Aanvraag zorgprofiel: 6VV Leveringsvorm: DTV Etmalen: 4 Klasse: n.v.t. Dossierhouder: Bloemenweide Coördinator zorg thuis: n.v.t. Doelmatig: Nee Bijzondere situatie: EKT Verantwoord: Ja</p> <p><b>Aanvraag (AAT) instelling</b> Bloemenweide Soort zorgtoewijzing: Regulier Leveringsvorm: DTV Opname: Ja Ingangsdatum ztw: 01-03-2020 Einddatum ztw: geen/leeg ToewijzingPercentage: 96%</p> <p>Zonneheuvel Soort zorgtoewijzing: Regulier Leveringsvorm: DTV Opname: Nee Ingangsdatum ztw: 01-03-2020 Einddatum ztw: geen/leeg ToewijzingPercentage: 13%</p> <p>Duinzicht Soort zorgtoewijzing: Regulier Leveringsvorm: DTV Opname: Nee</p>	<p><b>Instelling: Bloemenweide</b> toegewezen zorgprofiel: 6VV Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 01-03-2020 ToewijzingPercentage: 93% Ingangsdatum ztw: 01-02-2020 Einddatum ztw: 29-02-2020 Leveringsvorm: DTV Opname: Ja Etmalen: 4 Klasse: n.v.t. Dossierhouder: Bloemenweide Coördinator zorg thuis: n.v.t.</p> <p><b>Instelling: Bloemenweide</b> toegewezen zorgprofiel: 6VV Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 01-03-2020 ToewijzingPercentage: 96% Ingangsdatum ztw: 01-03-2020 Einddatum ztw: leeg Leveringsvorm: DTV Opname: Ja Etmalen: 4 Klasse: n.v.t. Dossierhouder: Bloemenweide Coördinator zorg thuis: n.v.t.</p> <p><b>Instelling: Zonneheuvel</b> toegewezen zorgprofiel: 6VV Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 01-03-2020</p>

Ingangsdatum ztw: 01-03-2020  
Einddatum ztw: geen/leeg  
ToewijzingPercentage: 9%

ToewijzingPercentage: 8%  
Ingangsdatum ztw: 01-02-2020  
Einddatum ztw: 29-02-2020  
Leveringsvorm: DTV, Opname: Nee  
Etmalen: 4 (is gelijk aan DTV, Opname Ja)  
Klasse: n.v.t.  
Dossierhouder: Bloemenweide  
Coördinator zorg thuis: n.v.t.

**Instelling: Zonneheuvel**

toegewezen zorgprofiel: 6VV  
Soort zorgtoewijzing: Regulier  
Toewijzingsdatum: 01-03-2020  
ToewijzingPercentage: 13%  
Ingangsdatum ztw: 01-03-2020  
Einddatum ztw: geen/leeg  
Leveringsvorm: DTV, Opname: Nee  
Etmalen: 4 (is gelijk aan DTV, Opname Ja)  
Klasse: n.v.t.  
Dossierhouder: Bloemenweide  
Coördinator zorg thuis: n.v.t.

**Instelling: Duinzicht**

toegewezen zorgprofiel: 6VV  
Soort zorgtoewijzing: Regulier  
Toewijzingsdatum: 01-03-2020  
ToewijzingPercentage: 9%  
Ingangsdatum ztw: 01-03-2020  
Einddatum ztw: geen/leeg  
Leveringsvorm: DTV, Opname: Nee  
Etmalen: 4 (is gelijk aan DTV, Opname Ja)  
Klasse: n.v.t.  
Dossierhouder: Bloemenweide  
Coördinator zorg thuis: n.v.t.

#### 4.3.2 Verblijf in een instelling

Is er bij een cliënt een opnamewens of opnamebehoefte en kan de dossierhouder niet direct een plaats aanbieden (in zorg nemen) bij de voorkeurslocatie van de cliënt? Blijft de voorkeur van de cliënt ongewijzigd, dan plaatst de dossierhouder de cliënt op de wachtlijst voor deze locatie. De dossierhouder geeft de juiste leveringsstatus via het mutatiebericht (AW39) door aan het zorgkantoor en vraagt gelijktijdig de noodzakelijke overbruggingszorg aan.

##### 4.3.1.2 Zorg thuis tot opname (VPT, MPT en/of PGB, deeltijdverblijf)

De wachttijd tot opname kan worden overbrugd met zorg thuis, op voorwaarde dat deze (doelmatig en) verantwoord is. Het gaat hier om het organiseren en aanvragen van een MPT, VPT of deeltijdverblijf met zorg thuis<sup>128</sup>.

<sup>128</sup> PGB wordt altijd door de cliënt zelf aangevraagd bij het zorgkantoor en niet via de dossierhouder.

### Zorgtoewijzingsproces Overbruggingszorg thuis (MPT of VPT)

- De dossierhouder is de eerste keer altijd verantwoordelijk voor het tijdig aanvragen van overbruggingszorg (thuis). Daarna loopt dit bij inzet van MPT via de coördinator zorg thuis, daarvoor hoeft hij geen reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg te hebben;
- Ook hier geldt dat in één AAT een zorgtoewijzing voor één leveringsvorm wordt aangevraagd. In één AAT kan bijvoorbeeld niet de leveringsvorm Verblijf én leveringsvorm MPT zijn opgenomen;
- Als de dossierhouder de overbruggingszorg (MPT) zelf volledig levert, dan heeft hij zowel de rol van dossierhouder als coördinator zorg thuis. Zijn instelling is dan zowel bij het veld dossierhouder (voor verblijfszorg) als bij het veld coördinator zorg thuis gevuld;
- In de situatie dat meerdere aanbieders betrokken zijn bij het leveren van overbruggingszorg via MPT, bespreekt de dossierhouder met de cliënt wie hij als eerste aanspreekpunt wil. De dossierhouder vult deze aanbieder in het veld coördinator zorg thuis in de AAT. De dossierhouder bewaakt dat de rol van coördinator zorg thuis actief wordt opgepakt. Voor de dossierhouder moet duidelijk zijn met welke zorgaanbieder hij moet afstemmen over mogelijkheden tot plaatsing;
- Voor aanvraag van de overbruggingszorg, overlegt de dossierhouder met de voorkeur-aanbieder over de inhoud van de AAT. Ze kunnen samen ook besluiten dat de dossierhouder hiervoor de eerste keer een percentage van 100% aanvraagt. De zorgaanbieder die de overbruggingszorg gaat leveren bespreekt dan met de cliënt wat er precies nodig is en vraagt daarvoor zo nodig een nieuwe zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor;
- De dossierhouder of coördinator zorg thuis stelt het overbruggingszorg arrangement samen op basis van de feitelijke zorgbehoefte van een cliënt. Overbruggingszorg thuis wordt ook in een budgetcomponenten (percentage) aangevraagd. Net zoals regulier zorg thuis (zie hoofdstuk 3) en deeltijdverblijf;
- Om het aan te vragen percentage (%) te berekenen wordt de rekenmodule gebruikt. Wordt overbruggingszorg thuis door één zorgaanbieder geleverd en past die binnen het basisbudget van het geïndiceerde zorgprofiel (doelmatige zorg)? Dan wordt de juiste leveringsvorm (VPT of MPT) aangevraagd, met soort zorgtoewijzing Overbrugging en een budgetcomponent van 100 %;
- Is, gezien de zorgbehoefte, 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>129</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 kan worden geleverd óf binnen de ruimte van de regeling Extra kosten thuis past. Dat geldt ook voor het formulier Verantwoorde zorg thuis als de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd;

<sup>129</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.

- De coördinator zorg thuis (of dossierhouder) moet altijd alle zorg die voor een bepaalde leveringsvorm geleverd wordt in de AAT opnemen. Ook als er voor een aanbieder niets verandert. Gebeurt dit niet dan wordt deze periode niet opnieuw toegewezen door het zorgkantoor en loopt deze aanbieder een financieel risico;
- Zorgkantoren regelen dat naast de wijziging voor leveringsvorm MPT of VPT, óók de actuele leveringsvorm Verblijf informatief wordt opgenomen in het zorgtoewijzingsbericht. Dit bericht gaat naar alle aanbieders die op dat moment bij een cliënt zijn betrokken. Zo blijft iedereen op de hoogte van de actuele zorgvraag en zorginzet bij een cliënt;
- Een actuele zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf wordt dus niet ingetrokken als in het AW39-bericht alléén een AAT is opgenomen voor zorg thuis<sup>130</sup>;
- Levert de dossierhouder de overbruggingszorg in de vorm van een VPT zelf, dan neemt hij zichzelf op als dossierhouder in de AAT. En vraagt via de AAT de leveringsvorm VPT aan met soort zorgtoewijzing Overbrugging;
- Wil de cliënt zijn overbruggingszorg (VPT) via een andere zorgaanbieder? Dan overlegt de dossierhouder 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 niet worden gevuld in het veld dossierhouder bij de aangevraagde leveringsvorm VPT. Het veld dossierhouder kan per cliënt namelijk maar 1x worden gevuld in de AAT. In deze situaties ligt de rol van dossierhouder 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;
- 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 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.

### **Zorgtoewijzingsproces Overbruggingszorg Deeltijdverblijf**

- Levert de dossierhouder de overbruggingszorg in de vorm van deeltijdverblijf zelf, dan neemt hij zichzelf op als dossierhouder in de AAT. En vraagt via de AAT ook de leveringsvorm deeltijdverblijf aan en de benodigde zorg thuis naast het deeltijdverblijf;
- Deeltijdverblijf om de wachtperiode tot opname te overbruggen wordt aangevraagd met soort zorgtoewijzing Regulier. Het is technisch niet mogelijk om daarvoor soort zorgtoewijzing Overbrugging te gebruiken. Dit voorbeeld is hieronder uitgewerkt;
- Wil de cliënt deeltijdverblijf tijdens de wachtperiode combineren met zorg thuis en zo bijvoorbeeld alvast wennen aan opname? Levert een andere zorgaanbieder het deeltijdverblijf? Dan vraagt de aanbieder voor deeltijdverblijf de zorgtoewijzing hiervoor aan bij het zorgkantoor. Dat wordt dus niet gedaan door de dossierhouder voor verblijfszorg. De aanbieder voor verblijfszorg draagt zijn rol als dossierhouder daarvoor tijdelijk over aan de aanbieder voor deeltijdverblijf;
- De eerste zorgtoewijzing voor deeltijdverblijf wordt door deze tijdelijke dossierhouder altijd aangevraagd via het VEZOZO notitieverkeer. Daarna kan de tijdelijke dossierhouder een

<sup>130</sup> Dat geldt niet alleen voor een aanvraag MPT maar ook voor een aanvraag VPT.

wijziging op de leveringsvorm DTV via een AAT aanvragen. Dat geldt ook voor de zorg thuis naast deeltijdverblijf. De coördinator zorg thuis kan zelf dus geen wijziging op de zorg thuis aanvragen die op de overige dagen wordt geleverd (bij DTV is er geen sprake van een coördinator zorg thuis).

Dhr. Willems kan niet meer thuis wonen. De oplossing DTV met zorg thuis biedt toch geen verantwoorde thuissituatie. De voorkeuraanbieder voor verblijfszorg is De Duinroos. Tot opname wordt DTV met zorg thuis gecontinueerd. De dossierhouder voor DTV (Bloemenweide) vraagt een AAT aan voor de verblijfszorg bij De Duinroos.

AW39 (verzonden op 10-01-2020) Van Bloemenweide naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op) Van Zorgkantoor naar
<p>Besluitnummer: 101 Afgiftedatum IB: 08-01-2020 Aanvraag zorgprofiel: 6VV Leveringsvorm: Verblijf Etmalen: n.v.t. Klasse: 7 Dossierhouder: Bloemenweide Coördinator zorg thuis: n.v.t. Doelmatig: n.v.t. Verantwoord: n.v.t.</p> <p><b>Aanvraag (AAT) instelling</b> De Duinroos Soort zorgtoewijzing: Regulier Opname: Ja Ingangsdatum ztw: 15-7-2020 Einddatum ztw: geen/leeg ToewijzingPercentage: 100%</p>	<p><b>Instelling: De Duinroos</b> toegewezen zorgprofiel: 6VV Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 16-07-2020 ToewijzingPercentage: 100% Ingangsdatum ztw: 15-07-2020 Einddatum ztw: leeg Leveringsvorm: Verblijf Opname: Ja Etmalen: n.v.t. Klasse: KE7 Dossierhouder: Bloemenweide Coördinator zorg thuis: n.v.t.</p> <p><b>Instelling: Bloemenweide</b> toegewezen zorgprofiel: 6VV Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 01-03-2020 ToewijzingPercentage: 96% Ingangsdatum ztw: 01-03-2020 Einddatum ztw: leeg Leveringsvorm: DTV Opname: Ja Etmalen: 4 Klasse: n.v.t. Dossierhouder: Bloemenweide Coördinator zorg thuis: n.v.t.</p> <p><b>Instelling: Zonneheuvel</b> toegewezen zorgprofiel: 6VV Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 01-03-2020 ToewijzingPercentage: 13% Ingangsdatum ztw: 01-03-2020 Einddatum ztw: geen/leeg Leveringsvorm: DTV, Opname: Nee Etmalen: 4 (is gelijk aan DTV, Opname Ja)</p>

Klasse: n.v.t.  
Dossierhouder: Bloemenweide  
Coördinator zorg thuis: n.v.t.

**Instelling: Duinzicht**  
toegewezen zorgprofiel: 6VV  
Soort zorgtoewijzing: Regulier  
Toewijzingsdatum: 01-03-2020  
ToewijzingPercentage: 9%  
Ingangsdatum ztw: 01-03-2020  
Einddatum ztw: geen/leeg  
Leveringsvorm: DTV, Opname: Nee  
Etmalen: 4 (is gelijk aan DTV, Opname Ja)  
Klasse: n.v.t.  
Dossierhouder: Bloemenweide  
Coördinator zorg thuis: n.v.t.

*De Duinroos heeft nog niet direct plaats en stuurt een AW-39 met de leveringsstatus Niet-actief wachtend. Zodra De Duinroos plaats heeft en een MAZ stuurt voor verblijfszorg, trekt het zorgkantoor alle zorgtoewijzingen voor DTV (Opname: Ja en Opname: Nee) in. Vanaf dat moment wijzigt de rol van dossierhouder van Bloemenweide naar De Duinroos. Dit wordt door betrokken partijen zelf gewijzigd in de systemen.*

### **Zorgtoewijzingsproces overig**

- Blijkt uit het gesprek van de dossierhouder met een cliënt dat hij zorg thuis wil en geen verblijfszorg? Dan levert de dossierhouder bij de AAT voor zorg thuis, gelijktijdig een mutatie (MUT12, Einde zorg of Niet wachtend) aan voor wijziging van de leveringsstatus bij de leveringsvorm Verblijf. (De dossierhouder levert alleen een MUT12 aan op de leveringsvorm Verblijf als de cliënt zijn zorg thuis volledig via PGB wil inkopen);
- Heeft de cliënt en opnamewens en is er niet direct plaats? Dan vertelt de dossierhouder de cliënt dat hij bij zijn keuze voor een (overbruggingszorg) aanbieder ook begeleid kan worden door het zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner. De dossierhouder 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;
- Een mutatie-reden wordt ook samen met een AAT aangeleverd als de leveringsstatus voor een leveringsvorm wijzigt (en daardoor iets verandert in de zorgtoewijzing). Staat een cliënt bijvoorbeeld al te wachten voor verblijfszorg (Niet-actief wachtend), ontstaat er een (bijna) crisis én is er meer zorg thuis nodig (MPT)? Dan wijzigt de dossierhouder via een mutatie (MUT18) de leveringsstatus bij verblijfszorg naar Actief wachtend en vraagt eventueel, in overleg met de coördinator zorg thuis, via een AAT meer overbruggingszorg thuis aan;
- Wijzigt de dossierhouder later (wil een cliënt de verblijfszorg liever van een andere aanbieder krijgen)? Maar verandert er niets aan de al toegewezen overbruggingszorg? Dan



draagt de dossierhouder alleen het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf via een AW39-bericht over naar de nieuwe dossierhouder via het iWlz-berichtenverkeer<sup>131</sup>. De al toegewezen leveringsvorm met overbruggingszorg wordt niet ingetrokken, maar wel informatief<sup>132</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.

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

- Wil een cliënt zijn overbruggingszorg volledig via PGB? Dan moet de budgethouder of zijn gewaarborgde hulp dit zelf rechtstreeks bij het zorgkantoor aanvragen. De dossierhouder stuurt in deze situatie alleen een mutatie naar het zorgkantoor met de actuele leveringsstatus voor verblijfszorg. De dossierhouder of coördinator zorg thuis kan via een AAT geen zorgtoewijzing voor PGB aanvragen;
- Wordt overbruggingszorg thuis in een combinatie van zorg in natura met PGB geleverd? Dan overlegt de dossierhouder met de cliënt welk deel daarvan via zorg in natura wordt geleverd. Dit gedeelte vraagt de dossierhouder 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 voor het formulier Verantwoorde zorg thuis, als de zorg thuis binnen het beschikbare budget verantwoord georganiseerd kan worden;
- De dossierhouder of coördinator zorg thuis geeft in de rekenmodule ook aan of met de cliënt is besproken dat de inhoud van het afgesproken MPT of VPT gevolgen kan hebben voor 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 zorg in natura en PGB dan wordt wel altijd een nieuwe AAT ingediend als het (totale) percentage voor zorg in natura wijzigt en/of het aantal betrokken zorgaanbieders. Deze wijziging kan namelijk direct van invloed zijn op het toegekende PGB.

### 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%. De 100% verwijst naar het NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel (verblijf inclusief dagbesteding en/of inclusief behandeling);

*Het CIZ geeft voor Mevrouw Bos een indicatie af voor zorgprofiel 4LG. Mevrouw heeft een opnamewens, daarom vult het CIZ bij het veld VoorkeurCliënt 'Verblijf'. De voorkeuraanbieder is Dennenrust. Om duidelijk te maken dat de leveringsvorm Verblijf verwijst naar een opnamewens, wordt aan de zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf extra informatie toegevoegd: Opname, Ja.*

IO31 (verzonden op 07-05-2018)  
Van CIZ naar Zorgkantoor

AW33 (verzonden op 07-05-2018)  
Van Zorgkantoor naar Dennenrust

<sup>131</sup> In een AAT kan ook altijd maar een leveringsvorm worden opgenomen

<sup>132</sup> Op een informatieve zorgtoewijzing hoeft niet gereageerd te worden met een MAZ of MUT.

<p><b>Indicatie</b>  Besluitnummer: 101  Soort indicatie: CIZ  Grondslag: Lichamelijk ziekte/ aandoening  Afgiftedatum IB: 07-05-2018  Ingangsdatum IB: 07-05-2018  Einddatum IB: geen  Meerzorg: Nee</p> <p><b>Geïndiceerd zorgprofiel: 4LG</b>  Ingangsdatum IB: 07-05-2018  Einddatum IB: geen  Klasse: KE7  Voorkeur cliënt: Verblijf  Voorkeuraanbieder: Dennenrust  Financiering: Wlz</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 4LG</b>  Instelling: Dennenrust  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 07-05-2018  ToewijzingPercentage: 100%  Ingangsdatum ztw: 07-05-2018  Einddatum ztw: geen  Klasse: KE7  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Dennenrust  Opname: Ja</p>
---	---

#### Voorbeeld 4a

- Na een (eerste) zorgtoewijzing voor verblijfszorg, levert de dossierhouder de juiste leveringsstatus aan via een MAZ (In zorg) of MUT-bericht. Dit gebeurt uiterlijk binnen 10 werkdagen na de zorgtoewijzing voor verblijfszorg. Bijvoorbeeld als er een overbruggingszorg arrangement moet worden aangevraagd. De overbruggingszorg kan gelijktijdig met een MUT<sub>18</sub> worden aangevraagd en/of later via een apart AW<sub>39</sub>-bericht als hiervoor meer tijd nodig is;
- Vanaf iWlz 2.0 is een AAT 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 of een leveringsstatus (wachtljststatus) opnieuw te bevestigen;
- Vraagt de coördinator zorg thuis bijvoorbeeld meer budget aan voor leveringsvorm MPT of wijzigt (de verdeling over) het aantal betrokken aanbieder? 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 leveringsstatus bij verblijfszorg te worden aangeleverd via een MUT-bericht.

*Dennenrust kan mevrouw Bos niet direct opnemen en vraagt een MPT aan om de wachttijd te overbruggen. Er is geen sprake van een urgente opnamebehoefte. De overbruggingszorg kan 1 dag later starten.*

AW39 (verzonden op 08-05-2018) Van Dennenrust naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 08-05-2018) Van Zorgkantoor naar Dennenrust en De Zorghoeve
<p><b>Mutatie Zorgzwaartepakket (zorgprofiel)</b>  Besluitnummer: 101  Zorgprofiel: 4LG  Ingangsdatum ztw: 07-05-2018  Instelling: Dennenrust  Mutatiecode: 18 (Aanbieder kan nu de zorg nog niet leveren)  Mutatiedatum: 07-05-2018  Leveringsstatus: Niet-actief wachtend  Leveringsvorm: Verblijf</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 4LG (1)</b>  Instelling: Dennenrust  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 07-05-2018  ToewijzingPercentage: 100%  Ingangsdatum ztw: 07-05-2018, geen einddatum ztw: geen  Klasse: KE7  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Dennenrust  Opname: Ja</p>
<p><b>Aanvraag</b>  Zorgprofiel 4LG  Leveringsvorm: MPT  Doelmatig: Ja  Verantwoord: Ja  Coördinator zorg thuis: De Zorghoeve</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 4LG (2)</b>  Instelling: De Zorghoeve  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Toewijzingsdatum 08-05-2018  ToewijzingPercentage: 100%  Ingangsdatum ztw: 08-05-2018</p>
<p><b>Aanvraag instelling</b>  De Zorghoeve  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Ingangsdatum ztw: 08-05-2018  <b>Einddatum ztw t/m: 07-05-2019</b>  ToewijzingPercentage: 100%</p>	<p><b>Einddatum ztw t/m: 07-05-2019</b>  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Zorghoeve</p>

#### Voorbeeld 4b

- Neemt een cliënt deel aan dagbesteding tijdens zijn overbruggingszorg periode? Dan is deze dagbesteding onderdeel van de overbruggingszorg met leveringsvorm MPT, VPT of deeltijdverblijf (of PGB). Deze dagbesteding wordt via een AAT aangevraagd als onderdeel van de leveringsvorm voor overbruggingszorg. Een cliënt kan de dagbesteding bij een (of meerdere) zorgaanbieders krijgen of (deels) inkopen via PGB;
- Wil een cliënt de dagbesteding continueren na opname? En verzilvert hij deze dagbesteding niet bij zijn verblijfszorg aanbieder? Dan moet de dossierhouder daarvoor een aparte zorgtoewijzing aanvragen bij het zorgkantoor. Dat kan alleen bij zorgprofielen die geïndiceerd worden voor de gehandicaptenzorg;
- Dagbesteding die na opname wordt gecontinueerd bij een andere zorgaanbieder wordt dan via de dossierhouder opnieuw aangevraagd met leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee.
- De toegewezen dagbesteding met leveringsvorm MPT of VPT (overbruggingszorg) kan dan niet op dezelfde manier gecontinueerd worden. Die wordt namelijk automatisch beëindigd (ingetrokken) als er een melding aanvang zorg bekend is voor de toegewezen verblijfszorg;
- Bij verblijfszorg is er alleen sprake van een dossierhouder. Die is eindverantwoordelijk voor het gehele zorgarrangement. Het veld coördinator zorg thuis wordt daarom niet meer gevuld bij dagbesteding via leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee;

- De zorgaanbieder die dagbesteding levert moet in de melding aanvang zorg een klasse vullen bij leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee. 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)? Maar gaat een cliënt weer zelfstandig thuis wonen en blijft hij deelnemer van deze dagbesteding? Dan moet de zorgtoewijzing voor dagbesteding met leveringsvorm Verblijf, Opname Nee worden beëindigd en worden omgezet naar leveringsvorm MPT of VPT. De dossierhouder<sup>333</sup> of coördinator zorg thuis vraagt die opnieuw aan via een AAT. Dit is belangrijk voor een juiste eigen bijdrage heffing. Wil een cliënt zijn dagbesteding (deels) met PGB wil inkopen, dan meldt hij dit zelf bij het zorgkantoor.

Mevrouw Bos wordt op 7 september 2018 opgenomen bij Dennenrust. Ze is erg tevreden over de dagbesteding die zij had tijdens de wachtperiode en wil die graag continueren bij De Zorghoeve na opname. Doordat Dennenrust een melding aanvang zorg (AW35-bericht) heeft aangeleverd op de zorgtoewijzing voor Verblijfszorg, is het toegewezen MPT bij De Zorghoeve ingetrokken. Dennenrust moet als dossierhouder voor de dagbesteding bij De Zorghoeve dus een nieuwe zorgtoewijzing aanvragen bij het zorgkantoor. Bovendien gaat het om dagbesteding naast verblijfszorg. Die wordt niet aangevraagd met leveringsvorm MPT (of VPT) maar met leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee. In het AW39-bericht neemt Dennenrust geen mutatie op omdat mevrouw al verblijfszorg krijgt en deze leveringsstatus (In zorg) voor de leveringsvorm Verblijf niet wijzigt. Om de verdeling van het percentage te bepalen voor de leveringsvorm Verblijf gebruikt Dennenrust de rekenmodule. Dennenrust levert 7 etmalen zorgprofiel 4 LG inclusief behandeling (79 %) en De Zorghoeve 7 dagdelen dagbesteding (21 %).

---

<sup>333</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.

AW39 (verzonden op 07-09-2018) Van Dennenrust naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 07-09-2018) Van Zorgkantoor naar Dennenrust en De Zorghoeve
<p><b>Aanvraag instelling (1)</b>  Besluitnummer: 101  Zorgprofiel: 4LG  Klasse: 7 etmalen  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Dennenrust  Instelling: Dennenrust  Ingangsdatum zorgtoewijzing: 07-09-2018  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Ingangsdatum ztw: 07-09-2018  Einddatum ztw: geen  ToewijzingPercentage: 79%  Opname: Ja</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 4LG (1)</b>  Instelling: Dennenrust  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 07-09-2018  ToewijzingPercentage: 79%  Ingangsdatum ztw: 07-09-2018  einddatum ztw: geen  Klasse: KE7 (7 etmalen)  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Dennenrust  Opname: Ja</p>
<p><b>Aanvraag Instelling (2)</b>  Besluitnummer: 101  Zorgprofiel: 4LG  Klasse: 7 etmalen  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Dennenrust  Instelling: De Zorghoeve  Ingangsdatum zorgtoewijzing: 07-09-2018  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Ingangsdatum ztw: 07-09-2018  Einddatum ztw: geen  ToewijzingPercentage: 21%  Opname: Nee</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 4LG (2)</b>  Instelling: De Zorghoeve  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 07-09-2018  ToewijzingPercentage: 21%  Ingangsdatum ztw: 07-09-2018  einddatum ztw: geen  Klasse: KE7 (7 etmalen)  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Dennenrust  Opname: Nee</p>

Voorbeeld 4c

### Geen dringende opnamebehoefte (Niet-actief wachtend)

- Heeft een cliënt geen dringende opnamebehoefte maar wel een opnamewens bij zijn voorkeuraanbieder? En is overbruggingszorg thuis doelmatig en verantwoord te organiseren? Dan meldt de dossierhouder dit via een mutatiebericht: hij vult MUT18/ Niet-actief wachtend in het bericht en geeft zo aan dat hij de zorg nog niet kan leveren. Gelijktijdig vraag hij via een AAT de zorg thuis (of deeltijdverblijf) aan;
- Is overbruggingszorg thuis verantwoord te organiseren doordat beroep wordt gedaan op de regeling Extra kosten thuis? 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 Extra kosten thuis;
- Bij een Niet-actief wachtende cliënt wordt overbruggingszorg 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 maar deze wel binnen afzienbare termijn vrijkomt. De toewijsperiode is afhankelijk van de noodzaak (urgentie) van opname en de kosten van zorg thuis.

### **Dringende opnamebehoefte (Actief wachtend)**

- Heeft een cliënt dringend behoefte aan verblijfszorg (onverantwoorde thuissituatie) maar is er nog geen plaats beschikbaar bij de dossierhouder? Dan geeft de dossierhouder via een mutatiebericht (MUT18) door dat hij de zorg nog niet kan leveren en vult de leveringsstatus Actief wachtend in het bericht bij de leveringsvorm Verblijf;
- Bij een cliënt met leveringsstatus Actief wachtend, kan voor zorg thuis een hoger budget (meer dan de toeslag EKT) worden aangevraagd bij het zorgkantoor, als er anders een onverantwoorde thuissituatie ontstaat;
- De coördinator zorg thuis (of dossierhouder) gebruikt de rekenmodule om te berekenen of er sprake is van (on)doelmatige overbruggingszorg thuis (MPT en/of PGB) tijdens de wachtperiode;
- De coördinator zorg thuis kan voor de overbruggingszorg ook gewoon een beroep doen op de toeslagen die thuis mogelijk zijn. Zo gaat de toeslag Extra kosten thuis voor op de toeslag Ondoelmatige overbruggingszorg. Wordt er voor de overbruggingszorg een beroep gedaan op de toeslag Extra kosten thuis (EKT)? Dan is dit geen reden om de status Actief wachtend te krijgen bij de toewijzing voor 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;
- De behoefte aan extra budget is overigens géén voorwaarde om de leveringsstatus Actief wachtend te melden. Vangt bijvoorbeeld de mantelzorg een deel van de zorg op, dan hoeft het (basis)budget niet overschreden te worden;
- Is het budget met de toeslag EKT niet toereikend dan vult de coördinator zorg thuis (of de dossierhouder) in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij bij het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Extra overbruggingszorg Actief Wachtend (waarde 1). Extra budget wordt in deze situaties kortdurend toegekend en geldt voor uitzonderingsituaties. Het afgesproken budget mag niet worden overschreden;
- De coördinator zorg thuis (of dossierhouder) levert in deze situatie altijd wel de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis aan bij het zorgkantoor. Uit de onderbouwing moet blijken waarom extra zorg nodig is. De hoeveelheid extra in te zetten overbruggingszorg moet redelijk en te verantwoorden zijn. 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 leveringsstatus Actief wachtend binnen de norm wordt gerealiseerd (zie hoofdstuk 2). Daarom wordt overbruggingszorg in deze situaties kortdurend toegewezen: maximaal voor een periode van 26 weken. In principe 13 weken, maar in overleg met het zorgkantoor is verlenging van mogelijk als bijvoorbeeld een passende plaats binnen afzienbare termijn vrijkomt;
- Wordt een aanvraag voor overbruggingszorg thuis afgewezen? Dan neemt het zorgkantoor contact op met de dossierhouder, coördinator zorg thuis en/of de cliënt (zie paragraaf 4.3.1.3).

Mevrouw Tuin uit hoofdstuk 3 uitgewerkt voor overgang van MPT naar verblijfszorg. Zorg thuis organiseren met een MPT is niet goed mogelijk. Mevrouw Tuin voelt zich onzeker door de ademhalingsondersteuning en heeft behoefte aan permanent toezicht. Omdat ze conditioneel ook langzaam achteruitgaat wordt, in overleg met mevrouw Tuin, besloten dat verhuizen naar een zorginstelling in de buurt een betere oplossing is. De Appelhof levert verblijfszorg en heeft eerder cliënten met non-invasieve ademhalingsondersteuning in zorg gehad. De Fruitmand vraagt bij het zorgkantoor via een AAT-leveringsvorm Verblijf aan voor de Appelhof. Er is een wachtlijst van 5-7 weken. Omdat de zorg thuis niet stopt tijdens de wachtperiode, levert De Fruitmand geen mutatie aan (leveringsstatus blijft In Zorg).

AW39 (verzonden op 30-05-2018) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 30-05-2018) Van Zorgkantoor naar De Fruitmand, De Kersentuin en de Appelhof
<p><b>Aanvraag instelling</b>            Besluitnummer: 101            Zorgprofiel 6VV            Leveringsvorm: Verblijf            Dossierhouder: De Appelhof            Aanvraag instelling: De Appelhof            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Ingangsdatum ztw: 30-05-2018            Einddatum ztw: geen            ToewijzingPercentage: 100%            Opname: Ja</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV</b>            Instelling: De Appelhof            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 30-05-2018            ToewijzingPercentage: 100%            Ingangsdatum ztw: 30-05-2018            Einddatum ztw: geen            Klasse: KE7            Leveringsvorm: Verblijf            Opname: Ja            Dossierhouder: De Appelhof</p> <p><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            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p> <p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (2)</b>            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</p>

Voorbeeld 1g

De Appelhof heeft een wachtlijst voor verblijfszorg en meldt dit terug aan het zorgkantoor. Gezien de situatie wordt er een MUT18 met leveringsstatus Actief wachtend aangeleverd. Gelijktijdig met deze mutatie vraagt De Appelhof zorgtoewijzingen aan voor overbruggingszorg.

De Kersentuin gaat daarbij 5% extra verpleging leveren en neemt, in overleg met mevrouw Tuin en De Fruitmand, de rol van coördinator zorg thuis op zich.

AW39 (verzonden op 01-06-2018) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 02-06-2018) Van Zorgkantoor naar De Fruitmand en De Kersentuin
<p><b>Mutatie (Zorgzwaartepakket/zorgprofiel)</b>            Besluitnummer: 101            Zorgprofiel: 6VV            Ingangsdatum ztw: 30-5-2018            Instelling: De Appelhof  <b>Mutatiecode: 18</b> (Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren)            Mutatiedatum: 01-06-2018            Leveringsstatus: Actief wachtend            Leveringsvorm: Verblijf            Opname: Ja</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (1)</b>            Instelling: De Appelhof            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 30-05-2018            ToewijzingPercentage: 100%            Ingangsdatum ztw: 30-05-2018            Einddatum ztw: geen            Klasse: KE7            Leveringsvorm: Verblijf            Opname: Ja            Dossierhouder: De Appelhof</p>
<p><b>Aanvraag</b>            Besluitnummer: 101            Aanvraag: zorgprofiel 6VV            Leveringsvorm: MPT            Doelmatig: Nee            Bijzondere situatie: ToeslagBeademing 1 (Non-invasieve beademing)            Verantwoord: Ja            Coördinator zorg thuis: De Kersentuin</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (2)</b>  <i>(Intrekking zorgtoewijzing)</i>            Instelling: De Fruitmand            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum 16-04-2018            ToewijzingPercentage: 80%            Ingangsdatum ztw: 16-04-2018            Einddatum ztw (t/m): 31-05-2018            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p>
<p><b>Aanvraag (AAT) instelling (1)</b>            De Fruitmand            Soort zorgtoewijzing: Overbrugging            Ingangsdatum ztw: 01-06-2018            Einddatum ztw (t/m): 24-08-2018            ToewijzingPercentage: 80%</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (3)</b>  <i>(Intrekking zorgtoewijzing)</i>            Instelling: De Kersentuin            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 16-04-2018            ToewijzingPercentage: 30%            Ingangsdatum ztw: 16-04-2018            Einddatum ztw (t/m): 31-05-2018            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p>
<p><b>Aanvraag (AAT) instelling (2)</b>            De Kersentuin            Soort zorgtoewijzing: Overbrugging            Ingangsdatum ztw: 01-06-2018            Einddatum ztw (t/m): 24-08-2018            ToewijzingPercentage: 35%</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (4)</b>            Instelling: De Fruitmand            Soort zorgtoewijzing: Overbrugging            Toewijzingsdatum: 02-06-2018            ToewijzingPercentage: 80%            Ingangsdatum ztw: 01-06-2018            Einddatum ztw (t/m): 24-08-2018            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Kersentuin</p>



**Toegewezen zorgprofiel: 6VV (5)**  
Instelling: De Kersentuin  
Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  
Toewijzingsdatum: 02-06-2018  
ToewijzingPercentage: 35%  
Ingangsdatum ztw: 01-06-2018  
Einddatum ztw (t/m): 24-08-2018  
Leveringsvorm: MPT  
Coördinator zorg thuis: De Kersentuin

#### Voorbeeld 1h

De Fruitmand en De Kersentuin sturen geen melding einde zorg op de reguliere zorgtoewijzingen voor het MPT. Omdat het reguliere MPT eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing registreert het zorgkantoor in het eigen systeem een 'melding einde zorg'. Het zorgkantoor stuurt geen melding einde zorg voor het reguliere MPT door naar het CAK omdat mevrouw Tuin nog steeds zorg in de vorm van MPT krijgt. Ook de ontvangen meldingen aanvang zorg op soort zorgtoewijzing Overbrugging worden niet naar het CAK gestuurd omdat de leveringsvorm MPT ongewijzigd blijft.

#### 4.3.1.3 Tijdelijk bij andere zorginstelling opgenomen tot definitieve opname

Voor een cliënt met opnamewens- of behoefte is vaak niet direct een plaats beschikbaar bij zijn voorkeursinstelling. Is zorg thuis niet meer verantwoord te leveren of organiseren? Dan kan de cliënt tijdelijk worden opgenomen bij een andere zorgaanbieder om de wachtperiode te overbruggen. Om dat te beoordelen kan het formulier verantwoorde zorg thuis als handvat worden gebruikt. Een cliënt kan het zorgkantoor of de dossierhouder dan vragen om bemiddeling naar een tijdelijke, andere instelling totdat de voorkeuraanbieder een plaats beschikbaar heeft. Dit kan de dossierhouder ook zelf met de cliënt bespreken, net zoals het zorgkantoor. Het zorgkantoor biedt de cliënt de mogelijkheid voor bemiddeling naar een tijdelijk andere aanbieder actief aan als de cliënt benaderd wordt bij het wachtlijstbeheer.

#### Processtappen tijdelijke opname bij andere zorgaanbieder

- Voor alle situaties waarin dit voorkomt geldt dat de dossierhouder de tijdelijke opname bij een ander instelling via een AAT aanvraagt met leveringsvorm Verblijf (opname: Ja) en soort zorgtoewijzing Overbrugging. Soort zorgtoewijzing Overbrugging omdat in deze situaties feitelijk sprake blijft van een wachtperiode voor verblijfszorg bij de oorspronkelijke voorkeuraanbieder. De reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg wordt niet in de AAT opgenomen als die ongewijzigd blijft. Deze reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg blijft dan gewoon staan en wordt niet ingetrokken;
- Deze vorm van overbruggingszorg wordt voor een periode van maximaal 1 jaar toegewezen aan de tijdelijke verblijfsinstelling. De oorspronkelijke voorkeuraanbieder (dossierhouder) behoudt ook zijn reguliere zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf. Omdat de cliënt al wel is opgenomen geldt de leveringsstatus Niet-actief wachtend<sup>134</sup> voor de zorgtoewijzing

<sup>134</sup> De leveringsstatus Wens wachtend is in iWlz 2.0 vervangen door de leveringsstatus Niet-actief wachtend.

voor verblijfszorg bij de dossierhouder. De dossierhouder levert die leveringsstatus gelijktijdig aan met de AAT, via mutatie-reden 18 (MUT18);

- Heeft de oorspronkelijke voorkeuraanbieder plaats? Dan levert deze aanbieder 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). De tijdelijke verblijfsinstelling hoeft dan geen AW39-bericht te sturen met een melding einde zorg. Door de intrekking van het zorgkantoor eindigt de zorg namelijk op de einddatum van de zorgtoewijzing. Vanaf iWlz 2.0 maakt het zorgkantoor bij deze situaties in zijn eigen systeem zelf een 'melding einde zorg' aan;
- Wil de cliënt niet meer terug naar zijn voorkeuraanbieder? Dan moet de zorgtoewijzing voor verblijfszorg met soort zorgtoewijzing Overbrugging worden ingetrokken en omgezet naar een reguliere zorgtoewijzing. De dossierhouder levert in deze situatie dan via een AW39-bericht een mutatie aan op zijn eigen reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg (MUT12, Einde Zorg). Gelijktijdig vraagt hij een reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg aan voor de gewijzigde voorkeuraanbieder en vult hij deze zorgaanbieder in het veld Dossierhouder. De zorgtoewijzing bij de oorspronkelijke voorkeuraanbieder wordt ingetrokken, net zoals die voor de overbruggingszorg.

#### **4.3.1.4 Overbruggingszorg thuis na overdracht uit een ander domein**

In de Regeling langdurige zorg is opgenomen dat een cliënt zijn zorg uit het andere domein voor maximaal 13 weken mag continueren als er sprake is van een Wlz-indicatie met 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 dossierhouder, 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 opnamewens (Actief wachtend)? En stemt de cliënt in met (tijdelijke) opname bij een andere aanbieder als zijn voorkeuraanbieder geen plaats heeft binnen de norm, 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>135</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 dossierhouder binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing de leveringsstatus Actief wachtend aan bij het zorgkantoor. En vraagt gelijktijdig een AAT aan voor de overbruggingszorg. Bij het vullen van de velden in de AAT volgt de dossierhouder 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. 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 proces voor een Actief wachtende cliënt en bewaakt samen met de aanbieder dat de cliënt binnen de norm wordt opgenomen.

#### 4.3.1.5 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 toegewezen en zijn 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>136</sup>. Zo is het bijvoorbeeld niet toegestaan om een tarief inclusief dagbesteding te declareren als een cliënt deelneemt aan

<sup>135</sup> Onder verwijzing naar artikel 5.7a Rlz

<sup>136</sup> En is daarnaast ook afhankelijk van het zorginkoopbeleid van het regionale zorgkantoor.

onderwijs (en tijdens het onderwijs geen zorg nodig heeft) of wanneer een cliënt aangepast werk heeft en dus geen dagbesteding afneemt;

- In de Gehandicaptenzorg<sup>137</sup> kan een cliënt zijn dagbesteding van een andere zorgaanbieder (en/of via PGB) krijgen dan degene waar hij verblijft. De dossierhouder bespreekt dit altijd zelf met de cliënt. Als de cliënt dit graag van een andere zorgaanbieder wil, vraagt de dossierhouder dat via een AAT aan bij het zorgkantoor. Het percentage voor Verblijf, opname Ja, verandert door deze situatie (< 100%) en moet opnieuw worden aangevraagd. Voor de dagbesteding wordt in deze situaties ook leveringsvorm Verblijf aangevraagd maar bij het veld Opname wordt Nee gevuld. Via de rekenmodule kan het bijbehorende % worden 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 dossierhouder 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>138</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 de budgetcomponent(en) voor dagbesteding en/of behandeling (Verblijf, Opname: Nee);
- Net zoals dagbesteding kan behandeling ook tijdelijk door een andere aanbieder worden geleverd dan de verblijfaanbieder. Dit wordt op dezelfde wijze via een AAT aangevraagd als de dagbesteding (leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee met een bijbehorende %). Uitzondering hierop vormt de behandeling die via een BORG instelling wordt geleverd. Dit loopt buiten het iWlz berichtenverkeer om;
- Wordt bijvoorbeeld verblijfszorg geleverd exclusief dagbesteding en exclusief behandeling en wordt niet alle financiële ruimte voor behandeling benut? Dan wordt het resterende budget niet ingezet voor extra dagbesteding;
- Krijgt een cliënt verblijfszorg maar wil die bijvoorbeeld overgeplaatst worden naar een andere zorgaanbieder? Dan levert de zorgaanbieder waar de cliënt vertrekt een mutatie (MUT17) aan via een AW39-bericht om de overplaatsing te melden. Let op: een MUT17 mag alléén worden aangeleverd als er voor deze cliënt dan ook direct een plaats beschikbaar is bij de andere zorgaanbieder. De leveringsstatus bij de oorspronkelijke aanbieder wijzigt dan namelijk van In zorg naar Einde zorg. De mutatiedatum is meteen de einddatum van de zorgtoewijzing voor deze aanbieder. Het zorgkantoor stuurt dit mutatie/ melding einde zorg bericht niet door naar het CAK, omdat het uitgangspunt is dat deze zorg gecontinueerd wordt bij een andere zorgaanbieder<sup>139</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

<sup>137</sup> Voor de VV, (S)LVG en GGZ 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>138</sup> Langdurig Verblijf (of VPT) wordt bij een cliënt niet over 2 aanbieder gesplitst.

<sup>139</sup> Het CAK heeft deze informatie niet nodig voor het factureren van de eigen bijdrage.

direct doorloopt bij de nieuwe zorgaanbieder, dan mag er geen MUT<sub>17</sub> worden gebruikt. De dossierhouder meldt dan een Einde zorg met MUT<sub>19</sub> en vraagt via de AAT de zorg aan voor de nieuwe zorgaanbieder.

Soort zorg	Te declareren prestatie	Etmalen/ dagdelen	Zorgaanbieder (agb-code)	Afgerond percentage
Verblijf	Z66o ZZZ 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 aanvraag rekenmodule verblijfszorg, dagbesteding en behandeling

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

Is een zorgaanbieder gecontracteerd voor intramurale zorg maar niet voor het geïndiceerde zorgprofiel? En wil het zorgkantoor of de zorgaanbieder daarvoor geen productieafspraken maken? Dan is er sprake van een instellingsvreemd zorgprofiel voor deze zorgaanbieder. Heeft de cliënt voorkeur voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel? Dan informeert de zorgaanbieder de cliënt over deze situatie. In overleg met de cliënt wordt bekeken of een gecontracteerd, instellingseigen zorgprofiel past bij de zorgvraag van de cliënt (of een zorgarrangement thuis). De zorgaanbieder bespreekt met de cliënt welke zorg, begeleiding of behandeling wel of niet geboden kan worden vanuit dit zorgprofiel én of dit leidt tot kwalitatief verantwoorde, passende zorg voor de cliënt. Is dit het geval en gaat de cliënt hiermee akkoord? De zorgaanbieder (dossierhouder) vraagt bij het zorgkantoor om het geïndiceerde (regulier toegewezen) zorgprofiel om te zetten naar een instellingseigen zorgprofiel via een AAT. Dit wordt toegewezen met soort zorgtoewijzing Regulier. Voor deze omzettingen hanteren zorgkantoren uniforme uitgangspunten (zie bijlage D).

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 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 in iWlz. Kan de zorgaanbieder de verblijfszorg niet direct leveren en heeft de cliënt overbruggingszorg nodig? Dan vraagt de zorgaanbieder overbruggingszorg thuis

aan op zijn regulier toegewezen zorgprofiel (ook als dit een ander zorgprofiel<sup>140</sup> is dan het geïndiceerde zorgprofiel omdat de zorgaanbieder daarvoor niet gecontracteerd is).

#### 4.3.2 Crisisopname in een instelling

Ontstaat bij iemand een acute opnamebehoefte? Dan kan crisisopname (verblijfszorg) in de Wlz een aangewezen oplossing zijn. Crisisplaatsen zijn binnen de Wlz beschikbaar voor de VV en GZ. Voor een crisisopname in de GGZ is een cliënt aangewezen op de Zvw.

#### Wanneer is er sprake van een crisisopname?

Crisissituaties treden op 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 dan direct na de medische diagnostiek en behandeling al duidelijk dat de cliënt blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz.

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;
- én onaanvaardbare gezondheidsrisico's of ander gevaar voor de cliënt en/of zijn gezin en/of zijn woonomgeving. Dat kan ook gaan om het niet zelfstandig (maatschappelijk) kunnen functioneren. Of een milieu waarbij het welzijn van de cliënt of die van anderen in fysiek en/of psychisch opzicht ernstig wordt bedreigd waardoor verblijf in dit milieu onmogelijk is geworden. Deze risico's (gevaarscriterium) moeten worden voorkomen.

#### Uitgangspunten crisisopname

- Een crisisopname gaat altijd over situaties waarbij directe opname noodzakelijk is in een Wlz-instelling met behandeling. Eventuele ophoging van zorg thuis of extra ambulante begeleiding lost het gevaarscriterium niet op, met uitzondering van 24-uurs toezicht;
- Crisisopname in de VV: het streven is om opname binnen 24 uur te realiseren, maar dit is afhankelijk van de beschikbare capaciteit;
- Crisisopname in de GZ: het streven is om opname binnen 48 uur te realiseren, maar dit is afhankelijk van de beschikbare capaciteit;
- Een crisisopname kan niet gaan om versnelde opname bij geleidelijke achteruitgang. Daarvoor gelden de reguliere stappen in de Wlz-keten;
- Een crisisopname in een andere instelling voor een cliënt die al is opgenomen in een Wlz-instelling is mogelijk. Het gaat hier om uitzonderingssituaties waarvoor het zorgkantoor expliciet toestemming moet geven;
- Is in een crisissituatie behandeling van curatieve aard nodig (medisch specialistische zorg)? En valt dat niet onder de aanspraak Wlz? Dan wordt verwezen naar opname en behandeling

<sup>140</sup> Ook voor de omzetting van een instellingsvreemd (geïndiceerd) naar een instelling eigen (gecontracteerd) zorgprofiel hanteren zorgkantoren uniforme uitgangspunten (zie bijlage D).

in een (2<sup>e</sup> lijns) instelling zoals een ziekenhuis, revalidatiecentrum, PAAZ of opnameafdeling van een GGZ-instelling. Deze situaties vallen buiten de Wlz.

### **Duur crisisopname**

- VV: doorplaatsing van een crisisplek naar een reguliere plek moet binnen 2 weken plaatsvinden. In uitzonderingssituaties kan de crisisopname met maximaal 2 weken worden verlengd. Daarvoor is expliciet toestemming nodig van het zorgkantoor;
- GZ: doorplaatsing van een crisisplek naar een reguliere plek moet binnen 6 weken plaatsvinden. In uitzonderingssituaties kan de crisisopname met maximaal 6 weken worden verlengd. Daarvoor is expliciet toestemming nodig van het zorgkantoor;
- Verlengingen van een crisisopname worden via het VECOZO-notitieverkeer bij het zorgkantoor aangevraagd.

Door organisatorische verschillen (soort aanbieders, specifiek zorgaanbod) en inhoudelijke verschillen (doelgroepen, zorgvragen) geldt een apart uitvoeringsproces bij crisisopname voor de VV of GZ. Deze worden verder beschreven in bijlage H. In deze bijlage zijn ook de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen terug te vinden.

### **Nog geen indicatiebesluit voor Wlz-zorg 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 bij een zorgaanbieder worden opgenomen die gecontracteerd is voor crisiszorg (verblijfszorg) en die vanuit de Wlz worden betaald<sup>141</sup>.

Door de bijzondere omstandigheden (acute verandering in een cliëntsituatie) kan het CIZ het indicatiebesluit met terugwerkende kracht afgegeven. De ingangsdatum<sup>142</sup> van het indicatiebesluit kan dan maximaal 5 dagen voor de datum van het indicatiebesluit liggen. Vraag de indicatie daarom zo snel mogelijk aan na het opstarten van de crisiszorg. Voorwaarde is wel dat bij de aanvraag voldoende (medische) informatie beschikbaar is voor het CIZ om een Wlz-recht te kunnen vaststellen.

Wordt op de datum van de aanvraag al zorg verleend? Dan neemt het CIZ binnen 2 weken een besluit op de aanvraag.

#### **4.3.3 Verblijf in een instelling, met de toeslag meerzorg Wanneer is er sprake van meerzorg?**

Heeft een cliënt zorg nodig die qua omvang of inhoud niet past binnen het geïndiceerde zorgprofiel, biedt het bijbehorende budget onvoldoende ruimte om de zorg te betalen die nodig is én wordt er door het CIZ geen beter passende indicatie afgegeven? Dan is er sprake van

<sup>141</sup> Crisiszorg voor mensen die geen Wlz-indicatie krijgen valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente of zorgverzekeraar. Dit wordt verder niet in het voorschrift beschreven.

<sup>142</sup> De ingangsdatum van het indicatiebesluit is normaal gesproken de datum waarop het CIZ een beslissing neemt (CIZ beleidsregels indicatiestelling Wlz).

meezorg<sup>143</sup>. Bij deze cliëntsituaties is beroep op de regeling Meezorg mogelijk. Uitzondering hierop vorm cliënten met palliatief terminale zorg.

### **Wie kan beroep doen op de regeling meezorg als een cliënt in een instelling woont?**

De regeling meezorg is in de sectoren VV, GZ en GGZ van toepassing voor:

- iemand met een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 4LVG, 5LVG, 1SGLVG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud, 5ZGvis, 6GGZB of 7GGZB. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren, minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt<sup>144</sup> of;
- iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel waarbij de zorgbehoefte ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non invasieve beademing, klinisch intensieve behandeling, niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie, CVA, Huntington, observatie of;
- iemand die jonger is dan 23 jaar en in een instelling verblijft of;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging én noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging én noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;
- iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel die daarnaast zorg nodig heeft als gevolg van chronische invasieve beademing of chronische non-invasieve beademing.

### **Voorgeschiedenis beleidsregel Meezorg Wlz**

Vanaf 2014 zijn in de Wlz proeftuinen opgestart met als doel het optimaliseren van de kwaliteit van intramurale zorg (en VPT) in de gehandicaptenzorg voor cliënten met een extreme zorgbehoefte én de kwaliteit van leven voor deze cliënten te verbeteren<sup>145</sup>. Door de positieve resultaten zijn de proeftuinen vanaf 2019 breder uitgerold en vervangen door de beleidsregel Meezorg Wlz<sup>146</sup>. Daarnaast is de regeling Meezorg aangepast. Deze wijzigingen (voor het uitvoeringsproces) staan uitgewerkt in bijlage I.

#### **4.3.4 Verblijf in een instelling in combinatie met zorg thuis**

Een cliënt kan opname in een instelling combineren met zorg thuis. De cliënt heeft dan een indicatie voor een zorgprofiel (7 etmalen<sup>147</sup> per week) maar verblijft minder etmalen per week in

<sup>143</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>144</sup> Dit geldt ook voor iemand die op 31 december 2014 (AWBZ) al een indicatiebesluit had en aan dezelfde voorwaarden voldoet.

<sup>145</sup> In proeftuinen lag focus op kwaliteit van zorg en bestaan van cliënten en niet op financiering en verantwoording.

<sup>146</sup> De proeftuinen zijn opgestart via een experimenteerartikel. De beleidsregel Meezorg 2019 Wlz: BR/REG – 19123 en de gewijzigde regeling Meezorg vervangen vanaf 2019 dit experimenteerartikel.

<sup>147</sup> Een etmaal is een aaneengesloten periode van 24 uur.



een instelling (minimaal 5 of 6 etmalen). De zorgaanbieder (dossierhouder) die de verblijfszorg levert is dan samen met de cliënt verantwoordelijk voor het organiseren van de zorg thuis op de andere dagen. De zorg thuis kan in deze situaties vooralsnog alleen via zorg in natura worden ingezet en niet via PGB.

N.B. Voor de melding aanvang zorg geldt in deze situaties dat de zorgaanbieder in de klasse 7 etmalen vult, ook al verblijft een cliënt maar 5 of 6 etmalen in de instelling.

#### **4.3.5 Behandeling naast opname zonder behandeling**

##### **Medische zorg goed geregeld**

In de ouderenzorg zien we dat cliënten steeds vaker een complexe zorgvraag hebben. 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 of zijn zorg via PGB inkoop. Kan de huisarts de zorg niet goed alleen leveren gezien de complexiteit dan kan de zorgaanbieder daarnaast een Specialist Ouderengeneeskunde (SO-arts) inzetten.

Krijgt een cliënt zorg in een instelling zonder behandeling? Dan biedt de Wlz ruimte om (tijdelijk) Wlz-behandeling in te zetten. Hiervoor is géén aparte machtiging nodig. Deze (tijdelijke) behandeling kan via een AAT worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor toetst achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria.

De mogelijkheden voor inzet van behandeling bij verblijf in een instelling zijn:

1. Consultatie door een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG). 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 (tijdelijke) behandeling:

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

Krijgt een cliënt verblijfszorg en is behandeling geen onderdeel van het verblijf (ZZP-tarief exclusief behandeling)? Dan kan (tijdelijk) Wlz-behandeling worden ingezet:

- 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 ZZP-tarief inclusief behandeling en alleen door dezelfde instelling (agb-code) wordt geleverd;
- wordt behandeling door een andere zorgaanbieder geleverd? Dan vraagt de dossierhouder daarvoor een reguliere zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. De aanvraag voor behandeling bevat dan de leveringsvorm Verblijf, met het benodigde % (gebruik de rekenmodule om dit te berekenen). Daarnaast wordt het veld Opname gevuld met Nee. Betrokken partijen zien zo dat er sprake is van behandeling naast verblijfszorg. In de AAT wordt alle zorg met leveringsvorm Verblijf opnieuw aangevraagd, ook die 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;
- het zorgkantoor toetst achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria die daarover bij het contracteren zijn gemaakt.

#### **4.3.6 Partneropname**

Wordt een cliënt opgenomen in een Wlz-instelling dan mag de partner mee verhuizen naar deze instelling. De zorgaanbieder vraagt hiervoor een ZZPo aan via Portero, het ICT-systeem van het CIZ voor het digitaal aanvragen van Wlz-zorg. De aanbieder mag dit pas doen op het moment dat er voor de partner daadwerkelijk plaats is in de instelling en ook verhuist naar de instelling. Een indicatiebesluit voor een ZZPo is een registratief besluit. Het ZZPo vertegenwoordigt geen zorgprofiel en staat los van een recht op Wlz-zorg.

Heeft de meeverhuizende partner zorg nodig? Dan moet daarvoor een beroep worden gedaan op de andere domeinen (Wmo, Zvw en/of subsidieregeling Behandeling) of er moet een eigen Wlz-indicatie (zorgprofiel) aangevraagd worden bij het CIZ.

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. 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.

#### **4.3.7 Tijdelijk verblijf in een andere instelling en administratieve zorgtoewijzing**

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 andere plaats dan die zonder behandeling. De zorgaanbieder mag de Wlz-plaats zonder

behandeling dan tijdelijk<sup>148</sup> beschikbaar houden voor terugkeer van de cliënt. De administratieve zorgtoewijzing maakt het mogelijk een declaratie in te dienen voor de Wlz-plaats zonder behandeling.

Een administratieve zorgtoewijzing kan ook worden aangevraagd als een cliënt verblijft op een Wlz-plaats met toelating voor behandeling, en 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).

De aanvraag voor soort zorgtoewijzing Administratief loopt buiten het iWlz-berichtenverkeer om. De zorgaanbieder<sup>149</sup> vraagt deze zorgtoewijzingen aan via het VECOZO-notitieverkeer. In deze aanvraag wordt ook opgenomen dat het gaat om de leveringsvorm Verblijf (Opname Ja). Daarbij wordt aangegeven welk zorgprofiel aan de cliënt was toegewezen op de Wlz-plaats waar de cliënt normaal verblijft (woont). Deze zorgtoewijzing wordt binnen 5 werkdagen na overplaatsing naar de tijdelijke verblijfslocatie bij het zorgkantoor aangevraagd. De aanvraag wordt gedaan voor een periode van maximaal 3 maanden. Een verlenging van deze zorgtoewijzing met maximaal 3 maanden is mogelijk. Is eerder duidelijk dat de cliënt niet kan terugkeren naar een Wlz-plaats zonder behandeling dan wordt de administratieve zorgtoewijzing beëindigd. In de zorginkoop zijn voor de financiering van deze afwezigheidsdagen beperkende afspraken gemaakt.

Heeft de cliënt tijdelijk een indicatie voor een hoger zorgprofiel voor de Wlz-plaats met behandeling én is de cliënt eerder uitbehandeld? Dan moet de administratieve zorgtoewijzing ook beëindigd worden. Ligt er al een vervolgindicatie voor de plaats zonder behandeling, dan kan voor de tussenliggende periode een reguliere zorgtoewijzing worden aangemaakt voor het oorspronkelijke lagere zorgprofiel. De administratieve zorgtoewijzing wordt gelijktijdig beëindigd.

Voorbeeld:

Een cliënt heeft een langdurige indicatie voor zorgprofiel VV4 en verblijft op een Wlz-plaats zonder behandeling. De cliënt krijgt voor een half jaar een indicatie voor zorgprofiel VV8. Er is niet direct een geschikte plaats met behandeling beschikbaar voor de cliënt. Tot het moment van opname op de Wlz-plaats met behandeling verblijft de cliënt op de Wlz-plaats zonder behandeling. Tijdens de wachtperiode tot opname wordt daarom het zorgprofiel VV4 als overbruggingszorg aangevraagd. Vanaf het moment van opname op een Wlz-plaats met behandeling (VV8), wordt de zorgtoewijzing voor overbruggingszorg (VV4) omgezet naar een administratieve zorgtoewijzing.

Heeft de cliënt in zijn nieuwe indicatiebesluit een indicatie voor VV8 (6 maanden) gevolgd door een indicatie voor VV4 (onbepaald) én is de cliënt na 4 maanden uitbehandeld? Dan moet een melding einde zorg worden aangeleverd op de VV8. Gelijktijdig wordt een reguliere

---

<sup>148</sup> Maximaal 3 maanden, met mogelijkheid tot verlenging. Dit gebeurt in overleg met het zorgkantoor.

<sup>149</sup> Dat kan door de zorgaanbieder worden aangevraagd waar de cliënt normaal gesproken verblijft (deze aanvraag hoeft dus niet via de dossierhouder te lopen). Het zorgkantoor controleert de aanvraag altijd op juistheid.

zorgtoewijzing voor de VV4 aangevraagd (om 2 maanden te overbruggen) en wordt de administratieve zorgtoewijzing voor de VV4 beëindigd.

Is er sprake is van een structureel gewijzigde zorgvraag (opname), die anders is dan het geïndiceerde zorgprofiel dan vraagt de zorgaanbieder bij het CIZ een passend zorgprofiel aan. Dit geldt zowel voor een lichtere als een zwaardere zorgvraag. Totdat het CIZ een nieuwe indicatie heeft afgegeven kan de zorgaanbieder bij het zorgkantoor een passend zorgprofiel aanvragen. Dit wordt dan toegewezen met soort zorgtoewijzing regulier.

#### **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-toelating.

De bekostiging van PTZ in een instelling of hospice met Wtzi-toelating<sup>150</sup> via de prestatie VV10 is gehandhaafd, ondanks het vervallen van de indicatiestelling voor het zorgprofiel VV10 in 2018. Deze prestatie is te declareren voor alle cliënten met een Wlz-indicatie die niet meer thuis wonen. En dus niet meer gekoppeld aan een bepaalde range zorgprofielen.

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

- Krijgt iemand PTZ thuis maar is opname in een instelling aangewezen omdat het niet meer verantwoord is dat hij thuis blijft wonen? 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 prestatie die hoort bij het zorgprofiel VV10 gedeclareerd worden. De zorgbehoefte kan dan niet verantwoord geleverd (betaald) worden vanuit 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;

---

<sup>150</sup> Hospices met Wtzi-toelating zijn wel een zelfstandige zorginstelling of maken deel uit van een zorginstelling met Wtzi-toelating.

- 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 en op voorwaarde dat de onderbouwing van de extra zorginzet (anders dan het toegewezen zorgprofiel), met de ingeschatte levensverwachting door de behandelend arts, wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Vanaf 2020 is er dus geen aparte schriftelijke verklaring meer nodig van de behandelend arts over de ingeschatte levensverwachting.

# 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 VECOZO 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 VECOZO 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 zorgweigering een besluit en deelt dit schriftelijke (via het VECOZO-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 zorgweigering voor individuele casuïstiek;
- Stemt het zorgkantoor in met de zorgweigering 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 zorgweigering (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 palliatief terminale zorg, 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 VECOZO 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 VECOZO 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: Begrippenlijst

Aanvang Zorg	Aanvang zorg verwijst naar de (begin)datum waarop de toegewezen zorg is gestart. Dit wordt in het berichtenverkeer gecommuniceerd via het Melding Aanvang Zorg bericht (MAZ of AW35-bericht).
Aanvraag aangepaste Zorgtoewijzing (AAT)	Aanvraag van een zorgaanbieder (dossierhouder of coördinator zorg thuis) voor aanpassing op een eerder verzonden of ontvangen zorgtoewijzing. De AAT wordt verstuurd via het AW39-bericht (iWlz-berichtenverkeer).
Actief wachtend	De cliënt krijgt in iWlz de leveringsstatus (wachlijststatus) Actief wachtend als geïndiceerde en/of toegewezen zorg dringend (urgent) moet starten omdat zorg thuis niet meer verantwoord (of doelmatig) is. De cliënt wil deze zorg ontvangen, maar kan deze nog niet krijgen. Ofwel de cliënt wacht buiten zijn wil om op de gewenste zorg. De zorgbehoefte is zo urgent dat de zorg eventueel ook (tijdelijk) geboden moet worden door een andere aanbieder dan zijn voorkeuraanbieder.
Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	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).
Administratieve zorgtoewijzing	Soort zorgtoewijzing waarmee wordt aangegeven dat de zorgaanbieder een intramurale plaats vrij mag houden voor terugkeer van de cliënt. De cliënt moet in deze situatie tijdelijk verhuizen naar een andere (zwaardere) intramurale voorziening voor bijvoorbeeld behandeling of herstel. Bij een administratieve zorgtoewijzing komt de toegewezen zorg overeen met de toegewezen zorg uit de voorgaande (aansluitende) periode.
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 extra kosten thuis, meerzorg 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.
Coördinator zorg thuis	De coördinator zorg thuis is de zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt die thuis woont. Deze aanbieder is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg die een thuiswonende cliënt nodig heeft en de communicatie daarover met de cliënt. Zijn er meerdere zorgaanbieders bij een cliënt betrokken, dan wordt in overleg met de cliënt afgesproken wie de coördinator zorg is. De coördinator zorg thuis levert zelf altijd (een deel van de) zorg thuis.
Crisiszorg	Crisiszorg is noodzakelijke zorg die een zorgaanbieder onmiddellijk moet leveren. In deze situaties is sprake van een acute verandering van de situatie (vaak permanent) waarbij een gevaarscriterium duidelijk aanwezig is. En een intramurale opname binnen 24 uur noodzakelijk is voor iemand die beroep doet op de ouderenzorg en binnen 48 uur voor iemand die beroep doet op de gehandicaptenzorg. Het protocol Crisiszorg is vanaf 2017 geïntegreerd in het Voorschrift.
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.
Doelmatige zorg	Doelmatige zorg verwijst naar een optimale balans tussen kosten, volume en kwaliteit van zorg, die aansluit bij de zorgbehoefte en wensen van een cliënt (NZa).
Dossierhouder	De dossierhouder is de zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt bij verblijfszorg of een VPT. Deze aanbieder is verantwoordelijk voor de coördinatie van de te leveren zorg en de communicatie daarover met de cliënt. Bij een opnamewens of VPT is de voorkeuraanbieder van de cliënt de dossierhouder. Bij zorg thuis wordt dit in overleg met de cliënt afgesproken. De dossierhouder kan ook coördinator zorg thuis zijn als hij zelf (een deel van de) thuiszorg levert bij een cliënt.
Eerstelijnsverblijf Zvw	Eerstelijns verblijf wordt vanaf 2017 betaald door de zorgverzekeraar en vergoed vanuit de basisverzekering. 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. Eerstelijns verblijf is gericht op mogelijk herstel en op terugkeer naar de eigen woonomgeving. 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 palliatief terminale zorg (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.
Ervaren gevoel van veiligheid	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: <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>
Einde zorg	Cliënt ontvangt de toegewezen zorg niet (meer) en de zorgtoewijzing is afgesloten. Dit wordt in het berichtenverkeer gecommuniceerd via het Melding Einde Zorg bericht (MEZ). De MEZ is een mutatie en wordt doorgegeven via het AW39-bericht.
Extra Kosten Thuis	De regeling Extra kosten thuis maakt het vanaf 1 juli 2018 mogelijk om voor iedereen die Wlz-zorg thuis krijgt, maximaal 25% extra budget in te zetten om zorg in de thuissituatie te organiseren. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis dan verantwoord geleverd kan worden. Het extra budget (bovenop het basisbudget) kan bijvoorbeeld besteed worden aan persoonlijke verzorging, verpleging, individuele/persoonlijke begeleiding, begeleiding in groepsverband, behandeling en/of huishoudelijke hulp. Voor de overige doelgroepen uit deze regeling (d t/m f) zoals bijvoorbeeld PTZ geldt de beperking van maximaal 25% extra budget niet.
Extramurale zorg	Wlz-zorg die aan thuiswonende cliënten wordt geleverd. Extramuraal zorg omvat ook deelname aan dagbesteding of (dag)behandeling in een instelling.
Fysieke veiligheid	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: <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	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. 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.

Wanneer maakt iemand onderdeel uit van een leefeenheid?

- 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;
- 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)	<p>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). 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>
Gevaarscriterium	<p>In de situatie van een gevaarscriterium is er sprake van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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, 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, dwaalgedrag, wegloop gedrag, etc.</li> <li>○ 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.</li> </ul>
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.
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 zorg	Zorg die een zorgaanbieder binnen de muren van een instelling verleent aan cliënten die minimaal 24 uur in die instelling verblijven.
Intramurale toeslag	<p>Een intramurale toeslag is extra budget dat beschikbaar komt bovenop het bedrag voor het geïndiceerde of toegewezen zorgprofiel. Daarmee kan aan de cliënt meer zorg worden geleverd 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.</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)</li> <li>○ Huntington, Cerebrovasculair Accident (CVA), Multifunctioneel centrum, Observatie, Gespecialiseerde epilepsiezorg, Niet strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP) en Woonzorg gehandicaptenzorg (kind/jeugd/jongvolwassen).</li> </ul>
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 en vervolgens het leveren van zorg. En ook het vaststellen van de eigen bijdrage. Het elektronisch berichtenverkeer vindt plaats op basis van landelijk vastgestelde berichtenstandaarden.
In zorg	Cliënt ontvangt (een deel van) de toegewezen zorgenheid (functie of zorgprofiel) en de omvang van de geleverde zorg volstaat. De zorgenheid krijgt in iWlz dan de leveringsstatus In zorg.
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 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.
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.</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> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ is 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> <p>Vanaf 2017 wordt bij de indicatiestelling door het CIZ voor toegang tot de Wlz geen rekening gehouden met de mogelijkheden van de mantelzorg.</p>
Mantelzorg-netwerk (Sociaal netwerk)	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.
Medische veiligheid	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). 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.
Meerzorg	Meerzorg is bedoeld om extra zorg voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag te betalen. Er is sprake van een zeer intensieve zorgvraag als de totale zorg van een cliënt uitstijgt boven de zorg die de cliënt krijgt op basis van het geïndiceerde zorgprofiel (ZZP). De totale zorgbehoefte moet dan minimaal 25% hoger zijn dan de hoeveelheid zorg die gemiddeld is opgenomen in een zorgprofiel of als de behoefte aan zorg ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie. Meerzorg kan zowel thuis of in een instelling worden ingezet en is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Het protocol Meerzorg is vanaf 2017 geïntegreerd in het Voorschrift.
Modulair Pakket Thuis (MPT)	Een MPT is een vorm van zorg thuis die van toepassing is als de cliënt thuis wil blijven wonen en bijvoorbeeld niet het volledige zorgaanbod nodig heeft die hij krijgt in een instelling of via een VPT. De zorg thuis wordt modulair opgebouwd (bijvoorbeeld Verpleging en/of Verzorging etc.). Een MPT is altijd een bewuste keuze van een cliënt en wordt toegewezen in een budget of budgetcomponenten. Dit geldt ook voor het PGB. Naast een volledig MPT kan een zorg thuis ook verzilverd worden via een combinatie van MPT/PGB (of een volledig PGB).
Mutatie	Met een mutatie wordt door een zorgaanbieder een wijziging in een zorgsituatie of zorglevering doorgegeven aan het zorgkantoor. De zorgaanbieder stuurt een mutatie via het AW39-bericht door naar het zorgkantoor (iWlz berichtenverkeer).

Niet wachtend	Cliënt wil de geïndiceerde zorg nu nog niet ontvangen. Vóór iWlz 2.0 was de naam voor deze leveringsstatus Slapend wachtend.
Overbruggingszorg	Overbruggingszorg is zorg die bij een cliënt met opnamewens tijdelijk wordt ingezet om de wachtperiode tot opname op een passende plaats in een instelling op verantwoorde wijze te overbruggen. Het gaat hier om inzet van zorg thuis of tijdelijk verblijf in een instelling. Die zorg wordt toegewezen met soort zorgtoewijzing Overbrugging. Als een cliënt tijdelijk bij een andere aanbieder verblijft, levert deze aanbieder het geïndiceerde (en toegewezen) zorgprofiel. Zodra dit mogelijk (en nog gewenst) is, wordt de cliënt opgenomen bij zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder.
Overgangsrecht laag zorgprofiel	Voor cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel (zie bijlage E) is in de Wlz een overgangsrecht van toepassing. Of iemand in het overgangsrecht valt hangt af van het geïndiceerde (lage) zorgprofiel die bij de transitie van de AWBZ naar de Wlz is overgegaan naar een ander domein. En van de woonsituatie van de cliënt op dat moment en de wijze waarop hij zijn zorg kreeg.
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 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> </ol>



	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.)
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 zorgplanbespreking. Het zorgkantoor moet deze informatie meewegen bij zijn beslissing of de zorg thuis verantwoord en doelmatig kan worden georganiseerd.
Professionele zorg	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.
Rechtmatige zorg	Rechtmatig houdt in dat het beschikbare geld besteed moet worden aan publieke (Wlz-)zorg.
Regelzorg	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.
Reguliere zorg	Reguliere zorg is de leveringsvorm (het zorgarrangement) dat past bij de wens of zorgbehoefte van een cliënt. De zorg wordt geleverd door de voorkeuraanbieder van de cliënt.
Respijtzorg	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 mantelzorg een (dag)deel weg wil (incidenteel of met regelmaat) of om een gezamenlijke vakantie van de mantelzorg en de zorgvrager. Respijtzorg wordt uit de Wlz betaald als de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.
SGLVG zorgprofiel	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)

Soort (zorg)toewijzing	De soort zorgtoewijzing kent vanaf iWlz 2.0 nog 3 waarden: Regulier, Overbrugging en Administratief. De soort zorgtoewijzing geeft aan dat een indicatie wordt verzilverd in een zorgarrangement. En of het ingezette zorgarrangement een tijdelijke oplossing is voor de geïndiceerde zorg (Overbrugging) of de gewenste (Regulier). De administratieve zorgtoewijzing vormt hierop een uitzondering omdat deze een relatie heeft met financiering van zorg.
Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis	Het toetsingskader Doelmatige en verantwoorde zorg thuis biedt 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. Het toetsingskader is op 1 november 2015 ingevoerd en vanaf 2017 volledig geïntegreerd in het Voorschrift zorgtoewijzing. 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 VV en GZ 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 VV. Daarvoor geldt een treeknorm van 6 weken. Voor de GGZ geldt binnen de Wlz geen treeknorm. Deze cliënten hebben alleen aanspraak op Wlz zorg als zij al zijn opgenomen in een klinische behandelsetting (doorstroom vanuit de Zvw). 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.)
Verantwoorde zorg	Verantwoorde zorg is zorg die de kwaliteit van leven voor een cliënt verbetert. Verantwoorde zorg is ook doeltreffende zorg en doelmatige zorg die veilig en cliëntgericht geleverd wordt. Verantwoorde zorg is zorg die is afgestemd op de indicatie en de reële zorgbehoefte van een cliënt. Verantwoorde zorg is zorg van 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 notieverkeer	Het VECOZO notieverkeer is bedoeld om op een beveiligde manier (in een beveiligde omgeving) informatie uit te wisselen over zorgvragen van cliënten. Het gaat om (privacygevoelige) informatie die niet via iWlz kan worden doorgegeven. Deze informatie-uitwisseling vindt plaats tussen zorgkantoren en de zorgaanbieders.
Vertaaltabel	Zorgkantoren hanteren een uniforme vertaaltabel waarmee een geïndiceerd zorgprofiel kan worden vertaald (omgezet) naar een ander zorgprofiel. Dit gebeurt op basis van zorginhoudelijke en financiële afwegingen. De vertaaltabel kan worden toegepast als een cliënt voorkeur heeft voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel (dit wordt een instellingsvreemd zorgprofiel genoemd). Via de vertaaltabel kan het geïndiceerde zorgprofiel omgezet worden naar een instellingseigen zorgprofiel waarvoor de aanbieder wel is gecontracteerd.
Volledig Pakket Thuis (VPT)	Met het VPT kunnen verzekerden thuis vergelijkbare zorg krijgen als die in een instelling geboden wordt voor een bepaald zorgprofiel.
Voorkeuraanbieder	De zorgaanbieder waarvan de cliënt graag zijn zorg wil ontvangen en die door de cliënt is doorgegeven als zorgaanbieder van eerste voorkeur. De voorkeuraanbieder kan ieder moment gewijzigd worden door een cliënt.
Wachtstatus	De wachtstatus is een gegeven dat wordt gebruikt bij het samenstellen van de landelijke Wlz-wachlijst. De wachtstatus wordt, aan de hand van de leveringsstatus in iWlz, bepaald per individuele cliënt. Dat gebeurt op het niveau van het indicatiebesluit. Een wachtstatus (of leveringsstatus) kan de volgende waarden hebben: Actief wachtend, Niet-actief wachtend, Niet wachtend, In zorg en Einde zorg. De cliënt is wachtend beschouwd als zijn wachtstatus Actief wachtend of Niet-actief wachtend is.
Niet-actief wachtend	Cliënt wil de geïndiceerde zorg alleen ontvangen van zijn voorkeuraanbieder. Voor iWlz 2.0 was de naam voor deze leveringsstatus: Wens wachtend.
Wettelijke vertegenwoordiging	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. 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. Volgens de WGBO kunnen de volgende personen vertegenwoordiger zijn. De opsomming is in volgorde: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curator/ mentor = benoemd door de rechter</li> <li>2. De schriftelijk gemachtigde = benoemd door de cliënt zelf (in een schriftelijke verklaring)</li> <li>3. De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt = niet benoemd, vrijwillig</li> <li>4. Een ouder/ kind/ broer/ zus = niet benoemd, vrijwillig</li> </ol>

	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.
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. Ondanks deze indicatie verwachtte het Ministerie dat de Wlz het meest aangewezen domein was. Deze cliënten zijn daarom bij de transitie naar de Wlz, op 1 januari 2015, niet uitgestroomd naar de andere domeinen. VWS heeft voor deze groep een tijdelijke overgangsrecht geregeld. In 2016/2017 zijn deze cliënten opnieuw geïndiceerd. Het CIZ heeft toen bepaald of een cliënt aanspraak hield op de Wlz (indicatie voor een zorgprofiel) of alsnog moest uitstromen naar een ander domein (geen indicatie voor een zorgprofiel). De overgangsregeling eindigde op 31 december 2019. Vanaf 1 januari 2020 geldt voor deze groep de reguliere Wlz-zorg (met uitzondering van een kleine groep bewoners van een ADL-cluster).
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	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.
Zorgplicht zorgkantoren	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).

Zorgprofiel (ZP)	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.
Zorgtoewijzing	Zorgtoewijzing volgt na indicatiestelling en wordt voor Wlz-zorg uitgevoerd door zorgkantoren. Via zorgtoewijzing kan de zorgaanbieder in overleg met de cliënt uitvoering geven aan de geïndiceerde zorg. Hieronder valt het regelen van een best passend zorgarrangement voor een cliënt, maar ook het regelen van een tijdelijk zorgarrangement om een wachperiode voor verblijfszorg te overbruggen.

## 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 aanspraken in de Wlz is te vinden op de website van het Zorginstituut: [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) (Wlz-kompas)
4. 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)
5. Regionale zorginkoopdocumenten Wlz zijn te vinden op de websites van de zorgkantoren
6. 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)
7. 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)
8. Informatie over de eigen bijdrage voor de Wlz is te vinden op [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
9. Het informatiemodel voor het berichtenverkeer iWlz is te vinden op de website van het Zorginstituut: [www.istandaarden.nl](http://www.istandaarden.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: Leveringsstatus

Mutatie aanleveren (AW39-bericht)	Leveringsstatus Leveringsvorm Verblijf in mutatie (AW39-bericht)	Beschrijving	Actie dossierhouder
MUT18 Zorgaanbieder kan zorg nog niet leveren	Actief wachtend	Cliënt heeft een dringende zorgbehoefte en moet zo snel mogelijk zorg krijgen of worden opgenomen, maar er is bij zijn voorkeuraanbieder nog geen plaats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUT18 aanleveren binnen 5 werkdagen na ztw</li> <li>• <b>Eventueel overbruggingszorg</b> aanvragen via AAT (AW39-bericht): MPT, VPT, PGB, ZIN/PGB, deeltijdverblijf/zorg thuis of tijdelijk verblijfszorg bij andere zorgaanbieder</li> <li>• AAT binnen 10 kalenderdagen na eerste ztw aanleveren (als er meer tijd nodig is dat geldt eventueel ook voor MUT met leveringsstatus)</li> <li>• Ondoelmatige overbruggingszorg mogelijk (niet nodig om andere toeslag in te zetten zoals EKT, tenzij die voor opnamenwens al was toegewezen en daarmee passende zorg wordt ingezet)</li> <li>• Geef door in iWlz: Doelmatig Nee. Bijzondere situatie: ToeslagOverig, Extra overbruggingszorg Actief wachtend (1)</li> <li>• Bij verblijfszorg opname binnen norm</li> <li>• Periode ztw overbruggingszorg (verblijfszorg): max. 6 mnd.</li> <li>• Let op: samenloop Zvw, Wmo of Jw is niet toegestaan voor Wlz-zorg</li> </ul>
MUT18 Zorgaanbieder kan zorg nog niet leveren	Niet-actief wachtend	Cliënt heeft zorg nodig of opnamewens maar die kan nog niet starten. Cliënt wil en kan wachten (op een plaats) bij zijn voorkeuraanbieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUT18 aanleveren binnen 5 werkdagen na ztw</li> <li>• <b>Eventueel overbruggingszorg</b> thuis aanvragen via AAT (AW39-bericht): MPT, VPT, PGB, ZIN/PGB of deeltijdverblijf met zorg thuis</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• AAT binnen 10 kalenderdagen na ztw aanleveren (als er meer tijd nodig is en dit niet gelijktijdig met MUT kan)</li> <li>• Geen ondoelmatige overbruggingszorg thuis (tenzij Toeslag EKT, Beademing, PTZ, GVH, Kind, Meezorg of Maatwerk)</li> <li>• Bij extra toeslag geef door iWlz: Doelmatig Nee. Bijzondere situatie: EKT, Beademing of Overig (vervolgens juiste waarde kiezen)</li> <li>• Periode ztw overbruggingszorg (verblijfszorg): max. 1 jr.</li> <li>• Let op: samenloop Zvw, Wmo of Jw is niet toegestaan voor Wlz-zorg</li> </ul>
MUT <sub>12</sub> Einde zorgvraag	Niet wachtend	Cliënt heeft (nog) geen zorg nodig of nog geen opnamewens maar wil op 'wachtlIJst' in beeld blijven bij voorkeuraanbieder (ztw voor leveringsvorm wordt niet ingetrokken). Omdat cliënt formeel niet wacht op opname is er geen spraken van overbruggingszorg thuis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUT<sub>12</sub> aanleveren binnen 5 werkdagen na ztw</li> <li>• <b>Eventueel reguliere zorg</b> thuis aanvragen via AAT (AW39-bericht) als dit nodig is: MPT, VPT, PGB, ZIN/PGB of deeltijdverblijf/zorg thuis</li> <li>• AAT binnen 10 kalenderdagen na ztw aanleveren (als dit niet gelijktijdig met MUT kan). Periode ztw reguliere zorg: voor duur van indicatiebesluit (tenzij door toeslag anders wordt bepaald bijv. meezorg)</li> <li>• Geen ondoelmatige zorg thuis (tenzij Toeslag EKT, Beademing, PTZ, GVH, Kind, Meezorg of Maatwerk)</li> <li>• Bij extra toeslag geef door iWlz: Doelmatig Nee. Bijzondere situatie: EKT, Beademing of Overig (vervolgens juiste waarde kiezen)</li> <li>• Let op: samenloop Zvw, Wmo of Jw is niet toegestaan voor Wlz-zorg</li> </ul>
MUT <sub>12</sub> Einde zorgvraag	Einde zorg	Cliënt wil niet op wachtlIJst staan voor toegewezen zorg (ztw voor leveringsvorm wordt ingetrokken)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUT<sub>12</sub> aanleveren binnen 5 werkdagen na ztw</li> <li>• <b>Eventueel reguliere zorg</b> thuis aanvragen via AAT (AW39-bericht) als dit nodig is: MPT, VPT, PGB, ZIN/PGB of deeltijdverblijf met zorg thuis</li> <li>• AAT binnen 10 kalenderdagen na ztw aanleveren (als dit niet gelijktijdig met MUT kan). Periode ztw reguliere zorg: voor duur van indicatiebesluit (tenzij door toeslag anders wordt bepaald bijv. meezorg)</li> <li>• Geen ondoelmatige zorg thuis (tenzij Toeslag EKT, Beademing, PTZ, GVH, Kind, Meezorg of Maatwerk)</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij extra toeslag geef door iWlz: Doelmatig Nee. Bijzondere situatie: EKT, Beademing of Overig (vervolgens juiste waarde kiezen)</li> <li>• Let op: samenloop Zvw, Wmo of Jw is niet toegestaan voor Wlz-zorg</li> </ul>
MUT17 Overplaatsen met MAZ	Einde zorg	Cliënt krijgt (verblijfs)zorg maar wordt overgeplaatst naar andere voorkeuraanbieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUT 17 aanleveren binnen 5 werkdagen na begindatum ztw bij andere zorgaanbieder. Mutatiedatum moet groter of gelijk zijn aan begindatum en kan niet in toekomst liggen</li> <li>• MUT met aanvraag voor reguliere (verblijfs)zorg bij andere zorgaanbieder. Alléén gebruiken als er bij die andere zorgaanbieder direct een plaats beschikbaar is voor de cliënt. Periode ztw reguliere zorg: voor duur van indicatiebesluit (tenzij door toeslag anders wordt bepaald bijv. meerzorg)</li> <li>• Let op: samenloop Zvw, Wmo of Jw is niet toegestaan voor Wlz-zorg</li> </ul>
MUT19 Einde Zorgvraag Zorgtoewijzing sluiten	Einde Zorg	De zorgaanbieder stopt met het leveren van zorg aan de cliënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUT 19 aanleveren binnen 5 werkdagen na einddatum van de zorg Mutatiedatum moet groter of gelijk zijn aan einddatum en kan niet in toekomst liggen</li> <li>• Eventueel in combinatie met AAT en aanvraag voor (verblijfs)zorg bij andere zorgaanbieder</li> <li>• Let op: samenloop Zvw, Wmo of Jw is niet toegestaan voor Wlz-zorg</li> </ul>
MUT20 Zorg beëindigen zorgtoewijzing aanhouden	Actief wachtend, Niet-actief wachtend Niet wachtend	De zorgaanbieder stopt (tijdelijk) met het leveren van zorg aan de cliënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUT 20 aanleveren binnen 5 werkdagen na einddatum van de zorg. Mutatiedatum moet groter of gelijk zijn aan einddatum en kan niet in toekomst liggen</li> <li>• Leveringsstatus aanleveren afhankelijk van cliëntsituatie</li> <li>• Let op: samenloop Zvw, Wmo of Jw is niet toegestaan voor Wlz-zorg</li> </ul>

MUT <sub>21</sub> Overdracht zorgtoewijzing zonder MAZ	Einde zorg	Cliënt krijgt nog geen zorg van (voorkeur)aanbieder en wordt overgeplaatst naar andere aanbieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUT 21 aanleveren binnen 5 werkdagen na begindatum ztw bij andere zorgaanbieder. Mutatiedatum moet groter of gelijk zijn aan einddatum en kan niet in toekomst liggen</li> <li>• Let op: samenloop Zvw, Wmo of Jw is niet toegestaan voor Wlz-zorg</li> </ul>
MUT <sub>02</sub> Overlijden	Einde zorg	De zorg(toewijzing) wordt beëindigd door overlijden van de cliënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUT 02 aanleveren binnen 5 werkdagen na overlijdensdatum (en einddatum van de zorg). Mutatiedatum moet groter of gelijk zijn aan einddatum en kan niet in toekomst liggen.</li> </ul>

## 9. Bijlage D: Vertaaltabel

Voor het omzetten van een instellingsvreemd<sup>151</sup> zorgprofiel naar een instellingseigen zorgprofiel gelden uniforme uitgangspunten. Op basis van deze uitgangspunten is een vertaaltabel opgesteld, die als digitale bijlage bij dit Voorschrift wordt gepubliceerd. Is een omzetting toegestaan binnen de tabel, vraag dit zorgprofiel dan direct aan via een AAT. Komt de 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.

---

<sup>151</sup> Voor een instellingsvreemd zorgprofiel geldt dat de instelling hiervoor geen productieafspraken heeft met het zorgkantoor.

7. Omzetting die niet is toegestaan:
  - a) Van een zorgprofiel (anders dan zorgprofiel GGZB) naar een GGZB-zorgprofiel;
  - b) Van een zorgprofiel (anders dan zorgprofiel gVVB) naar een zorgprofiel gVVB;
  - c) Van een zorgprofiel (anders dan SGLVG, LVG of VG7) naar een SGLVG, LVG of VG7;
  - d) Van een zorgprofiel (anders dan ZGvis) naar een ZGvis;
  - e) Van een zorgprofiel (anders dan ZGaud) naar een ZGaud.
8. Omzetting die onder voorwaarden (en in overleg) is toegestaan. De omzettingen worden altijd handmatig beoordeeld door het zorgkantoor:
  - a) (SG)LVG, zie paragraaf 3.2 en 4.2. Alleen tijdelijk tot definitieve oplossing;
  - b) 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;
  - c) 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 VV of GZ zorgprofiel worden omgezet. Aanvraag van een nieuwe indicatie is dan aangewezen.
  - d) 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 verblijfs- setting 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.

# 10. Bijlage E: Overgangsrecht laag zorgprofiel

## Overgangsrecht laag zorgprofiel

Bij invoering van de Wlz heeft VWS bepaald dat een aantal lage zorgprofielen<sup>152</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 is geïndiceerd op of na 1 januari 2015 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 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>152</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.

## 11. Bijlage F: 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>153</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>153</sup> Bron ClZ, beleidsregels indicatiestelling Wlz 2018. 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>154</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>155</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>156</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>154</sup> Minimaal een matig verstandelijke beperking.

<sup>155</sup> Minimaal een matig verstandelijke beperking.

<sup>156</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>157</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>158</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>157</sup> Er staat richtlijn omdat voor ieder kind een individuele beoordeling van de zorgbehoefte noodzakelijk is, omdat

<sup>158</sup> Zelfzorg is algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), persoonlijke verzorging, hygiëne en zo nodig verpleegkundige zorg.



## 12. Bijlage G: Deeltijdverblijf 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)	<i>Wlz en Wmo</i> Uitgangspunten: <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> </ul>	<i>Altijd Zvw</i> Uitgangspunten: <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>	<i>Zvw/Wmo</i> Uitgangspunten: <ul style="list-style-type: none"> <li>hulpmiddelen zijn op twee plekken nodig</li> </ul> t.a.v. Wmo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeente dient onderzoek te doen naar maatwerkvoorziening ook als cliënt Wlz-indicatie heeft of volgens de</li> </ul>	<i>Wmo:</i> Uitgangspunten: <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:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wmo: <i>bestaande</i> hulpmiddelen (onderhoud en aanpassingen)</li> </ul> <p>Zvw (enkele hulpmiddelen)<sup>1</sup></p>			<p>gemeente voor de Wlz in aanmerking komt (recente uitspraak Centrale Raad van Beroep)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeente mag na dit onderzoek weigeren (art. 2.3.5. lid 6)</li> </ul>	<p>gemeente kan na onderzoek een aanvraag toekennen of gemotiveerd afwijzen. (<u>cf.</u>: roerende voorzieningen).</p>
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	Wlz	Wlz	Zvw ***
4,5			
5	Wlz	Wlz	Zvw ***
6			
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).

# 13. Bijlage H: Regeling crisisopname

## 13.1 Algemene uitgangspunten

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor:

- het formuleren van eenduidig beleid<sup>159</sup> voor crisiszorg en het informeren van betrokken ketenpartijen;
- het inkopen van genoeg regionale crisisplaatsen VV, die voldoen aan de kwaliteitsnormen. Daarbij wordt gekeken naar regionale spreiding in relatie tot het aantal inwoners per regio en de bezetting van de crisisbedden van het voorafgaand jaar;
- het inkopen van voldoende crisisbedden GZ verdeeld over het gehele land die voldoen aan de kwaliteitsnormen. Daarbij wordt gekeken naar het aantal inwoners per gebied en de bezetting van de crisisbedden in het voorgaande jaar (jaren);
- het publiceren van een overzicht op de website met contactgegevens van aanbieders die gecontracteerd zijn voor crisiszorg (VV) of de rol van regionale regisseur crisisopname GZ.

Het CIZ is verantwoordelijk voor:

- het afgeven van een indicatie (en eventueel een besluit voor Wzd) binnen 2 weken na ontvangst van de aanvraag (zie paragraaf 4.3.2) als de cliënt op het moment van de aanvraag al zorg krijgt.

De aanbieders die gecontracteerd zijn voor crisiszorg:

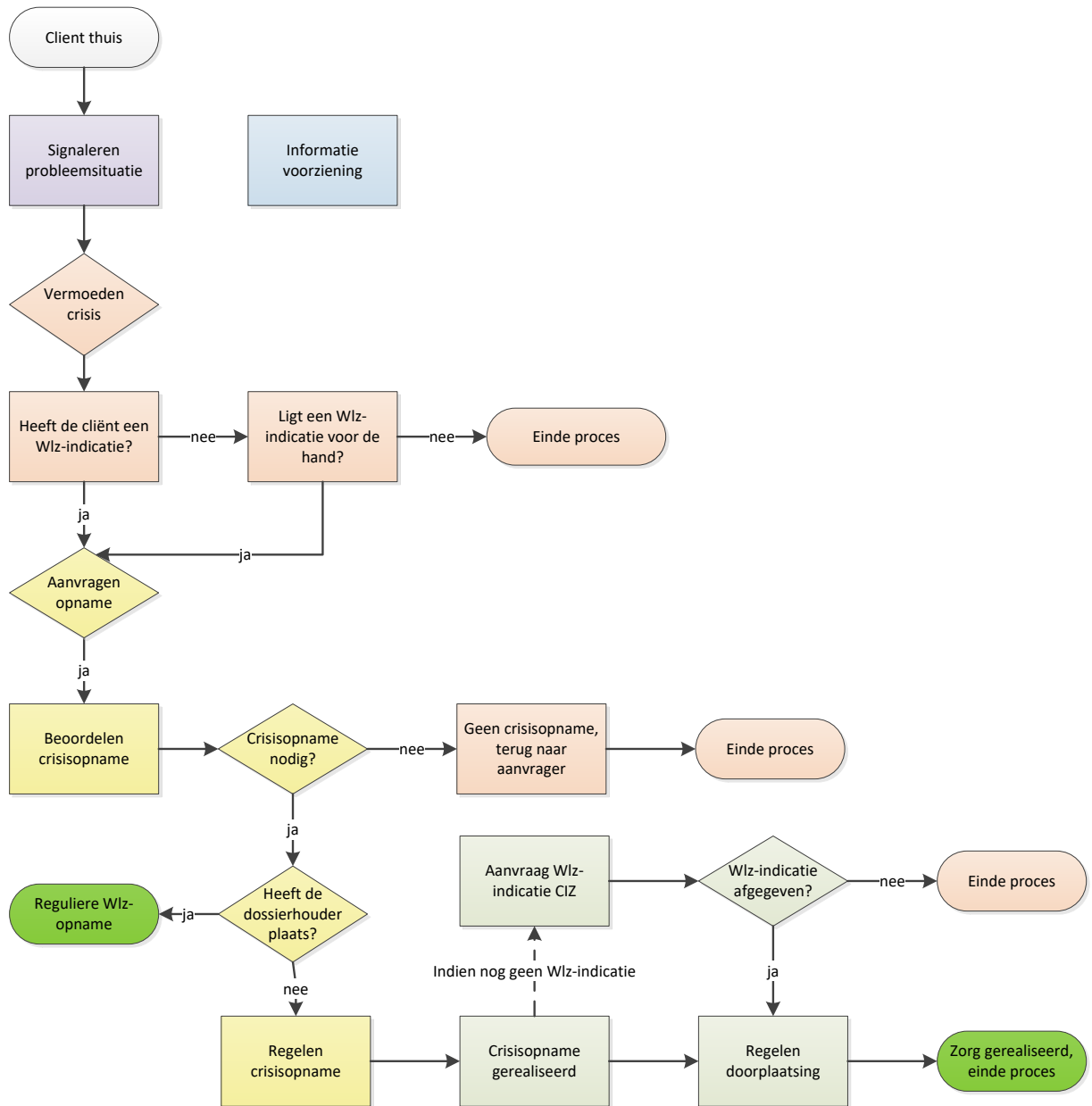
- zijn, samen met het zorgkantoor, verantwoordelijk voor het realiseren van passende (vervolg)zorg;
- zijn gemandateerd voor het beoordelen en plaatsen van crisissituaties;
- beoordelen of een cliënt met een indicatie voor een zorgprofiel LG<sup>160</sup> het beste op een crisisplaats VV of VG past omdat er nu geen specifieke crisisplaatsen zijn voor deze cliënten. De aanleiding van de crisis is daarin relevant. Is er niet direct een duidelijke aanleiding VV of VG aan te wijzen? Dan is een VG crisisbed de aangewezen oplossing (dit om een ongewenste vertraging op een crisisopname te voorkomen);
- garanderen (zelfstandig of in de vorm van regionale samenwerking) 7x24 uren bereikbaarheid voor intake (aanmeldingen) en opnamen.

---

<sup>159</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.

<sup>160</sup> LG: Lichamelijk gehandicapt.

### 13.2 Processchema crisisopname VV en GZ



### 13.3 Processtappen crisissituatie VV

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Cliënt thuis	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt.	-	Medisch: Huisarts (thuis)
Signaleren probleemsituatie	De huidige situatie wordt als probleem ervaren.	Cliënt, mantelzorg, familie, huisarts, wijkverpleging, of coördinator zorg thuis, ondersteuners	Medisch: huisarts (thuis)
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: * Criteria crisisopname * Proces & procedure * Mogelijkheden m.b.t. te volgen stappen en alternatieven * Coördinator zorg thuis * Dossierhouder * Beschikbare plaatsen.	Zorgkantoor	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie wordt bepaald of crisisopname de meest passende optie is.	Huisarts	Huisarts
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. Zo ja, opstarten aanvraag crisisopname Wlz. Zo nee, einde proces voor routing crisisopname Wlz.	Huisarts (in samenspraak met betrokken wijkverpleegkundige)	Huisarts

Einde proces	De huisarts zorgt voor een passend alternatief. Bijvoorbeeld herstel gerichte zorg (Zvw) of respijtzorg (Wmo). De huisarts kan in dat geval de verzekeraar van de cliënt of de gemeente benaderen.	Huisarts	Huisarts
Beslismoment: aanvragen crisisopname	Opname wordt aangevraagd bij een zorgaanbieder die gecontracteerd is voor crisisplaatsing. Vooraf checkt de aanvrager een aantal geldende criteria. Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op een wachtlijst voor opname? Dan wordt contact opgenomen met de zorgaanbieder (dossierhouder) <sup>161</sup> .	Huisarts, huisartsenpost, Spoed Eisende Hulp	Huisarts
Beoordelen crisisopname	Op grond van de criteria voor crisisopname beoordeelt de aanbieder waar de cliënt wordt aangemeld, of werkelijk sprake is van crisisopname.	Specialist ouderengeneeskunde (SO); verlengde arm constructie mogelijk	Zorgaanbieder van crisisplaats
Beslismoment: crisisopname nodig?	De SO beslist of er daadwerkelijk sprake is van een crisissituatie (eerste moment van aanmelding).	SO	Zorgaanbieder van crisisplaats
Geen crisisopname, terug naar aanvrager	Beoordeelt de SO dat er géén sprake is van crisisopname conform de Wlz, dan wordt de aanvraag teruggelegd bij de huisarts.	SO	Huisarts
Einde proces: Geen crisisopname	Wordt crisisopname door de huisarts niet als meest adequate oplossing gezien? Dan valt verder verloop buiten scope. De huisarts is verantwoordelijk voor het organiseren van passende zorg via de Wmo of Zvw.	Huisarts	Huisarts
Wel crisisopname: heeft de dossierhouder plaats?	Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling? Dan is er een dossierhouder. Heeft deze instelling plaats en een productie afspraak voor crisisopname, dan kan de cliënt daar worden opgenomen.	Zorgaanbieder crisiszorg	Dossierhouder en zorgaanbieder van crisisplaats
Reguliere opname	Is er direct plaats bij de dossier-houder? Dan is er sprake van een reguliere opname en is er feitelijk geen sprake van crisisopname. Kan de cliënt niet binnen de geldende termijn	Dossierhouder	Dossierhouder

<sup>161</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging. Zo nodig kan het zorgkantoor hierover adviseren.



	worden geplaatst bij de dossierhouder? Dan zoekt deze contact met het zorgkantoor voor zorgbemiddeling naar een tijdelijk andere instelling.		
Regelen crisisopname	Is er geen dossierhouder bekend (omdat het om een nieuwe Wlz-cliënt gaat) of heeft de dossier-houder geen passende plaats beschikbaar? Dan wordt er een crisisopname geregeld. Dit wordt gedaan door een aanbieder die gecontracteerd is voor crisisplaatsing.	Zorgaanbieder crisiszorg	Zorgaanbieder crisiszorg
Crisisopname gerealiseerd	De cliënt is opgenomen bij een aanbieder van crisiszorg.	Zorgaanbieder crisiszorg	Zorgaanbieder crisiszorg
Aanvraag Wlz-indicatie bij CIZ	Is er nog geen geldige Wlz-indicatie? Dan wordt die uiterlijk 5 werkdagen na opname aangevraagd bij het CIZ.	Zorgaanbieder crisiszorg	Zorgaanbieder crisiszorg
Beslismoment: positief indicatiebesluit voor Wlz-zorg	Het CIZ geeft een indicatie voor Wlz-zorg af. Dit besluit wordt via het iWlz-berichtenverkeer naar de ingevulde 'voorkeuraanbieder' gestuurd. Is de feitelijke voorkeuraanbieder van de cliënt opgenomen in het indicatiebesluitbericht én is dit niet de crisiszorgaanbieder? Dan neemt de voorkeuraanbieder (dossier-houder) contact op met de crisiszorgaanbieder om reguliere plaatsing te regelen. Is in het indicatiebesluit niet de feitelijke voorkeuraanbieder van de cliënt gevuld maar de aanvragende crisiszorgaanbieder? Dan stemt die af met de voorkeuraanbieder van de cliënt en draagt de zorgtoewijzing zelf direct over. Heeft de cliënt nog geen voorkeur-aanbieder en hulp nodig bij het maken van een keuze? Dan neemt de crisiszorgaanbieder contact op met het zorgkantoor voor bemiddeling.	CIZ	Zorgaanbieder crisiszorg
Beslismoment:	Wordt er, ondanks inschatting van de huisarts en de SO, geen Wlz-indicatie afgegeven door het CIZ? Dan zijn de zorgaanbieder van crisiszorg en de huisarts samen verantwoordelijk voor het regelen van een passend alternatief, via de Wmo en/of Zvw. Einde proces.	Zorgaanbieder crisiszorg/ huisarts	Zorgaanbieder crisiszorg

geen/negatief indicatiebesluit voor Wlz-zorg			
Regelen doorplaatsing	De cliënt heeft al een indicatie of krijgt gedurende de crisisopname een indicatie, waardoor een dossier-houder ontstaat. De dossierhouder organiseert, samen met het zorgkantoor, passende vervolgzorg.	Dossierhouder	Dossierhouder
Vervolgzorg gerealiseerd, einde proces	De cliënt heeft vervolgzorg. Einde proces.	Zorgaanbieder/ dossierhouder	Zorgaanbieder/ dossierhouder

### 13.3.1 Rollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Cliënt of vertegenwoordiger van de cliënt

- neemt in een crisissituatie contact op met de huisarts of thuiszorg (als de cliënt thuiszorg krijgt).

Thuiszorg als de cliënt al thuiszorg krijgt vanuit Wlz (coördinator zorg thuis) of Zvw (wijkverpleging)

- is 24 uur per dag bereikbaar voor het inzetten van aanvullende zorg in de thuissituatie;
- stelt alle relevante gegevens van de cliënt beschikbaar bij een crisisaanvraag of -opname<sup>162</sup>;
- regelt passende zorg in de thuissituatie als de cliënt niet in aanmerking komt voor crisisopname. Is er een Wlz-indicatie aanwezig dan wordt dit gedaan door de dossierhouder (eerste keer) of coördinator zorg thuis. Eventueel in overleg met de wijkverpleging.

Huisarts (Huisartsenpost en spoedeisende hulp)

- neemt, bij vermoeden van noodzaak crisisopname Wlz, contact op met de zorgaanbieder crisisopname;
- is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van alle benodigde cliënt-gegevens en geeft deze door aan de zorgaanbieder van crisisopname;
- is verantwoordelijk voor het regelen van een passend alternatief in de thuissituatie als de cliënt niet in aanmerking komt voor een crisisopname. In dat geval verzorgt huisarts overdracht van de situatie aan een thuiszorgaanbieder.

Dossierhouder

- is de voorkeuraanbieder voor opname. Dit kan ook de crisiszorgaanbieder zijn. Heeft de cliënt geen voorkeuraanbieder, dan is de crisiszorgaanbieder de dossierhouder tot het moment dat de cliënt een voorkeuraanbieder kiest. Voor de keuze van een voorkeuraanbieder kan de crisiszorgaanbieder ook contact opnemen met het zorgkantoor. In overleg met de cliënt en de crisiszorgaanbieder bemiddelt het zorgkantoor naar een passende voorkeuraanbieder;
- heeft zorgplicht richting de cliënt zoals zorgkantoren die door de overeenkomst met de aanbieder zijn overeengekomen. Vanuit deze optiek dient de dossierhouder te handelen en te voorkomen dat een crisisopname noodzakelijk is;
- bekijkt als eerste of hij de cliënt kan opnemen op een regulier bed. Is dit niet mogelijk, dan meldt hij de cliënt aan bij de zorgaanbieder waar crisisbedden beschikbaar zijn (VV) of regisseur crisisopname (GZ);
- is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van alle relevante gegevens van de cliënt die hij heeft aan de crisiszorgaanbieder bij crisisopname;
- is verantwoordelijk voor het regelen van vervolgzorg<sup>163</sup> (juiste plaatsing) na crisisopname. Het dossierhouderschap stopt dus niet bij crisisplaatsing. En neemt, als partijen er onderling (samen) niet uitkomen, contact op met het zorgkantoor voor zorgbemiddeling. Verlenging van de crisisopname kan alleen in overleg met het zorgkantoor.

<sup>162</sup> Hiermee worden ook de gegevens van de zorg bedoeld als de cliënt onder de Wmo of Zvw valt.

<sup>163</sup> Vervolgzorg bestaat veelal uit doorplaatsing naar een regulier bed maar kan in uitzonderlijke gevallen ook zorg thuis zijn

- VV: regelt vervolgzorg binnen een termijn van 2 weken vanaf opnamedatum met mogelijkheid tot eenmalige verlenging van maximaal 2 weken;
- GZ: regelt vervolgzorg binnen een termijn van 6 weken vanaf opnamedatum met mogelijkheid tot eenmalige verlenging van maximaal 6 weken;
- is niet verantwoordelijk voor de (medische) zorg bij een crisiszorgaanbieder buiten zijn organisatie.

#### Zorgaanbieder crisisopname

- beoordeelt inhoudelijk of het om een crisisopname gaat. Is voor crisisaanmeldingen een (centraal) coördinatiepunt ingericht, dan voert de regisseur crisisopname (crisiscoördinator) deze inhoudelijke beoordeling uit;
- komt de cliënt niet in aanmerking voor crisisopname onder de Wlz, dan legt hij de verantwoordelijkheid terug bij de huisarts of aanmelder van de crisissituatie om passende zorg in de thuissituatie te regelen;
- is er een Wlz-indicatie aanwezig en staat de cliënt al op een wachtlijst voor opname bij een Wlz-instelling, dan neemt de crisiszorgaanbieder contact op met de dossierhouder;
- neemt, als crisisopname noodzakelijk is, de cliënt van de huisarts of dossierhouder over;
- plaatst de cliënt binnen 24 uur op een crisisbed binnen de eigen organisatie of bemiddelt de cliënt door naar een andere crisiszorgaanbieder;
- houdt een registratie bij dat binnen 24 uur na eerste melding er een crisisbed beschikbaar is en dat de crisisopname binnen 24 uur na eerste melding heeft plaatsgevonden;
- legt in de overeenkomst de duur van de crisisopname vast en bespreekt dit met de cliënt of zijn vertegenwoordiger;
- inventariseert of een Wlz-indicatie en eventueel een besluit Wzd<sup>164</sup> aanwezig is. Is deze niet aanwezig is, dan wordt die op de eerstvolgende werkdag via de spoedprocedure aangevraagd bij het CIZ. Dit gebeurt op basis van de criteria bijzondere omstandigheden;
- declareert de kosten van crisisopname bij de gemeente en/of zorgverzekeraar als het CIZ geen Wlz-indicatie afgeeft. Is er een Wlz-indicatie (per opnamedatum) dan wordt de zorg gedeclareerd bij het zorgkantoor;
- maakt een melding aanvang zorg aan bij opname op een crisisbed;
- bewaakt dat de cliënt maximaal 2 weken op het crisisbed verblijft. Is er geen reguliere vervolgplaats beschikbaar dan wordt ondersteuning of hulp van het zorgkantoor gevraagd;
- stelt de eventuele dossierhouder op de hoogte van de crisisopname en bewaakt dat dossierhouder vervolgzorg regelt (regulier bed). Dit gebeurt in onderling overleg. De crisiszorgaanbieder geeft de dossierhouder zorg-, behandel- en/of begeleidingsadvies mee;
- maakt mutatiebericht aan naar het zorgkantoor bij overplaatsing naar een andere aanbieder;
- meldt lege crisisbedden aan het zorgkantoor in het kader van de verantwoording.

<sup>164</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging. Indien nodig kan het zorgkantoor hierover adviseren.

Zorgkantoren

- zijn vanuit hun zorgplicht tijdens kantooruren beschikbaar voor hulp of ondersteuning bij het regelen van vervolgonpname;
- bewaken dat er bij crisisopname geen onderscheid wordt gemaakt bij welke zorgverzekeraar een cliënt verzekerd is;
- vergoeden de geleverde crisiszorg op voorwaarde dat uiterlijk op de eerste werkdag na de start van de crisiszorg door of namens de cliënt een Wlz-indicatie is aangevraagd bij het CIZ én wordt afgegeven. Geeft het CIZ een negatief indicatiebesluit af, dan worden de kosten niet door het zorgkantoor betaald. In dit geval moet de gemeente en/of zorgverzekeraar de kosten vergoeden.

#### **13.4 Processtappen crisissituatie GZ**

Specifiek voor de sector GZ geldt dat in elke zorgkantoorregio één partij optreedt als regisseur voor crisisopname. Met als redenen dat:

- in de GZ diverse en complexe zorgvragen voorkomen;
- in de GZ sprake is van gespecialiseerde doelgroepen;
- gedegen kennis vereist is over mogelijk (landelijk) zorgaanbod.

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Cliënt thuis	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt.	-	Medisch: Huisarts
Signaleren probleemsituatie	De huidige situatie wordt als probleem ervaren.	MEE, netwerk van cliënt, huisarts, zorgaanbieders (zoals VG, begeleid wonen, wijkverpleging of coördinator zorg thuis) of aan Jeugdwet-gerelateerde instanties	Medisch: huisarts psychiater AVG
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: * Criteria crisisopname * Proces & procedure * Coördinator zorg thuis * Dossierhouder * Beschikbare plaatsen	Zorgkantoor	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie wordt bepaald of crisisopname de meest passende optie is.	Aanmelder <sup>165</sup>	Aanmelder
Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De aanmelder zoekt met de cliënt en eventueel met iemand uit het directe netwerk van de cliënt uit of de cliënt een geldige Wlz-indicatie heeft. Mogelijk heeft de cliënt deze nog niet maar ligt dit wel voor de hand.	Aanmelder, cliënt, mantelzorger	Aanmelder
Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	De aanmelder (met regionale regisseur crisisopname of aanbieder) schat in of de cliënt voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt. Alleen dan kan er een aanvraag voor opname onder de Wlz gedaan worden. Anders einde proces.	Aanmelder	Aanmelder
Einde proces	Bij einde proces zorg de aanmelder voor een passend alternatief. Mogelijk komt de cliënt in aanmerking voor op herstel gerichte zorg (Zvw) of respijtzorg (Wmo). Is er sprake van spoed dan neemt de aanmelder contact op met de regionale regisseur crisisopname die contact en afspraken heeft met gemeenten en zorgverzekeraars.	Aanmelder	Aanmelder

<sup>165</sup> Een aanmelder is altijd een professionele hulpverlener.

Beslismoment: aanvragen crisisopname	Een crisisplaats wordt aangevraagd bij de regionale regisseur crisisopname (partij die spoedcoördinatie tot taak heeft). Vooraf checkt de aanmelder een aantal geldende criteria voor aanvraag van een crisisplaats <sup>166</sup> .	Aanmelder	Aanmelder
Beoordelen crisisopname	Op grond van vooraf vastgestelde criteria wordt beoordeeld of werkelijk sprake is van crisisopname Wlz en daarmee recht op een crisisplaatsing.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Beslismoment: crisisopname?	De regionale regisseur crisisopname VG beslist op basis van de beoordeling of er daadwerkelijk sprake is van spoed en daarmee aanspraak op een crisisplaats.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
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.	Aanmelder	Aanmelder
Einde proces: geen crisisopname	Wordt een Wlz-crisisopname niet als meest adequate oplossing gezien, dan valt verder verloop buiten scope. De aanmelder (professionele hulpverlener) heeft de verantwoordelijkheid om een adequaat alternatief te verzorgen.	Aanmelder	Aanmelder
Beslismoment: heeft de dossierhouder plaats?	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 dossierhouder. Heeft deze instelling plaats en een productie afspraak voor crisisopname, dan kan de cliënt daar regulier worden opgenomen. Dit op voorwaarde dat passende zorg kan worden geboden.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Reguliere opname	Heeft de voorkeuraanbieder een passende plaats beschikbaar, dan vindt reguliere opname plaats.	Dossierhouder	Dossierhouder
Regelen crisisopname	Is er nog geen dossierhouder of heeft deze geen passende plaats beschikbaar? Dan wordt een crisisopname geregeld bij een crisiszorg-aanbieder. De logistieke afstemming en uitvoering over de opname ligt bij de aanmelder en de crisiszorgaanbieder, waarover de regionale regisseur wordt geïnformeerd.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Crisisopname gerealiseerd	Het fysiek opnemen van de cliënt bij de crisiszorg-aanbieder.	Zorgaanbieder crisisopname	Betrokken behandelaar of hulpverlener
Aanvraag Wlz-indicatie bij CIZ	Is er nog geen geldige Wlz-indicatie? Dan wordt die uiterlijk 5 werkdagen na opname aangevraagd bij het CIZ.	Zorgaanbieder crisiszorg	Zorgaanbieder crisiszorg

<sup>166</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging. Indien nodig kan het zorgkantoor hierover adviseren.

Beslismoment: positief indicatiebesluit voor Wlz-zorg	Het CIZ geeft een indicatie voor Wlz-zorg af. Dit besluit wordt via het iWlz-berichtenverkeer naar de ingevulde 'voorkeuraanbieder' gestuurd. Is de feitelijke voorkeuraanbieder van de cliënt opgenomen in het indicatiebesluitbericht én is dit niet de crisiszorgaanbieder? Dan neemt de voorkeur-aanbieder (dossierhouder) contact op met de crisiszorgaanbieder om reguliere plaatsing te regelen. Is in het indicatiebesluit niet de feitelijke voorkeur-aanbieder van de cliënt gevuld maar de aanvragende crisiszorgaanbieder? Dan stemt die af met de voorkeur-aanbieder van de cliënt en draagt de zorgtoewijzing zelf direct over. Heeft de cliënt nog geen voorkeuraanbieder en hulp nodig bij het maken van een keuze? Dan neemt de crisiszorgaanbieder contact op met het zorgkantoor voor bemiddeling.	CIZ	Zorgaanbieder crisiszorg
Beslismoment: geen/negatief indicatiebesluit voor Wlz-zorg.  Einde proces	Wordt er, ondanks de inschatting van de regionale regisseur, geen Wlz-indicatie afgegeven? Dan is de crisiszorgaanbieder in samenspraak met de aanmelder verantwoordelijk voor het regelen van een passend alternatief via de Wmo en/of Zvw.	Zorgaanbieder crisiszorg, huisarts	Zorgaanbieder crisiszorg
Regelen doorplaatsing	De cliënt heeft al een indicatie of krijgt gedurende de opname een indicatie, waardoor een dossierhouder ontstaat. De dossierhouder organiseert, samen met het zorgkantoor, passende vervolgzorg. Eventueel noodzakelijke verlenging van de crisisopname wordt afgestemd met de regisseur crisisopname.	Dossierhouder	Dossierhouder
Vervolgzorg gerealiseerd, einde proces	De cliënt heeft vervolgzorg. Einde proces.	Zorgaanbieder/ dossierhouder	Zorgaanbieder/ dossierhouder



### **13.4.1 Rollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden**

Voor de sector GZ geldt voor een aantal (extra) partijen een andere invulling van rollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden dan in de sector VV. Die worden hieronder toegelicht. Dat geldt niet voor het CIZ, het zorgkantoor en de dossierhouder of coördinator zorg thuis. Die uitwerking is nagenoeg gelijk en wordt daarom niet herhaald.

#### **Cliënt of vertegenwoordiger van de cliënt**

- neemt in een crisissituatie contact op met de huisarts en/of al aanwezig professionele hulpverlening zoals bijvoorbeeld stichting MEE, voogdij of thuiszorg;
- Ambulante zorgaanbieder en professionele hulpverlener (MEE, huisarts, etc.);
- Ambulante zorgaanbieder: heeft een signalerende functie als de cliënt al bij deze aanbieder in zorg is. Overstijgt de vraag van de cliënt de mogelijkheden van ambulante ondersteuning plotseling, dan neemt deze aanbieder contact op met de regionale regisseur crisisopname GZ;
- Professionele hulpverlener: neemt, bij vermoeden van noodzaak tot crisisopname Wlz, contact op met de regionale regisseur crisisopname GZ;
- is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van alle relevante gegevens van de cliënt bij een crisisopname en geeft deze door aan de aanbieder van crisiszorg;
- is verantwoordelijk voor het regelen van passende zorg in de thuissituatie als de cliënt niet in aanmerking komt voor een crisisopname.

#### **Aanmelder crisisopname GZ**

- zorgt dat de regisseur crisisopname alle benodigde informatie heeft om de beoordeling van de crisissituatie adequaat te kunnen uitvoeren. Hij verzorgt ook de coördinatie;
- communiceert met de regisseur crisisopname over organisatorische zaken;
- levert inhoudelijke rapportage aan en zorgt voor alle benodigde formulieren en documenten die voor de dossierhouder of zorgaanbieder crisisopname relevant zijn;
- zorgt dat de cliënt alle belangrijke persoonlijke spullen heeft bij opname (kleding, medicijnen etc.);
- maakt duidelijke afspraken met de regisseur crisisopname;
- is er geen dossierhouder en komt er geen Wlz-indicatie (dus geen reguliere opname, waardoor een dossierhouder ontstaat), dan geldt dat de aanmelder:
- verantwoordelijk blijft voor de gang van zaken rondom de cliënt en hierop aanspreekbaar is (onder andere door de zorgaanbieder crisisopname)
- minimaal 1x per week contact heeft met de zorgaanbieder crisisopname
- contact heeft met regisseur over eventueel verlenging en perspectief
- verantwoordelijk is voor de vervolgzorg na ontslag.
- verantwoordelijk is voor de verdere afhandeling als de regisseur crisisopname beoordeelt dat er geen noodzaak is tot crisisopname.

### **Regisseur crisisopname GZ**

- inventariseert/controleert of er een Wlz-indicatie is en eventueel besluit Wzd aanwezig is;
- controleert inhoudelijk of het om een crisisopname gaat;
- bemiddelt de cliënt naar een zorgaanbieder met crisisbedden en houdt een registratie bij of er binnen 48 uur een plaats beschikbaar is na aanmelding en of de crisisopname binnen 48 uur na melding heeft plaatsgevonden;
- neemt contact op met de dossierhouder als deze bekend is in het kader van de zorgplicht. Kan de dossierhouder niet aan de vraag voldoen, dan dient de crisisopname elders gerealiseerd te worden. In deze situaties onderbouwt de dossierhouder waarom hij de cliënt niet kan opnemen;
- legt de verantwoordelijkheid om voor de cliënt passende zorg in de thuissituatie te regelen terug bij de aanmelder crisisopname, als de cliënt niet in aanmerking komt voor een crisisopname Wlz;
- beschikt over de crisisbedden en houdt hier de registratie van bij (en heeft daarmee inzicht in bezetting en vrije plaatsen);
- spreekt duur en voorwaarden af met de aanmelder en de zorgaanbieder crisisopname;
- heeft contact met de bovenregionale crisisregisseur bij een bovenregionale plaatsing;
- beoordeelt, in overleg met het zorgkantoor, eventuele verlenging van de opnameduur;
- houdt tijdens de opname contact met de zorgaanbieder en de aanmelder;
- houdt in de gaten of de zorgaanbieder zich houdt aan de afspraken (behandeling, indicatie aanvragen, indicatie opstellen, begeleidingsadvies en vervolg opname).

### **Zorgaanbieder crisisopname**

- neemt, als opname noodzakelijk is, de cliënt van de aanmelder of dossierhouder over op verwijzing door de regisseur crisisopname;
- plaatst de cliënt binnen 48 uur op een crisisbed binnen de eigen organisatie of neemt opnieuw contact op met de regisseur crisisopname als dit niet mogelijk is;
- legt in de overeenkomst de duur van de crisisopname vast en bespreekt dit met de cliënt of zijn vertegenwoordiger én informeert de aanmelder en de regisseur hierover;
- vraagt op aanwijzing van de regisseur crisisopname, als de cliënt nog geen Wlz-indicatie heeft, deze op de eerstvolgende werkdag aan bij het CIZ via de spoedprocedure. Dit gebeurt op basis van de criteria bijzondere omstandigheden, met ingang van de opnamedatum;
- maakt een melding aanvang zorg aan bij opname;
- bewaakt dat de cliënt maximaal 6 weken op het crisisbed verblijft. Ontstaan er bij het regelen van vervolgzorg problemen dan kan de regionale regisseur crisisopname worden betrokken;
- bewaakt dat de dossierhouder of aanmelder vervolgzorg regelt. Als hier problemen ontstaan, dan wordt de regisseur betrokken;
- geeft een behandel- en/of begeleidingsadvies aan de vervolg aanbieder;
- maakt een mutatiebericht aan naar het zorgkantoor bij overplaatsing naar een andere aanbieder;
- meldt lege crisisbedden aan regionale regisseur in het kader van de verantwoording;
- declareert de kosten bij de gemeente en/of zorgverzekeraar als het CIZ geen Wlz-indicatie afgeeft. Wordt er wel een Wlz-indicatie afgegeven, dan declareert de zorgaanbieder bij het zorgkantoor.

# 14. Bijlage I: Regeling Meerzorg intramuraal en geclusterd VPT

## 14.1 Beleidsegel Meerzorg Wlz

Deze bijlage richt zich specifiek op de intramurale meerzorg en meerzorg in een geclusterd VPT. In 2019 zijn er aanzienlijke wijzigingen doorgevoerd in het uitvoeringsproces meerzorg (inclusief een nieuw Excel sjabloon Meerzorg). De gewijzigde procedure geldt voor nieuwe aanvragen voor individuele en groepsmeerzorg én voor wijzigingen op bestaande aanvragen.

### 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>167</sup> maar is voor de zorgaanbieder en het zorgkantoor een handvat bij de aanvraag en beoordeling van individuele of groepsmeerzorg.

Is meerzorg toegekend aan een cliënt maar wordt er een nieuw indicatiebesluit afgegeven met een gewijzigd zorgprofiel? Dan vervalt de afgegeven beschikking voor meerzorg in alle situaties. De zorgaanbieder of cliënt moet in deze situaties altijd opnieuw meerzorg aanvragen als dit nodig is. Voorliggende oplossing kan dan ook liggen in EKT of een ademhalingstoeslag.

## 14.2 Individuele aanvraag of groepsmeezorgaanvraag

### 14.2.1 Belangrijkste wijzigingen beleidsregel Meerzorg Wlz

Voor cliënten die verblijfszorg krijgen óf VPT in een geclusterde woonvorm, kan meerzorg worden aangevraagd via:

- een individuele aanvraag of
- een aanvraag voor groepsmeerzorg.

Bij deze vormen van meerzorg:

- 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

---

<sup>167</sup> Het CIZ weegt de mogelijkheden van de sociale omgeving niet mee in de besluitvorming.

woning, met wie en met hoeveel mensen woont een cliënt samen, vorm van dagbesteding en de expertise van begeleiders;

- Is het mogelijk om indirecte kosten mee te nemen die noodzakelijk zijn door de extreme zorgzwaarte van een cliënt. Het gaat hier dus om niet direct cliëntgebonden kosten;
- Wordt een beschikking Meezorg afgegeven voor een cliënt, maar daarin worden de uren voor zorg of het beschikbare budget niet meer opgenomen;
- Houden zorgaanbieders uit de VV 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;
- Geldt voor de betaling een dagprestatie;
- Wijzigt de overlegstructuur rondom een (groep) meezorg cliënt(en).

### **Uitgangspunten**

- Zorgaanbieders en zorgkantoren geven op basis van vertrouwen uitvoering aan de regeling Meezorg. Betrokken partijen zoeken samen naar passende oplossingen;
- Het CCE heeft daarom (vooral) een inhoudelijke rol bij cliëntsituaties die in aanmerking komen voor meezorg. Het CCE beoordeelt in uitzonderingssituaties nog de toegang tot meezorg (meezorgaanvraag) voor iemand met gedragsproblematiek. Bijvoorbeeld op verzoek van het zorgkantoor<sup>168</sup>. Het streven is dat het CCE minimaal een keer per 3 of 4 jaar alle cliënten met individuele meezorg of groepsmeezorg heeft bezocht;
- Rondom een cliënt wordt via een vaste cyclus van overleg een kwaliteitsslag gemaakt bij de uitvoering van de regeling Meezorg. De partijen<sup>169</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>168</sup> Is het nodig om het CCE in te schakelen bij het ontwikkelgesprek, dan worden de kosten hiervan door de zorgaanbieder betaald.

<sup>169</sup> De 4 betrokken partijen worden ook wel de vierhoek genoemd.

Voorwaarden voor het aanvragen van (groeps)meezorg door zorgaanbieder

- Een zorgaanbieder kan meezorg alleen aanvragen als zijn basiszorg op orde is;
- 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 dus 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 moet grotendeels worden ingezet voor directe zorg aan cliënten. De aanbieder schat daarom vooraf goed in of dat mogelijk is (in relatie tot de arbeidsmarkt-problematiek). Op verzoek van het zorgkantoor kan de zorgaanbieder achteraf aantonen dat er direct zorg is ingezet voor een individuele cliënt of de groep;
- Meerkosten voor personeel dat niet in loondienst is (PNIL) worden niet vanuit de meezorg vergoed.

### Processtappen aanvraag meezorg zorgaanbieder

- Een individuele aanvraag voor meezorg kan het hele jaar worden ingediend. Betaling is afhankelijk van het beschikbare budget<sup>170</sup>;
- Een aanvraag voor groepsmeezorg kan maar één keer per jaar worden ingediend;
- 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 (welke aanvullende zorg wordt voor de cliënt aangevraagd 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 beschikking volledig 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 meezorg aanvraag gebruikt de zorgaanbieder altijd het actuele Excel sjabloon (hierin staan 2 verschillende lijsten). Gaat het om een eerste aanvraag voor een cliënt dan gebruikt de zorgaanbieder de lijst voor een nieuwe aanvraag. Gaat het om verlenging, dan gebruikt de zorgaanbieder de lijst voor een heraanvraag. De zorgaanbieder vult dus de lijst die van toepassing is;
- is er aanvullende informatie gewenst? Dan kan het zorgkantoor vragen om een extra vragenlijst te vullen en mee te sturen met het actuele Excel sjabloon. Deze vragenlijst wordt altijd gevuld door een inhoudelijk deskundige medewerker (gedragskundige);

---

<sup>170</sup> Een aanvraag die na de beschikking 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.

- Bij een hoog, afwijkend budget, kan door het zorgkantoor gevraagd worden om de rekenhulp uit het sjabloon in te vullen en mee te leveren;
- Is bij de aanvraag voor meerzorg sprake van een 1:1 of 2:1 begeleiding? Dan wordt dit altijd onderbouwd aangevraagd. Toegelicht wordt waarom deze begeleiding nodig is, wat deze begeleiding oplevert, welke interventies gedaan zijn/worden om deze inzet te voorkomen en hoe deze inzet zo spoedig mogelijk wordt afgebouwd (visie en/of plan voor afbouw);
- Nadat alle informatie in het Excel sjabloon is ingevuld wordt een individuele aanvraag via het VECOZO notitieverkeer naar het zorgkantoor gestuurd. Is de informatie in het sjabloon of de vragenlijst onvoldoende? Dan stuurt het zorgkantoor deze terug met het verzoek om aanvullende informatie. Omdat de aanvraag niet volledig was heeft dit invloed op de ingangsdatum van de meerzorg;
- Het zorgkantoor koppelt besluitvorming over een individuele aanvraag ook via het VECOZO notitieverkeer terug aan de zorgaanbieder;
- De zorgaanbieder legt na ontvangst de beschikking vast in het persoonlijke zorgplan<sup>171</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 meerzorg voor de cliënt<sup>172</sup> tijdig en juist bij het zorgkantoor (binnen de duur van de beschikking);
- 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 meerzorg noodzakelijk? Vraag deze dan 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 meerzorg;
- Bij een aanvraag voor verlenging van de meerzorg onderbouwt een zorgaanbieder ook altijd hoe zijn Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA-cyclus) wordt uitgevoerd.

### Processtappen beoordeling meerzorg zorgkantoor

- Het zorgkantoor neemt een aanvraag alleen in behandeling als deze compleet is ingediend (een volledig ingevuld Excel 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 oordelen dat in sommige situaties advies van het CCE nodig is<sup>173</sup>. Het CCE heeft 8 weken tijd om advies te geven. In deze situaties neemt het zorgkantoor binnen 12 weken een besluit op de aanvraag (streeftermijn is 10 weken);

<sup>171</sup> In bijlage A staat meer informatie over het (digitale) zorgplan uitgeschreven, zie ook hoofdstuk 3 en 4.

<sup>172</sup> Volg bij afwezigheidsdagen ook de daarvoor geldende NZa beleidsregel.

<sup>173</sup> Is het nodig om het CCE in te schakelen, dan worden de kosten hiervan door de zorgaanbieder betaald.

- Het zorgkantoor legt het besluit vast in een beschikking en stuurt deze naar de aanvragende zorgaanbieder. In de beschikking staat of de aanvraag akkoord is. In de beschikking wordt niet meer opgenomen wat het budget is voor de toegekende meerzorg;
- 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;
- Het zorgkantoor legt in de beschikking op cliëntniveau ook vast voor welke periode deze wordt afgegeven. In principe is dit voor een looptijd van maximaal 3 jaar. Tenzij er redenen zijn om hiervan af te wijken. Dit wordt dan met de betrokken partijen (vierhoek) besproken.

#### **14.2.2 Specifieke processtappen voor aanvraag van groepsmeerzorg**

Wanneer is er sprake van groepsmeerzorg?

- Een aanvraag voor groepsmeerzorg kan worden ingediend als minimaal 3 cliënten van één groep en/of op één (intramurale) locatie in aanmerking komen voor meerzorg 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.

Contra-indicaties voor groepsmeerzorg

- Palliatief terminale zorg;
- Groepen waarin sprake is van bovengemiddelde hoeveelheid wijzigingen in de groep samenstelling. Voor cliënten uit deze groepen wordt een individuele aanvraag ingediend.

Wat zijn de vervolgstappen bij een aanvraag voor groepsmeerzorg?

- Een aanvraag voor groepsmeerzorg wordt in principe één keer per jaar ingediend: vóór 1 februari van het betreffende jaar (jaar t);
- De afspraak wordt jaarlijks bijgesteld. Tenzij er sprake is van capaciteitsuitbreiding waardoor er een substantiële groei van groepsmeerzorg ontstaat. In overleg met het zorgkantoor wordt dan bepaald of uitbreiding van groepsmeerzorg in het lopende jaar mogelijk is;
- Bereken voor het indienen van een aanvraag (groeps)meerzorg altijd eerst of er sprake is van meerzorg. Dat is het geval als er voor een individuele cliënt minimaal 25% meer zorg (in uren) nodig is, dan de uren zorg die horen bij het geïndiceerde zorgprofiel. Deze drempel voor meerzorg wijzigt niet! Gebruik voor de berekening het Excel sjabloon Meerzorg. (Lees de invulinstructie zorgvuldig<sup>174</sup>). Uit het ingevulde Excel sjabloon blijkt automatisch of een cliënt in aanmerking kan komen voor meerzorg en welk budget hiervoor nodig is;
- Blijkt door invullen van het Excel sjabloon dat een cliënt in aanmerking komt voor meerzorg? Licht dan in dit sjabloon ook toe waarom de zorgvraag van deze cliënt niet binnen de uren van het zorgprofiel past. Beantwoord daarvoor de volgende vragen onder "toelichting aanvraag":
  - Waaruit blijkt de behoefte aan meerzorg?

<sup>174</sup> Het aanvraag sjabloon meerzorg, de rekenmodule en het formulier verantwoord worden gepubliceerd op de website van het regionale zorgkantoor.

- Wat is de aanleiding van de aanvraag meerzorg en wat is de frequentie waarin de problematiek zich voordoet?
- Voldoet de zorgvraag aan de drempel voor meerzorg? En is dit bij meerdere cliënten het geval op één groep of locatie? Dan kan extra budget worden aangevraagd voor het verbeteren van de context van een groep cliënten (niet direct cliëntgebonden kosten);
- De niet direct cliëntgebonden kosten kunnen worden ingezet voor bijvoorbeeld opleidingskosten, deskundigheidsbevordering en kosten voor inventaris en kleine verbouwingen;
- Het zorgkantoor beoordeelt een aanvraag voor inventaris en kleine verbouwingen extra zorgvuldig op de relatie met de extreme zorgzwaarte van de cliënten zoals beschreven in de (digitale) zorgplannen. Het budget moet daarvoor doelgericht worden ingezet en het gaat in deze situaties altijd om incidentele kosten;
- Het zorgkantoor beoordeelt een aanvraag voor opleiding of deskundigheidsbevordering ook extra zorgvuldig. De aanvraag mag niet gaan over reguliere deskundigheidsbevordering of over een gangbare methodiek voor de gehandicaptenzorg;
- Nadat voor alle individuele cliënten in "een groep" het noodzakelijke budget voor meerzorg is berekend (directe kosten), worden alle individuele bedragen bij elkaar 'opgeteld'. Dit bedrag wordt opgehoogd met het bedrag voor indirecte kosten;
- Let op: uitgangspunt bij het optellen van de individuele sjablonen is dat de zorgaanbieder niet alleen kijkt naar wat de individuele cliënten nodig hebben maar ook naar wat de groep nodig heeft. Het zorgkantoor verwacht daarbij dat een efficiënte inzet van middelen;
- Het totaalbedrag wordt daarna gedeeld door het aantal cliënten. De uitkomst hiervan is het bedrag dat per cliënt wordt gedeclareerd voor meerzorg. Dat is voor iedere cliënt uit de groep dus een gelijk bedrag.

### **Excel sjabloon, toelichting aanvraag**

- Wilt u de zorg voor 'een groep' cliënten anders organiseren? Licht dit dan toe in het Excel sjabloon onder "toelichting aanvraag". Vul in hoe u dat wilt doen en wat daarvan de consequenties zijn. Beantwoord voor het aanvragen van indirecte kosten de volgende vragen in het sjabloon:
  - Omschrijf de context van de cliënt.
  - Welke interventiemiddelen zijn er tot nu toe ingezet en met welk effect? (Signaleringsplannen, bejegeningplan, crisisinterventieplan, scholing, methodieken, medicatie, coaching, externe consultatie of verhuizing.).
  - Welke indirecte zorg is nodig en wat is de relatie tot de meerzorg?
  - Is er sprake van handelingsverlegenheid, het ontbreken van perspectief of inhoudelijke vragen waarbij de ondersteuning door het CCE gewenst is. Zo ja, wat is de vraag?
  - Kan de extra inzet na verloop van tijd worden afgebouwd en op welke wijze?
- Licht in dit Excel sjabloon ook toe waarom gekozen wordt voor groepsmeerzorg. Beantwoord daarvoor de volgende vragen onder "toelichting aanvraag":
  - Wat is de reden dat er gekozen wordt voor groepsmeerzorg?
  - Waar bestaat de extra zorg uit?
  - Welke indirecte zorg is nodig en wat is de relatie tot de extreme zorgbehoefte?



- Welke doelen staan er voor de komende periode centraal? Wat is de nulmeting en wat is het te behalen resultaat? Bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van bestaan van cliënten door afbouw van MIC-meldingen<sup>175</sup>, afbouw van medicatie, minder vrijheidsbeperking, hogere cliënttevredenheid, minder verzuim onder personeel;
- Of er sprake is van handelingsverlegenheid, het ontbreken van perspectief of dat er inhoudelijke vragen zijn waarbij ondersteuning van het CCE gewenst is? Zo ja, licht dan in het Excel sjabloon toe wat de vragen zijn;
- Of de extra zorginzet na verloop van tijd kan worden afgebouwd en op welke wijze.

#### **14.2.2.1 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 zorgzwaarte. Voor deze cliëntsituatie:
  - dient de zorgaanbieder in het lopende jaar altijd een individuele aanvraag voor meerzorg in<sup>176</sup>. Het zorgkantoor geeft voor deze cliënt een individuele beschikking af. Bij de eerstvolgende evaluatie (meerzorgdialoog) wordt een cliënt meegenomen in de groepsmeorzorg als dit dan nog een passende oplossing is.
- een cliënt met meerzorg verhuist naar een andere groep of locatie. In deze situatie:
  - neemt de cliënt zijn budget voor de directe meerzorg mee naar de andere groep of locatie;
  - wordt de vrijgevallen plaats in de meerzorggroep in de loop van jaar t niet opgevuld met een nieuwe groepsmeorzorg cliënt. Dit om te voorkomen dat het budget opnieuw moet worden berekend en iedere client uit de groep een nieuwe beschikking moet krijgen. Op de vrijgevallen plaats kan wel weer een cliënt worden geplaatst die meerzorg nodig heeft. Die wordt dan aangevraagd via een individuele aanvraag. (In het jaar t+1 kan de cliënt dan eventueel ingevoegd worden in de groepsmeorzorg);
  - vervalt voor de bestaande groep, waaruit de cliënt vertrekt, niet alleen het directe meerzorgbudget. 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>177</sup> van de overblijvende cliënten in de groep door dit vertrek niet wijzigen, kan er een tekort op de indirecte kosten ontstaan;
  - houdt de zorgaanbieder daarom de wijzigingen in de groepssamenstelling bij. De wijzigingen worden besproken bij de herschikking van het budget (1 november jaar t). In dit overleg komt ook aan de orde of de indirecte kosten toch kostendekkend zijn gerealiseerd. Is dat niet het geval dan wordt besproken hoe het tekort in de vergoeding wordt opgepakt.

<sup>175</sup> MIC: Meldingen Incidenten Cliënten. Deze incidentmeldingen worden ook gebruikt om kwaliteit van zorg te verbeteren.

<sup>176</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>177</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.

### 14.2.3 Meerzorgplan

**Vraagt een aanbieder meerzorg aan voor meerdere cliënten of groepen? Dan levert deze zorgaanbieder in een aantal situaties bij het zorgkantoor ook een meerzorgplan aan.**

Wanneer levert een zorgaanbieder een meerzorgplan aan?

- wordt er al meerzorg geleverd? Dan wordt een meerzorgplan aangeleverd als er:
  - 10 of meer nieuwe individuele cliënten meerzorg nodig hebben en/of
  - een nieuwe groepsmeorzorg wordt opgestart.
- wordt er nog geen meerzorg geleverd? Dan wordt een meerzorgplan aangeleverd als er:
  - een nieuwe individuele cliënt een beroep doet op meerzorg en/of
  - een nieuwe groepsmeorzorg wordt opgestart.

#### Doel meerzorgplan

Het meerzorgplan is een handvat voor gesprekken (meerzorgdialoog) over verbetering van kwaliteit van leven voor deze specifieke groep cliënten. Het meerzorgplan heeft betrekking op de totale populatie meerzorg cliënten van een zorgaanbieder.

Wat wordt er in format van het meerzorgplan<sup>178</sup> beschreven?

- Wat is de visie van de zorgaanbieder op meerzorg en de relatie met de context?
- Wat is de totale populatie van cliënten met meerzorg?
- Hoeveel cliënten van deze populatie zijn bestaande cliënten met meerzorg? Hoeveel zijn heraanvragen? En hoeveel van deze cliënten zijn nieuw (individuele aanvraag of aanvraag voor groepsmeorzorg)?
- Voor welke zorgprofielen wordt meerzorg aangevraagd (aantallen per zorgprofiel)?
- Wat is het gemiddelde budget dat wordt aangevraagd voor meerzorg?
- Welke trends ziet de zorgaanbieder in de meerzorg aanvragen?
- Wat zijn de redenen voor het opnieuw aanvragen van meerzorg voor een cliënt(en). Is er een toename of afname van cliënten te zien waarvoor een verlenging wordt aangevraagd en/of wat is de ontwikkeling daarbij in de hoogte van het budget?
- Is er samenhang met de beschikbaarheid van geschikt personeel voor deze doelgroep? En zo ja welke inspanningen heeft de zorgaanbieder daarvoor gedaan of gaat hij daarvoor doen?
- Wat doet de zorgaanbieder eraan om verzuim van deze medewerkers te voorkomen?
- Hoe ziet de aansturing eruit van het team?
- Welke extra deskundigheid is ingezet of gaat ingezet worden voor deze doelgroep? Worden daarvoor andere zorgaanbieders ingeschakeld en zo ja waarom?
- Met welke methodieken is gewerkt? Welke scholingen vinden er plaats of gaan nog plaatsvinden?
- Voor welke individuele aanvragen meerzorg of groepsmeorzorg aanvragen ligt er een specifieke vraag voor het CCE?
- Wat is het plan voor komend jaar? Zijn er bijvoorbeeld nieuwe aanvragen (groeps)meorzorg te verwachten?

<sup>178</sup> Zorgkantoren publiceren een format voor invullen van het meerzorgplan op de website.

- Op welke wijze verbreedt de zorgaanbieder de opgedane expertise in de diverse groepen? Hoe wordt intern geleerd van meerzorgtrajecten op andere plaatsen (bij andere zorgaanbieders) en hoe wordt eigen opgedane expertise daarbij gedeeld?

#### 14.2.4 Meerzorgplan en meerzorgdialoog

Een meerzorgdialoog vindt plaats tussen het zorgkantoor<sup>179</sup> en de zorgaanbieder die meerzorg levert. Een meerzorgdialoog vindt aan het begin van jaar t plaats en aan het einde van jaar t (evaluatie). Op verzoek van een van deze partijen kan het CCE aansluiten bij de dialoog. Handvat voor het gesprek is het vooraf ingediende meerzorgplan. Het zorgkantoor neemt daarbij het initiatief voor de meerzorgdialoog<sup>180</sup>.

##### Doel meerzorgdialoog

In een cyclus van 2 gesprekken per jaar 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. Het is mogelijk om meerzorg aan te vragen voor nieuwe cliënten na de meerzorgdialoog, maar deze worden dan (inhoudelijk) besproken in de volgende meerzorgdialoog. Het zorgkantoor kan voor deze nieuwe cliënten wel advies vragen bij het CCE als dat nodig is;
- inzet van het CCE bij ontwikkelgesprekken. 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).

<sup>179</sup> Heeft een zorgaanbieder met meerdere zorgkantoren te maken? Dan wordt voor de werkwijze aansluiting gezocht bij de procesafspraken rondom de kwaliteitsrapporten.

<sup>180</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.

#### **14.2.5 Ontwikkelgesprek, na meerzorgplan en meerzorgdialoog**

Een ontwikkelgesprek vindt plaats na de meerzorgdialoog. Tijdens de meerzorgdialoog wordt besproken voor welke cliënt(en) of groep(en) een ontwikkelgesprek plaats moet vinden. Een ontwikkelgesprek bestaat uit 2 aparte bijeenkomsten. Tussen beide bijeenkomsten zit een periode van een aantal maanden. De 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> bijeenkomst vinden bij voorkeur binnen een kalenderjaar plaats. De zorgaanbieder neemt het initiatief tot het plannen van deze gesprekken. Tijdens de bijeenkomsten zijn de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger, de zorgaanbieder, het CCE en eventueel het zorgkantoor aanwezig. Een van de partijen kan daarbij (een) andere zorgaanbieder(s) vragen om deel te nemen aan een ontwikkelgesprek.

#### **Doel ontwikkelgesprek**

In het ontwikkelgesprek wordt het plan en doelen voor een individuele cliënt of een groep besproken. Dat gebeurt op basis van de huidige stand van zaken. Wijkt de geplande zorg structureel af van de daadwerkelijke zorgverlening dan kan in overleg met het zorgkantoor een bijstelling (zowel in positieve of negatieve zin) plaatsvinden. Dat is maatwerk per zorgaanbieder. Ook 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 een cliënt(en). Daarnaast worden ook concreet afspraken gemaakt over hoe de aanbieder hieraan gaat werken en wanneer de voortgang geëvalueerd wordt. Een ontwikkelgesprek vindt in een cyclus van 2x per jaar plaats (per gesprek 1 dagdeel). Omdat het CCE aansluit bij het gesprek, is dit inhoudelijk gericht op de kwalitatieve verbeteringen in samenhang met meerzorg.

#### **Kosten ontwikkelgesprek**

Het standaard advies van het CCE is vervangen door het ontwikkelgesprek. De kosten voor de ontwikkelgesprekken worden betaald door de aanbieder. De actuele kosten voor een ontwikkelgesprek zijn terug te vinden op de website van het CCE.

### **14.3 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 terugval van functioneren te voorkomen of te beperken. Dat kan via snelle onderbouwde inzet van expertise en/of de zorg uit te breiden voor een tijdelijke periode van 3-6 maanden. Met flexibele inzet van deze preventieve, extra zorg kan langdurige inzet van meerzorg worden voorkomen.

Neem voor deze vorm van meerzorg contact op met het zorgkantoor. Het zorgkantoor beoordeelt of aan de voorwaarden hiervoor wordt voldaan en of er extra budget beschikbaar wordt gesteld.

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>181</sup> van de interne betrokkenen.

#### 14.4 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 het CCE in deze periode vragen om uitvoering van een heroverweging (bij een zorginhoudelijk verschil van inzicht). Het resultaat hiervan wordt meegenomen in de bezwaarprocedure;
- 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);
- 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.

#### 14.5 Verhuizing

- Het zorgkantoor die een aanbieder heeft gecontracteerd voor het leveren van meerzorg, beoordeelt de (individuele) meerzorgaanvraag voor een cliënt die hij van deze zorgaanbieder ontvangt;
- Verhuist een cliënt later naar een andere zorgaanbieder, in een andere zorgkantoorregio? Dan beoordeelt de nieuwe zorgaanbieder het (digitale) zorgplan dat hoort bij de meerzorg beschikking;
- Neemt deze zorgaanbieder het individuele (digitale) zorgplan integraal over (directe zorgkosten)? Dan blijft het besluit nog maximaal 1 jaar van kracht. Het nieuwe zorgkantoor

<sup>181</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.

stuurt dan een nieuwe beschikking naar de nieuwe zorgaanbieder voor de resterende periode. Alle betrokken partijen bevestigen dit op het 'verhuisformulier' uit het Excel sjabloon Meerzorg;

- Neemt de nieuwe zorgaanbieder het (digitale) zorgplan niet integraal over? Dan vervalt het besluit en dient deze aanbieder een nieuwe aanvraag meerzorg in bij zijn regionale zorgkantoor.