

Voorschrift zorgtoewijzing 2023

Addendum bij overeenkomst 2023
Zorgkantoor – Zorgaanbieder Wlz

Zorgverzekeraars Nederland december 2022

Disclaimer

De documenten opgesteld door het zorgkantoor ten behoeve van de inkoop van langdurige zorg 2023 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

1.	Voorwoord	7
1.1	Toelichting wijzigingen	8
1.1.1	Aanpassingen classificaties wachtstatus Urgent plaatsen	8
1.1.2	Uitvoeringsproces wachtlijstbeheer	8
1.2	Doelstelling voorschrift	9
2.	Proces zorgtoewijzing	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Zorgtoewijzingsproces	11
2.2.1	Algemene uitgangspunten voor Wlz-zorg	11
2.2.2	Van indicatie via zorgtoewijzing naar zorglevering	14
2.3	Regionaal zorgkantoor en ondersteuning cliënt	25
2.3.1	Onafhankelijke cliëntondersteuner	27
2.4	Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt	28
2.4.1	Processtappen zorgkantoren bij verhuizing cliënt	29
2.4.2	Processtappen zorgaanbieder bij verhuizing cliënt	30
2.5	Regionaal zorgkantoor en wachtlijstbeheer	34
2.5.1	Algemene uitgangspunten wachtlijstbeheer Wlz	36
2.5.2	Wachtstatus en classificatie	39
2.5.3	Verantwoord zorg thuis bij status Urgent plaatsen en Actief plaatsen	42
2.5.4	Toelichting tabellen wachtstatus met classificaties	44
2.5.5	Wachtstatus Urgent plaatsen: beschrijving en rollen	47
2.5.6	Wachtstatus Actief plaatsen: beschrijving en rollen	59
2.5.7	Wachtstatus Wacht op voorkeur: beschrijving en rollen	68
2.5.8	Wachtstatus Wacht uit voorzorg: beschrijving en rollen	72
2.5.9	Overzicht streefnormen wachtstatus/classificatie	76
2.5.10	Aanvullend wachtlijstbeheer zorgkantoor	77
2.6	Wet zorg en dwang en wachtlijstbeheer	78
2.6.1	Besluit tot opname en verblijf Wzd Art. 21	79
2.6.2	Dwangopname Wzd via Rechterlijke machtiging (RM)	79
2.6.3	Onvrijwillige opname via strafrechter (Wzd art. 28a)	81
2.7	Leveringsstatus In zorg en Einde zorgvraag	83
2.7.1	Leveringsstatus In Zorg	83
2.7.2	Doorgeven van behandeling bij verblijfszorg via Melding Aanvang Zorg	84
2.7.3	Leveringsstatus Einde zorgvraag en Mutatiebericht	84
2.7.4	Procesafspraken voor het Mutatiebericht (Einde zorg)	87
2.7.5	Rollen leveringsstatus In zorg en Einde Zorgvraag	90
2.8	Mutatiebericht en Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing	91
2.8.1	Wanneer wordt een Aanvraag Aangepaste (zorg)Toewijzing (AAT) ingediend?	91

2.8.3	AAT en Rekenmodule/Adviesformulier	93
2.9	Regionaal zorgkantoor, CAK en eigen bijdrage	96
3.	Wlz-zorg bij thuis wonen	99
3.1	Inleiding	99
3.2	Algemene uitgangspunten zorg thuis	100
3.2.1	Coördinator zorg thuis	101
3.2.2	Beschikking zorg thuis	104
3.3	Mogelijkheden voor zorg thuis	106
3.3.1	Volledig pakket thuis (VPT)	106
3.3.2	Modulair pakket thuis (MPT)	108
3.3.3	Zorgtoewijzingsproces voor VPT en MPT	108
3.3.4	Zorg thuis in combinatie met Persoonsgebonden budget (PGB)	116
3.3.5	Zorg thuis in combinatie met behandeling	119
3.3.6	MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis (EKT)	125
3.3.7	Overige toeslagen extra zorg thuis	127
3.3.8	Toeslag ademhalingsondersteuning thuis	131
3.3.9	Toeslag Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis	133
3.3.10	Toeslag Palliatief terminale zorg thuis (PTZ)	135
3.3.11	Toeslag Thuiswonend kind (<18 jaar) met ontwikkelperspectief	137
3.3.12	Toeslag Maatwerk Logeeropvang	139
3.3.13	Toeslag Maatwerk dure dagbesteding en/of behandeling (individueel of groep)	140
3.3.14	Toeslag Meezorg thuis bij MPT (en/of PGB)	141
3.3.15	VPT, MPT of PGB in combinatie met logeren	146
3.3.16	Eerstelijnsverblijf (kortdurend verblijf buiten eigen huis)	149
3.3.17	VPT, MPT of PGB in combinatie met onderwijs	149
4.	Wlz-zorg bij (deeltijd)verblijf in een instelling	151
4.1	Inleiding	151
4.2	Verblijfszorg	153
4.2.1	Algemene uitgangspunten verblijfszorg	153
4.2.2	Zorgprofiel SGLVG of LVG	155
4.2.3	Dossierhouder	157
4.3	Vormen van verblijfszorg	162
4.3.1	Deeltijdverblijf	162
4.3.2	Zorgtoewijzingsproces Deeltijdverblijf	165
4.3.3	Voorbeeld wachtstatus Deeltijdverblijf	169
4.3.4	Zorgtoewijzingsproces Verblijf	172
4.3.5	Crisisopname in een instelling	181
4.3.6	Verblijf in een instelling in combinatie met zorg thuis	181
4.3.7	Behandeling tijdens verblijf zonder behandeling	182
4.3.8	Partneropname	183
4.3.9	Administratieve zorgtoewijzing (tijdelijk verblijf in andere instelling)	184
4.4	Palliatief Terminale Zorg	186
4.5	Meerzorg bij Verblijf of (geclusterd) VPT	187

4.5.1	Inleiding	187
4.5.2	Wie kan beroep doen op Meezorg?	187
4.5.3	Meezorgprofiel of Maatwerkprofiel	189
4.5.4	Uitgangspunten Meezorg	191
4.5.5	Individuele Meezorg of Groepsmeezorg	193
4.5.6	Processtappen Meezorgaanvraag zorgaanbieder	193
4.5.7	Processtappen Groepsmeezorgaanvraag zorgaanbieder	195
4.5.8	Meezorgplan	197
4.5.9	Het Ontwikkeltraject	199
4.5.10	Bezwaarprocedure	199
4.5.11	Verhuizing	200
4.5.12	Overzicht Meezorgprofielen en Maatwerkprofielen	201
5.	Crisis Zorg	202
5.1	Crisissituatie	202
5.1.1	Ontstaan crisissituatie	202
5.1.2	Crisisopname en IBS	204
5.2	Crisissituatie en nog geen indicatiebesluit	206
5.3	Rollen	206
5.3.1	Het zorgkantoor	207
5.3.2	Crisis Zorgaanbieder	207
5.3.3	Dossierhouder	209
5.3.4	Coördinator zorg thuis	210
5.4	Processtappen crisis Zorg V&V	211
5.4.1	Procesflows crisis Zorg V&V	212
5.4.2	Processtappen met bijbehorende rollen (tabel V&V)	215
5.5	Processtappen crisis Zorg GZ	219
5.5.1	Procesflows crisis Zorg GZ	219
5.5.2	Onafhankelijke crisisregisseur	223
5.5.3	Het crisisondersteuningsteam (COT)	225
5.5.4	De crisis Zorgaanbieder VG	226
5.5.5	De dossierhouder of coördinator zorg thuis	227
5.5.6	Processtappen met bijbehorende rollen (tabel GZ)	228
5.6	Processtappen crisis Zorg GGZ	232
6.	Zorgweigering en zorgbeëindiging	234
6.1	Inleiding	234
6.2	Zorgweigering door zorgaanbieder	234
6.3	Zorgbeëindiging door zorgaanbieder	235
7.	Bijlage A: Afkortingen en begrippen	237
8.	Bijlage B: Belangrijke informatie en websites	251
9.	Bijlage C: Vertaaltabel	252

10.	Bijlage D: Overgangsrecht laag zorgprofiel	254
11.	Bijlage E: Gebruikelijke zorg	255
12.	Bijlage F: DTV en hulpmiddelen/ vervoer	258
13.	Bijlage G: Extra voorbeeld wachtlijstbeheer	261

1. Voorwoord

Voor u ligt het Voorschrift zorgtoewijzing 2023. Dit voorschrift is geldig vanaf 1 januari 2023 en maakt onderdeel uit van de Wlz-overeenkomst 2023 tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. Het voorschrift sluit aan bij het zorginkoopbeleid van de zorgkantoren en is van toepassing op alle cliënten met een geldig indicatiebesluit voor zorg die valt binnen de Wet langdurige zorg.

Belangrijkste inhoudelijke wijzigingen in het voorschrift

Er wordt een nieuwe versie van het voorschrift gepubliceerd omdat:

- Vanaf 2023 de classificaties Palliatief Terminale Zorg (PTZ) en Rechterlijke Machtiging (RM) bij de wachtstatus Urgent plaatsen, ruimer worden ingezet.
- De classificatie Doorstroom Klinische GGZ wordt toegevoegd aan de wachtstatus Urgent plaatsen (iWlz release 2.4).
- Meer grondslagen kunnen worden doorgegeven via iWlz-berichtenverkeer (maximaal 4). Dat geldt voor alle nieuw afgegeven indicatiebesluiten vanaf 2023 (iWlz release 2.4).
- De Functies en Klassen volledig worden verwijderd uit iWlz-berichten omdat deze geen toegevoegde waarde meer hebben (iWlz release 2.4).
- De toeslag logeren kan worden aangevraagd via een specifieke code (iWlz release 2.4).
- Geriatrische Revalidatiezorg (herstelgerichte behandeling), die wordt vergoed vanuit de Wlz, niet goed is beschreven in het huidige voorschrift (zie paragraaf 4.2.1). Er zijn meer situaties waarin deze op herstelgerichte behandeling vanuit de Wlz kan worden vergoed.
- De periode voor het toewijzen van overbruggingszorg bij de Wachtstatus Wacht op voorkeur, wordt verruimd. Dit gebeurt voor de duur van het indicatiebesluit, tenzij er een reden is om hiervan af te wijken (zoals inzet van ondoelmatige overbruggingszorg).
- Het uitvoeringsproces rondom het wachtlijstbeheer tussen zorgkantoren en zorgaanbieders meer divers kan worden ingevuld (zie paragraaf 1.1 en 2.5.4).

Overige wijzigingen

In deze versie zijn verder:

- Twee bijlagen opgeheven: Crisiszorg en Meerzorg- en Maatwerkprofielen. Crisiszorg heeft een eigen hoofdstuk gekregen (hoofdstuk 5). Zorgweigering en zorgbeëindiging is daardoor verschoven naar hoofdstuk 6. Het overzicht met de Meerzorg- en Maatwerkprofielen is toegevoegd aan paragraaf 4.5 Meerzorg bij Verblijf en (geclusterd) VPT.
- Tekstuele verbeteringen doorgevoerd en een aantal procesflows minder technisch opgezet, zodat die beter aansluiten bij de voorliggende tekst.
- Paragrafen en procesflows met relevante wijzigingen zichtbaar via grijze arcering.

1.1 Toelichting wijzigingen

1.1.1 Aanpassingen classificaties wachtstatus Urgent plaatsen

Classificatie Doorstroom Klinische GGZ

- Vanaf 2023 komt er een nieuwe classificatie beschikbaar om de doorstroomproblematiek vanuit de klinische GGZ naar reguliere Wlz-zorg (buiten een GGZ-behandelinstelling) inzichtelijk te maken in de wachtlijstinformatie.
- Vanwege de onderscheidende problematiek is deze groep cliënten niet onder te brengen bij een van de andere classificaties voor doorstroomproblematiek.
- Voor cliënten uit deze groep geldt dat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) al een passende, aansluitende Wlz-indicatie heeft afgegeven.

Classificatie Palliatief terminale zorg (PTZ)

- Deze classificatie richt zich nu specifiek op cliënten in de laatste levensfase waarvoor de noodzakelijke PTZ, thuis of in een instelling, niet (voldoende) beschikbaar is. Vanaf 2023 vallen deze situaties onder Instroom PTZ.
- Vanaf 2023 wordt deze classificatie niet meer alleen gebruikt voor Instroom PTZ maar ook voor Doorstroom uit een voorziening voor Palliatief terminale zorg.
- Doorstroom PTZ richt zich op cliënten die in een hospice of instelling verblijven, waarbij de behandelend (huis)arts heeft vastgesteld dat de terminale levensfase is vervallen. Iemand verblijft daardoor niet meer in een passende omgeving en doorstroom naar gewone Wlz-zorg is belangrijk, maar niet direct beschikbaar. Deze cliënten kunnen vaak niet meer naar huis maar zijn aangewezen op verblijfszorg of een beschermende woonvorm.
- Omdat niet duidelijk is hoe groot deze groep doorstromers is, willen partijen (nog) geen nieuwe classificatie. Voorlopig valt deze doorstroomproblematiek daarom onder dezelfde classificatie, maar gelden andere processtappen (zie paragraaf 2.5.5).

Classificatie Rechterlijke Machtiging (VV/GZ) of Zorg Machtiging (GGZ)

- Deze classificatie wordt nu gebruikt als er voor een cliënt een RM of ZM is afgegeven omdat opname noodzakelijk is, maar de cliënt zich verzet tegen opname. En de voorkeuraanbieder verwacht dat er, tijdens de looptijd van de afgegeven RM/ ZM, geen geschikte plaats beschikbaar komt.
- Vanaf 2023 kan deze classificatie niet alleen worden gebruikt ná afgifte van een RM/ZM, maar ook tijdens de aanvraagperiode van een RM/ZM. Dat laatste geldt voor cliëntsituaties waarbij de voorkeuraanbieder al weet dat er ná het afgeven van de RM/ZM geen geschikte plaats beschikbaar is (zie paragraaf 2.5.5).

1.1.2 Uitvoeringsproces wachtlijstbeheer

In het uitvoeringsproces rondom de wachtlijsten verloopt de onderlinge afstemming tussen zorgkantoren en zorgaanbieders niet altijd optimaal. Dat heeft bijvoorbeeld te maken met het moment, de frequentie en wijze waarop zorgkantoren zorgaanbieders benaderen als cliënten nog binnen de streefnorm op een wachtlijst staan en/of een streefnorm (dreigen te) overschrijden. Om de ervaren (administratieve) last te verminderen, is onder paragraaf 2.5.4 beschreven hoe meer flexibiliteit in het wachtlijstbeheer gebracht kan worden. Daarbij wordt rekening gehouden met de urgentie en diversiteit van cliëntsituaties, de professionele rol van zorgaanbieders en de rol van zorgkantoren.

1.2 Doelstelling voorschrift

Doel voorschrift

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

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

Voor wie is het voorschrift bedoeld?

Het voorschrift is bedoeld voor Wlz-zorgaanbieders, onafhankelijke cliëntondersteuners, crisisregisseurs en zorgkantoren die betrokken zijn bij het organiseren van Wlz-zorg voor een cliënt. In de uitwerking van de processen is rekening gehouden met het verschil tussen de doelgroepen (sectoren) binnen de Wlz.

Het voorschrift richt zich op het zorgtoewijzingsproces voor zorg in natura (ZIN) en gaat daarnaast ook in op het zorgtoewijzingsproces voor de combinatie van ZIN met PGB. Het voorschrift is niet gericht op PGB. Hebt u te maken met cliënten die (deels) Wlz-zorg inkopen via een persoonsgebonden budget (PGB)? Dan is over het PGB en bijbehorende processtappen meer informatie te vinden op de websites van de Rijksoverheid en de zorgkantoren. Daarnaast is er informatie te vinden op de website van de onafhankelijke vereniging Per Saldo¹.

Reikwijdte voorschrift

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

Status voorschrift

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

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

Alle documenten die horen bij de overeenkomst worden gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren en op www.zn.nl. Een gewijzigde versie van het voorschrift treedt in werking na publicatie op de website van ZN, vanaf de aangegeven ingangsdatum in het voorschrift. Tot die tijd geldt de dan geldige versie.

¹ Per Saldo is, als onafhankelijke vereniging, zelf verantwoordelijk voor het geven van de juiste informatie.

Betrokken partijen worden door ZN en de zorgkantoren vooraf geïnformeerd over de belangrijkste wijzigingen. Dit gebeurt via een voorlegger bij de gewijzigde versie en/of door belangrijke wijzigingen in het voorschrift te markeren.

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

Versiebeheer voorschrift

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

2. Proces zorgtoewijzing

2.1 Inleiding

Een belangrijk doel van de Wlz is het tijdig regelen van passende zorg voor mensen met een Wlz-indicatie, waarbij rekening wordt gehouden met het individuele welzijn van iemand en hoe iemand het liefst wil leven. Keuzevrijheid, zelfregie en persoonsvolgende zorg staan daarin centraal. Net zoals het zo lang mogelijk thuis blijven wonen, deel blijven uitmaken van de samenleving, zorg op maat krijgen en zorg krijgen die past bij de persoonlijke identiteit van iemand. Bij het regelen van Wlz-zorg wordt niet alleen rekening gehouden met de wensen, behoeften en mogelijkheden van een cliënt, maar wordt ook aansluiting gezocht met die van de mensen (naasten) in de directe omgeving van iemand die deze zorg nodig heeft.

In het voorschrift beschrijven we de processtappen die een cliënt doorloopt om van zorgvraag naar passende Wlz-zorg te komen. Het lukt helaas niet altijd om de noodzakelijke Wlz-zorg tijdig en/ of direct bij de wens (voorkeur) van een Wlz-cliënt² te regelen. We beschrijven in het voorschrift daarom ook de afspraken en procedures die dan van toepassing zijn.

2.2 Zorgtoewijzingsproces

2.2.1 Algemene uitgangspunten voor Wlz-zorg

Toegang naar Wlz-zorg

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

² In het vervolg van dit document kan voor cliënt ook gelezen worden: ouder(s), verzorger(s), mantelzorger(s), (wettelijk) vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp.

- Wijzigt een zorgvraag structureel en is het geïndiceerde zorgprofiel niet meer het best passende zorgprofiel? Dan kan dat reden zijn om een nieuwe indicatie aan te vragen bij het CIZ als er nog een beter passend zorgprofiel is. Deze aanvraag gaat dan voor op een aanvraag voor extra budget via een toeslag (thuis). De cliënt kan zelf een nieuwe indicatie aanvragen, maar kan daarvoor bijvoorbeeld ook een zorgprofessional of iemand anders (schriftelijk) toestemming geven.

Zorg uit Wlz-domein

- Zorg of begeleiding voor iemand die een Wlz-indicatie heeft, valt onder de Wlz als dit zo in de Wlz-aanspraken is beschreven. Deze zorg moet betaald worden uit de Wlz. De Wlz gaat dan voor op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw). In deze situaties mag bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, dagbesteding³ of verpleging thuis niet worden betaald vanuit de Wmo of Zvw⁴ (wijkverpleging). Datzelfde geldt bijvoorbeeld voor medicijnen of mondzorg als iemand verblijfszorg met behandeling in een Wlz-instelling krijgt;
- Voor Wlz-zorg geldt een eigen bijdrage. De zorgaanbieder informeert een cliënt hierover en verwijst voor meer informatie door naar het CAK;
- Het zorgkantoor informeert cliënten ook over deze onderwerpen via de website, een brochure of in persoonlijk contact. Zo ontvangt elke cliënt die voor de 1^e keer een Wlz-indicatie krijgt of die langere tijd geen Wlz-zorg heeft ontvangen, van het zorgkantoor een brief en/of informatiepakket;
- De zorgaanbieder regelt verder dat eventueel aanwezige 'Wlz-zorg' vanuit het Wlz-domein wordt ingezet en betaald. Wordt er bijvoorbeeld al thuiszorg ingezet en betaald via de Wmo of Zvw? Dan regelt de zorgaanbieder van wie een cliënt zijn/haar Wlz-zorg krijgt, dat dit wordt omgezet. Dit voorkomt later een onnodige naheffing (stapelfactuur) voor de eigen bijdrage van een cliënt of correctie op het budget van de Wlz-zorgaanbieder;
- Het omzetten naar Wlz-zorg kan tijd kosten. Voor deze regeltijd is wettelijk niets geregeld. In overleg met gemeenten en zorgverzekeraars is daarom afgesproken om, na de afgiftedatum van het indicatiebesluit, de zorg nog maximaal 5 kalenderdagen door te betalen. Daarna wordt de geleverde zorg vanuit de Wlz betaald;
- Is een cliënt tevreden over zijn zorg(aanbieder) in het andere domein en wil hij die in de Wlz graag houden? Dan kan dat als het om Wlz-zorg gaat. En als deze zorgaanbieder(s) ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg, als onderaannemer of via PGB kan of wil werken. De Wlz-zorgaanbieder die het 1^e aanspreekpunt is voor de cliënt houdt rekening met deze wens bij het organiseren van zijn Wlz-zorg (thuis).

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

⁴ Zorgverzekeraars controleren, via de samenloopcontrole, op oneigenlijk gebruik van de Zvw als iemand beschikt over een Wlz-indicatie. Voor deze controle gelden een aantal uitzonderingen, 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).

Rechtmatige en doelmatige inzet van Wlz-zorg

- Bij het samenstellen van een zorgarrangement door een zorgaanbieder wordt de wens van een cliënt zoveel mogelijk gevolgd. Denk aan wensen over de soort zorg (leveringsvorm) die iemand het liefste wil krijgen en de voorkeuraanbieder. Hierbij geldt wel de voorwaarde dat de inzet van Wlz-zorg rechtmatig is (voldoet aan alle wet- en regelgeving) en doelmatig is (kosteneffectief);
- Om Wlz-zorg betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen die deze zorg nodig heeft, wordt met de cliënt en zijn/haar naasten uit de leefeenheid besproken wat de mogelijkheden zijn voor gebruikelijke zorg. Ook de mogelijkheden voor inzet van mantelzorg (sociaal netwerk), informele zorg en/of inzet van algemeen gebruikelijke voorzieningen worden door de zorgaanbieder of het zorgkantoor besproken. Denk bijvoorbeeld aan inzet van een maaltijddienst of boodschappendienst bij iemand die nog thuis woont. Voor mantelzorg of informele zorg geldt geen verplichting. In bijlage A en E staat meer informatie over dit onderwerp;
- Voor een rechtmatige inzet van zorg is het indicatiebesluit leidend. Het beschikbare budget moet besteed worden aan publieke (Wlz)-zorg waarbij de geleverde zorg (inhoudelijk) aansluit bij het geïndiceerde of het toegewezen zorgprofiel (zie bijlage C);
- Het zorgkantoor toetst achteraf op rechtmatige inzet van zorg. Het is daarom belangrijk dat de zorgaanbieder het afgesproken zorgarrangement transparant en navolgbaar vastlegt in het (digitale) zorgplan. En daarnaast een registratie bijhoudt over de uitvoering daarvan;
- Voor een doelmatige inzet van zorg wordt de zorg die bij de cliënt past afgezet tegen het doel dat daarmee voor de cliënt wordt bereikt, de prijs (betaalbaarheid) en de mate waarin de indicatie wordt gebruikt. Het gaat om een optimale balans tussen kosten, omvang en kwaliteit van zorg die aansluit bij de zorgbehoefte en wensen van een cliënt (NZa);
- Zorgkantoren toetsen achteraf op doelmatige inzet van zorg (of de gemiddelde kosten binnen het toegestane budget blijven). Dit gebeurt periodiek aan de hand van ontvangen declaraties voor een cliënt in een bepaalde periode of bepaald kalenderjaar. Daarbij kan ook de kostenontwikkeling tussen zorgaanbieders onderling worden vergeleken;
- De declaraties worden bij ontvangst al gecontroleerd tegen de toegewezen leveringsvorm. Wordt er bijvoorbeeld persoonlijke verzorging gedeclareerd dan wordt gecontroleerd of er een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor een Modulair Pakket Thuis (MPT).

Samenstellen zorgarrangement

- Een zorgaanbieder kan alleen Wlz-zorg leveren als daarvoor een contract met het zorgkantoor is afgesloten. De zorgaanbieder kan alléén die Wlz-zorg leveren waarvoor afspraken met het zorgkantoor zijn gemaakt;
- Heeft een cliënt voorkeur voor een bepaalde Wlz-zorgaanbieder, dan controleert het zorgkantoor vooraf niet of die gecontracteerd is voor de gewenste zorg. Voor deze cliënt ontvangt de voorkeuraanbieder een zorgtoewijzing van het zorgkantoor. De zorgaanbieder heeft zelf de verantwoordelijkheid om te bepalen of de zorg op een verantwoorde en passende manier kan worden geleverd. Eventueel kan met het zorgkantoor worden overlegd of nog niet-gecontracteerde prestaties kunnen worden afgesproken;
- Zet een zorgaanbieder zorg in die afwijkt van de gecontracteerde zorg? Dan kan hij deze zorg niet declareren en ligt het financiële risico daarvan bij de zorgaanbieder;

- Kan of mag een zorgaanbieder een bepaald zorgprofiel niet leveren? Dan bespreekt de zorgaanbieder met de cliënt de mogelijkheid voor inzet van een ander, passend zorgprofiel (bij verblijfszorg), een pakket voor zorg thuis óf de mogelijkheid om naar een zorgaanbieder te worden bemiddeld die inhoudelijk gezien beter passende zorg kan leveren. Een cliënt kan hiervoor ook direct terecht bij het zorgkantoor of eventueel een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen die door het zorgkantoor is gecontracteerd.

2.2.2 Van indicatie via zorgtoewijzing naar zorglevering

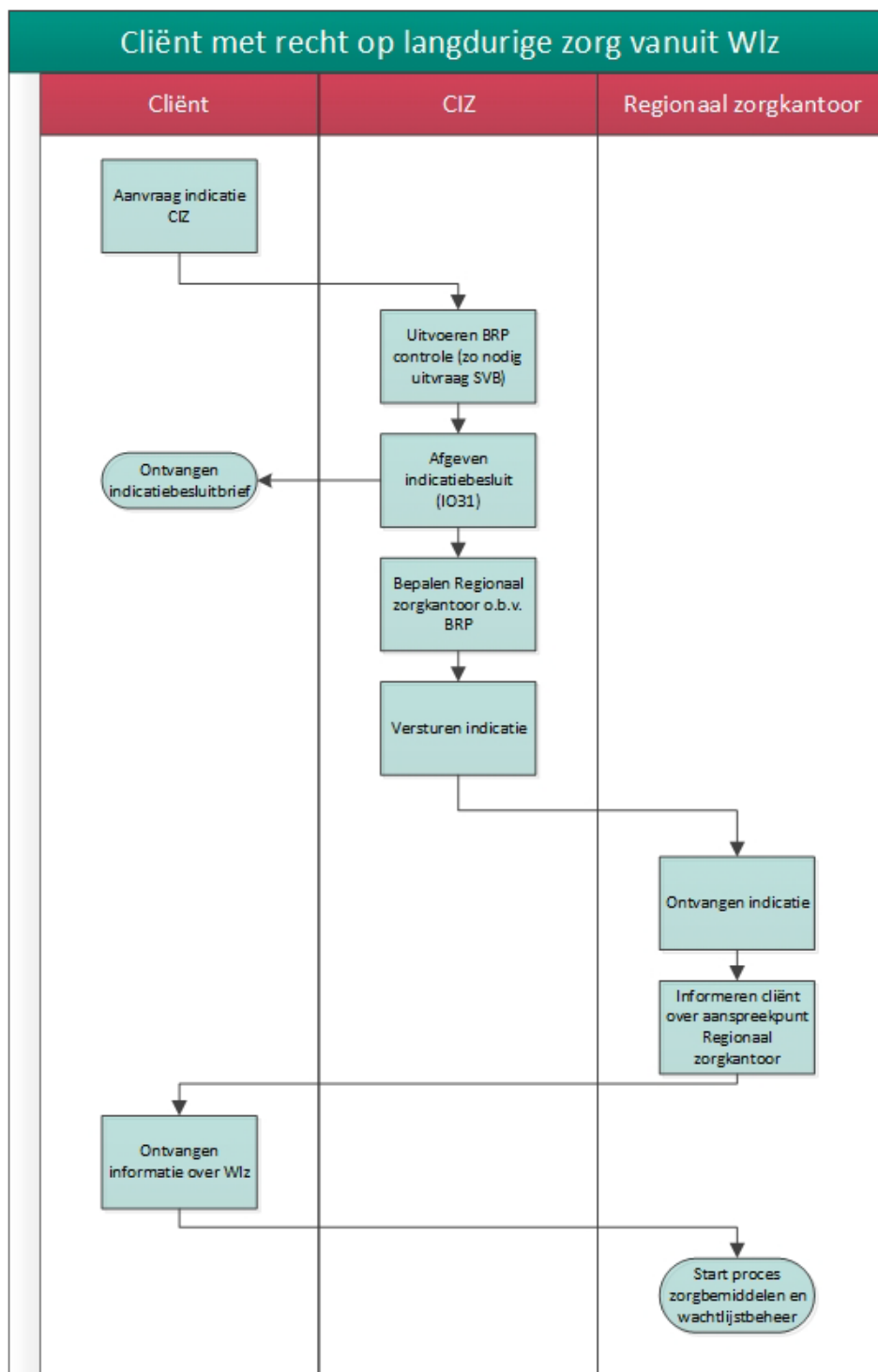
- Ketenpartijen in de Wlz (het CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders, het CAK en de Sociale Verzekeringsbank) wisselen onderling gegevens uit over cliënten met een Wlz-recht. Doel van deze gegevensuitwisseling is een snellere en efficiëntere inzet van zorg voor Wlz-clieñten te ondersteunen. Daarnaast verlaagt het de administratieve lasten voor ketenpartijen die bij een Wlz-clieñt betrokken zijn;
- Het uitwisselen van gestructureerde informatie tussen het CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders en het CAK gaat via beveiligde, elektronische berichten: het iWlz-berichtenverkeer⁵. Algemene informatie over iWlz, de informatiestandaarden (standaarden), nieuws en ontwikkelingen is terug te vinden op www.istandaarden.nl. Dit is het portaal voor standaarden in de Zorg en Ondersteuning van Zorginstituut Nederland;
- Specifieke informatie over de standaarden voor de Wlz (iWlz) staat in het informatiemodel [Informatiemodel iStandaarden](#). Informatie komt terug in het voorschrift als dit voor het uitvoeringsproces relevant is.

Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)

- Het CIZ stelt het recht op Wlz-zorg vast. Om te bepalen of iemand recht heeft op langdurige zorg moet een indicatie worden aangevraagd;
- Het CIZ heeft de wettelijke taak om bij de indicatiestelling te controleren of iemand (inhoudelijk) recht heeft op Wlz-zorg. Het CIZ vraagt daarvoor onder andere het actuele woonadres op van een cliënt via de Basisregistratie Personen (BRP, voorheen GBA). Geeft de BRP geen uitsluitel, dan legt het CIZ deze controlevraag voor bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB)⁶. De SVB voert onderzoek uit naar het Wlz-recht voor iemand;
- Geeft het CIZ een (positief) indicatiebesluit af voor iemand, dan ontvangt de cliënt van deze beoordeling altijd een schriftelijke besluitbrief van het CIZ. Een cliënt kan zijn positieve Wlz-recht verzilveren via verblijfszorg, deeltijdverblijf of een vorm van zorg thuis. Zorg thuis kan bijvoorbeeld via een Modulair pakket thuis, Volledig pakket thuis en/of een Persoonsgebonden budget worden ingezet. De soorten zorg waaruit iemand kan kiezen noemen we de leveringsvormen;
- Wijst het CIZ een eerste aanvraag van een cliënt voor Wlz-zorg af (negatief indicatiebesluit), dan ontvangt een zorgkantoor hierover geen informatie omdat de cliënt nog niet bekend is bij het zorgkantoor. De cliënt ontvangt hiervan altijd wel een besluitbrief;
- Wijst het CIZ een aanvraag voor een herindicatie af, dan ontvangt het zorgkantoor van dit negatieve indicatiebesluit wel een bericht, omdat de cliënt al bekend was bij het zorgkantoor met een eerder positief Wlz-indicatiebesluit.

⁵ In de toekomst gaat uitwisseling van informatie (voor een deel) via bronregisters lopen. Het eerste register dat in gebruik wordt genomen is het Indicatieregister (verwachte planning 2023). Meer informatie over de ontwikkeling van het Netwerkmodel staat op [Filmpje: hoe werkt het netwerkmodel? | iStandaarden](#)

⁶ Als een cliënt zelf graag wil uitzoeken of hij/zij verzekerd is voor Wlz-zorg, dan kan die hiervoor ook rechtstreeks een aanvraag indienen bij de SVB.



Figuur 1 Toegang tot Wet langdurige zorg (Wlz)

Regionaal zorgkantoor en het proces van zorgvraag naar zorg

- Het CIZ stuurt een indicatiebesluit via het indicatiebesluitbericht (iWlz) naar het regionale zorgkantoor. In het indicatiebesluitbericht van een cliënt zit alle noodzakelijke informatie om het zorgbemiddelingsproces of zorgtoewijzingsproces voor een cliënt op te starten (zorgkantoor) en vervolgens een zorgarrangement te gaan samenstellen (zorgaanbieder);
- Het regionale zorgkantoor wordt bepaald door het actuele woonadres van een cliënt (BRP);
- Het regionale zorgkantoor is het 1^e aanspreekpunt voor een cliënt die in deze regio woont bij vragen over Wlz-zorg en is eindverantwoordelijk voor het tijdig regelen van passende en kwalitatief goede Wlz-zorg. Ook als de cliënt op een wachtlijst staat voor Wlz-zorg in een andere zorgkantoorregio of gebruik maakt van zorg uit een andere regio;
- Het regionale zorgkantoor is het 1^e aanspreekpunt voor zorgaanbieders die in deze regio zijn gecontracteerd voor Wlz-zorg;
- Verhuist een cliënt naar een nieuw woonadres en ligt dat in een andere zorgkantoorregio? Dan wijzigt het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor voor een cliënt en voor zijn betrokken zorgaanbieder(s). Dit proces wordt uitgewerkt in paragraaf 2.4.



Voorkeurcliënt en/of Voorkeuraanbieder niet bekend

- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al hoe (via welke leveringsvorm) hij/zij zijn zorg wil krijgen? Bijvoorbeeld via Deeltijdverblijf (DTV) of een Modulair Pakket Thuis (MPT)? Dan vult het CIZ deze keuze in het veld VoorkeurCliënt in het indicatiebesluitbericht;
- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al van welke zorgaanbieder hij zijn zorg wil krijgen (bijvoorbeeld naar welke voorkeurlocatie⁷ hij/zij wil verhuizen)? Dan vult het CIZ dit in het veld Voorkeuraanbieder. Een cliënt kan natuurlijk wel meer voorkeuren hebben, alleen is het op dit moment niet mogelijk om meerdere voorkeuraanbieders door te geven in het iWlz-berichtenverkeer. In het indicatiebesluitbericht wordt daarom maar één voorkeuraanbieder doorgegeven;
- Wil een cliënt zelf zijn zorg via een Persoonsgebonden budget (PGB) regelen/inkopen, dan vult het CIZ de leveringsvorm PGB in het veld VoorkeurCliënt. Het regionale zorgkantoor haalt deze informatie op en start vervolgens zelf het proces voor het toekennen van een PGB⁸. Het volledige PGB-proces wordt niet uitgewerkt in het voorschrift;
- Weet een cliënt nog niet precies hoe hij zijn zorg (thuis) wil krijgen? Dan is het veld VoorkeurCliënt leeg of gevuld met de waarde Zorg thuis niet nader gespecificeerd. In deze situatie is het regionale zorgkantoor tijdelijk het 1^e aanspreekpunt voor een cliënt en neemt contact op met de cliënt om te helpen bij het maken van een keuze. Dat geldt ook voor de situatie waarin nog geen voorkeuraanbieder bekend is. (In dit gesprek wordt ook besproken of iemand nog (onbewust) onterecht een beroep doet op zorg uit een ander domein);
- Het samen zoeken naar een passende leveringsvorm en/of Wlz-zorgaanbieder noemen we het zorgbemiddelingsproces. Dit proces start binnen 1 werkdag ná ontvangst van het indicatiebesluitbericht. Het zorgbemiddelingsproces speelt zich niet alleen af rond de indicatiestelling.

⁷ Voor intramurale zorg of zorg in een geclusterde woonvorm staat voorkeuraanbieder gelijk aan voorkeurlocatie.

⁸ Inzet van PGB bij gecontracteerde zorgaanbieders is mogelijk, maar het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.6.2.d. sluit in principe uit dat het volledige PGB ingezet kan worden bij één gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder.

Dit kan ook later aan de orde zijn als de zorgvraag van een cliënt wijzigt of als een cliënt op zoek is naar een ander passend zorgaanbod of een andere zorgaanbieder. Een cliënt kan er eventueel voor kiezen om zijn voorkeur(en) samen met een onafhankelijke cliëntondersteuner uit te zoeken;

- Mensen die nog geen voorkeur hebben aangegeven, weten vaak niet welke mogelijkheden er in de Wlz zijn en/of hebben te weinig tijd gehad om hier goed over na te denken. Het is belangrijk dat ze hierover goed geïnformeerd worden en weten dat een keuze voor een leveringsvorm en/of voorkeuraanbieder altijd gewijzigd kan worden;
- Een zorgaanbieder heeft formeel een zorgtoewijzing⁹ van het zorgkantoor nodig om Wlz-zorg te kunnen leveren aan een cliënt en om die betaald te krijgen;
- Is de leveringsvorm niet bekend in het indicatiebesluitbericht (IO31-bericht), maar is er wel een voorkeuraanbieder gevuld? Lukt het niet om (snel) contact te leggen met de cliënt om te bespreken hoe iemand zijn zorg graag wil krijgen? Dan kan het zorgkantoor contact opnemen met de voorkeuraanbieder. Mogelijk is de cliënt al wel bekend bij deze aanbieder. In onderling overleg kan besloten worden dat het zorgkantoor voor deze aanbieder alvast een zorgtoewijzingsbericht (AW33-bericht) aanmaakt. Met dit iWlz-bericht wordt informatie uit het indicatiebesluitbericht doorgegeven. Het opstarten van de zorg voor deze cliënt door de voorkeuraanbieder wordt zo niet onnodig vertraagd, omdat de aanbieder via het zorgtoewijzingsbericht (AW33-bericht) weet dat de cliënt graag zorg van deze aanbieder wil. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder spreken in deze situaties samen af welke leveringsvorm (voorlopig) gevuld wordt in de zorgtoewijzing;
- Het regionale zorgkantoor kan een indicatie niet toewijzen als niet duidelijk is van welke zorgaanbieder een cliënt zorg wil ontvangen. Is een cliënt niet bereikbaar, is er geen andere informatie bij het zorgkantoor bekend waaruit contactinformatie is af te leiden én kan bij het CIZ geen informatie worden opgehaald over de aanmelder? Dan ontvangt een cliënt hierover (schriftelijk) bericht van het zorgkantoor en wordt gevraagd om contact op te nemen met het zorgkantoor. Dit gebeurt uiterlijk 3 werkdagen na ontvangst van het indicatiebesluitbericht. Het zorgkantoor probeert in deze tussenliggende periode op verschillende momenten contact te leggen met de cliënt (of zijn contactpersoon). Zolang er geen zorgtoewijzing is aangemaakt blijft het zorgkantoor deze cliënten periodiek monitoren. In paragraaf 2.5.9 gaan we verder in op het wachtlijstbeheer en de tijdelijke wachtstatus bij deze situaties.

⁹ Voor een aantal behandelprestaties geldt de voorwaarde van een zorgtoewijzing niet.

VoorkeurCliënt en Voorkeuraanbieder bekend

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

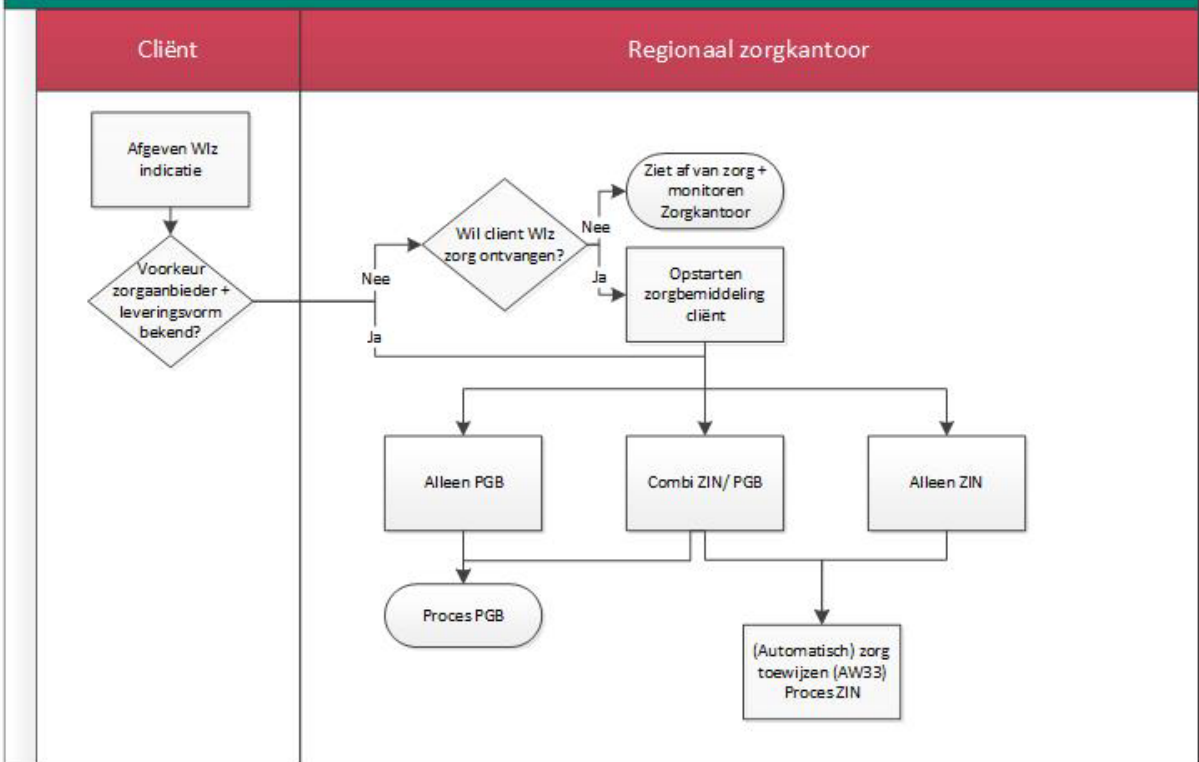
- Verstuur het regionale zorgkantoor direct (automatisch) een zorgtoewijzingsbericht naar de voorkeuraanbieder¹⁰ zodat de noodzakelijke zorg zo snel mogelijk kan worden opgestart. Vanuit het zorgkantoor is in deze situaties geen zorgbemiddeling nodig. Bovendien is voor een cliënt de zorgaanbieder een logisch, zichtbaar aanspreekpunt over zijn zorg;
- Neemt het regionale zorgkantoor contact op met een cliënt die voor de 1^e keer een Wlz-indicatie heeft gekregen. Dit gebeurt een aantal werkdagen na het versturen van de zorgtoewijzing. Doel van dit gesprek is om na te gaan of iemand goed geïnformeerd is over de keuzemogelijkheden binnen de Wlz. Of hij zijn keuze nog wil aanpassen, of er vragen zijn en/of iemand graag ondersteuning wil bij het realiseren van zijn zorg. Ook wordt nagegaan of er al contact is geweest met de voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor registreert een kort verslag van dit gesprek bij de cliënt in het eigen systeem;
- Het zorgkantoor kan besluiten om niet (direct) met iedere nieuwe cliënt contact op te nemen. Dat kan bijvoorbeeld als het zorgkantoor en cliënten tevreden zijn over het contact met deze zorgaanbieder en/ of als het zorgkantoor zelf ervaart dat het wachtlijstbeheer door deze zorgaanbieder zorgvuldig wordt uitgevoerd. De cliënt ontvangt dan altijd wel een brief met contactgegevens van het zorgkantoor en algemene informatie over de Wlz;
- Krijgt deze aanbieder niet alleen het geïndiceerde zorgprofiel toegewezen maar wordt hij (voorlopig) ook het eerste aanspreekpunt voor deze cliënt. Daarvoor;
- Vult het zorgkantoor in de zorgtoewijzing de voorkeuraanbieder in het veld Coördinator zorg thuis, als de cliënt voorkeur heeft voor een Modulair Pakket Thuis (MPT) óf;
- Vult het zorgkantoor in de zorgtoewijzing de voorkeuraanbieder in het veld Dossierhouder, als de cliënt voorkeur heeft voor Deeltijdverblijf (DTV), Volledig Pakket Thuis (VPT) of Verblijfszorg;
- Kan een cliënt later altijd een andere aanbieder als eerste aanspreekpunt kiezen. Omdat deze informatie gedeeld wordt via onderling (iWlz-)berichtenverkeer is voor alle betrokken aanbieders en het zorgkantoor duidelijk wie op een bepaald moment het eerste aanspreekpunt is voor een cliënt. De rol van coördinator zorg thuis (CZT) of dossierhouder (DH) wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 3 en 4;
- Neemt de voorkeuraanbieder zo snel mogelijk contact op met de cliënt om samen de zorgvraag door te bespreken en te bepalen hoe het zorgarrangement eruit moet zien. De voorkeuraanbieder doet dit binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing;
- 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;
- Beoordeelt de voorkeuraanbieder vervolgens of het benodigde zorgarrangement doelmatig en verantwoord kan worden geleverd, passend bij de wens(en) van de cliënt en vanaf welk moment de zorg ingezet kan worden;

¹⁰ 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.

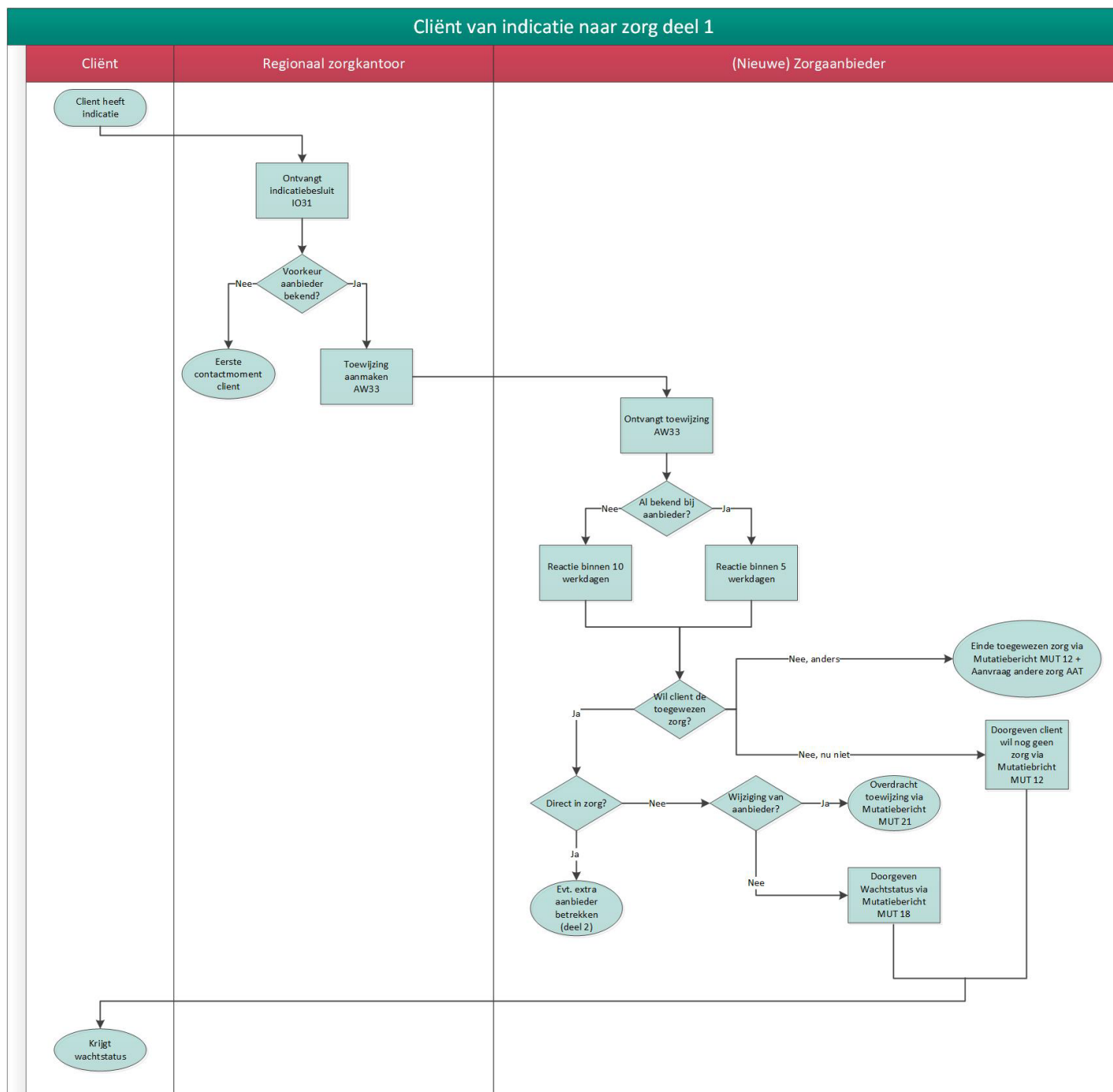
- Zo nodig zet de zorgaanbieder binnen deze periode alvast een deel van de noodzakelijke zorg in als het zorgarrangement nog niet volledig is uitgekristalliseerd.
Kan (een deel van) de zorg direct starten dan wordt dit doorgegeven aan het zorgkantoor via een iWlz-bericht (Melding aanvang zorg bericht). Meer informatie over het Melding aanvang zorg bericht (MAZ) of leveringsstatus In zorg staat in paragraaf 2.7;
- Kan de voorkeuraanbieder de zorg niet passend inregelen? Dan wordt, in overleg met de cliënt, de zorgtoewijzing binnen deze periode gemotiveerd teruggegeven aan het zorgkantoor (zie hoofdstuk 6). De zorgaanbieder gebruikt daarvoor het VECOZO-Notitieverkeer¹¹, omdat het iWlz-berichtenverkeer geen mogelijkheid biedt om over een cliënt aanvullende informatie/communicatie uit te wisselen;
- Kan het zorgkantoor in deze situatie contact opnemen met de zorgaanbieder over zijn motivatie. Als deze motivatie akkoord is, neemt het zorgkantoor de zorgbemiddeling over en zoekt samen met de cliënt een passende zorgaanbieder. De cliënt kan hiervoor ook een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen of dit samen met zijn huidige voorkeuraanbieder regelen. Als dat lukt, draagt de zorgaanbieder de zorgtoewijzing via het iWlz-berichtenverkeer zelf over via een mutatie-bericht (zie paragraaf 2.6). Deze handelwijze doet recht aan het principe van zelfregie en keuzevrijheid van de cliënt;
- Stuurt de zorgaanbieder een Mutatie-bericht (iWlz-bericht) naar het zorgkantoor als het niet lukt om tijdig een zorgarrangement vast te stellen door een reden die bij de cliënt ligt, bijvoorbeeld omdat de cliënt niet bereikbaar is. De zorgaanbieder geeft via dit Mutatie-bericht door dat de zorg nog niet kan worden geleverd. Daarnaast vult de zorgaanbieder in het Mutatie-bericht een voorlopige wachtstatus. (Dit proces beschrijven we verder in paragraaf 2.5/2.5.10). Zolang er geen contact is geweest blijft de cliënt met deze wachtstatus in beeld op de wachtlijst van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder registreert in het (digitale) cliëntdossier waarom afstemming met de cliënt niet gelukt is binnen de gestelde termijn.

¹¹ In het vervolg van dit document wordt VECOZO-notitieverkeer vervangen door Notitieverkeer.

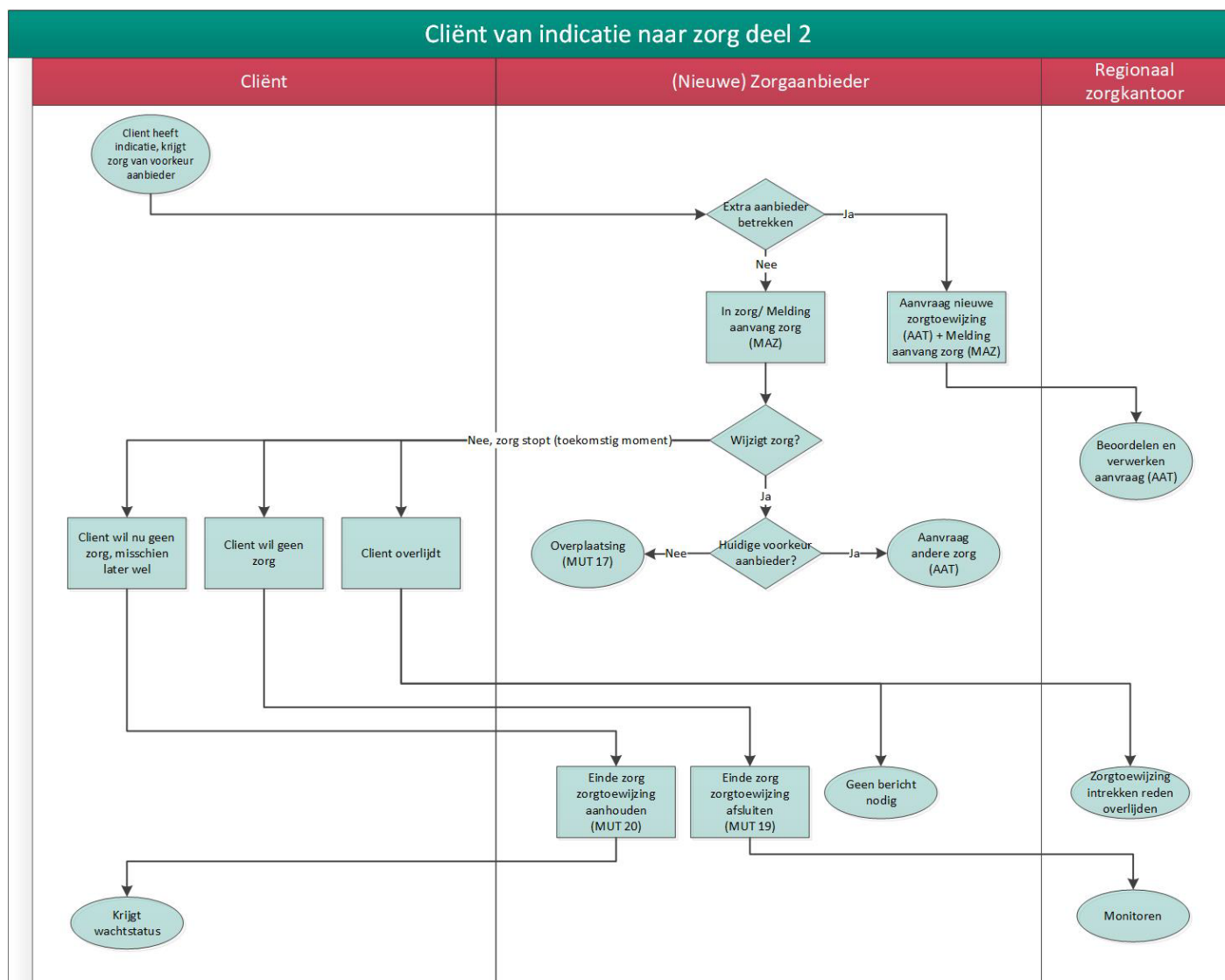
Eerste contactmoment met cliënt



Figuur 2 Cliënt in de Wlz-keten



Figuur 3a Proces van indicatie naar zorg (deel 1)



Figuur 3b Proces van indicatie naar zorg (deel 2)

Van zorgtoewijzing naar verantwoorde zorglevering

- Zijn er meerdere zorgaanbieders betrokken bij het leveren van zorg aan een cliënt? Dan kiest de cliënt welke zorgaanbieder zijn 1^e aanspreekpunt is voor het organiseren van zijn zorg (thuis). De cliënt kan dit ook samen met de betrokken zorgaanbieders afstemmen;
- De zorgaanbieder die het 1^e aanspreekpunt is voor een cliënt wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Deze aanbieder overlegt met andere betrokken zorgprofessionals en/of het zorgkantoor als er bijzonderheden zijn over de zorg aan een cliënt;
- Voor alle zorgaanbieder(s) die betrokken zijn bij een cliëntsituatie geldt dat een relevante wijziging(en) direct wordt afgestemd met de zorgaanbieder die het 1^e aanspreekpunt is. Bijvoorbeeld als er een onverantwoorde situatie thuis dreigt te ontstaan of ontstaat. Eventueel kan hierover ook rechtstreeks met het zorgkantoor worden afgestemd;
- Het advies van een zorgprofessional(s) die direct bij de zorg voor een cliënt is betrokken, is van groot belang voor het zorgkantoor als het gaat om beoordeling van verantwoorde inzet van zorg. Het zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder die het 1^e aanspreekpunt is voor een cliënt, actuele kennis heeft over de cliëntsituatie en vaak ook het contact heeft met de huisarts of behandelend arts over de medische en/of gedragskundige zorg. Zorgkantoren leveren geen daadwerkelijke zorg aan een cliënt en hebben geen compleet beeld van alle concrete afspraken die over zijn zorg zijn gemaakt;
- Heeft een cliënt een persoonlijk zorgplan opgesteld, dan wordt dit door de zorgaanbieder en het zorgkantoor altijd meegenomen bij de beoordeling van doelmatige en verantwoorde zorg (thuis). Als het nodig is, bespreekt het zorgkantoor dit plan met de cliënt en betrokken zorgprofessional(s). Komen betrokken partijen er samen niet uit, dan kan het zorgkantoor de cliënt bemiddelen naar een andere Wlz-zorgaanbieder, PGB of een combinatie van zorg in natura (ZIN) en PGB.

Zorgplan

- De coördinator zorg thuis (CZT) of dossierhouder (DH) verwerkt het resultaat van het gesprek met de cliënt over het zorgarrangement in zijn (digitale) zorgplan. Net zoals de beoordeling over verantwoorde zorg thuis. Hij registreert in dit centrale (digitale) zorgplan ook welke andere zorgaanbieder(s) bij de cliënt is betrokken, welke zorg die levert en wanneer¹². Alle betrokken zorgaanbieders zorgen er samen voor dat de afspraken in dit (digitale) zorgplan actueel blijven. De coördinator zorg thuis (CZT) of dossierhouder (DH) bewaakt dit zodat er altijd een overzicht beschikbaar is van alle actuele zorginzet¹³ bij een cliënt. Dit (digitale) zorgplan is voor de cliënt beschikbaar en (direct) te raadplegen;
- De CZT of DH bespreekt een voorgenomen wijziging op het zorgplan met de cliënt en past het (digitale) zorgplan daarop aan. Bij het verwerken van de voorgestelde wijzigingen in het (digitale) zorgplan houdt de zorgaanbieder zoveel mogelijk rekening met de wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van een cliënt¹⁴;
- 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.

¹² Het gaat hier niet om de concrete uitvoering (op detailniveau) van de geleverde zorg door de zorgaanbieder(s).

¹³ Uitzondering hierop is het PGB.

¹⁴ De zorgaanbieder streeft ernaar om hierover zoveel mogelijk samen met de cliënt te beslissen maar dat is niet altijd realiseerbaar door bekende mogelijkheden en beperkingen van een cliënt.

Wil een zorgaanbieder een weloverwogen wens van een cliënt niet volgen? Dan legt de zorgaanbieder dit ook gemotiveerd vast in het (digitale) zorgplan;

- Een cliënt hoeft elke wijziging op zijn (digitale) zorgplan niet expliciet van zijn toestemming, met bijvoorbeeld een handtekening, te voorzien. Omdat het actueel houden van een (digitaal) zorgplan een doorlopend, regulier proces is;
- Is er sprake van onvrijwillige zorg thuis of opname op basis van de Wet zorg en dwang (Wzd) of Wet verplichte ggz (Wvvgg)? Dan legt de zorgaanbieder dit vast in het zorgplan. Bij voorkeur gebeurt dit voordat hij start met het leveren van de zorg, maar dat is niet altijd mogelijk. Bijvoorbeeld in noodsituaties of in situaties waarin het zorgplan niet voorziet;
- In de situatie van onvrijwillige zorg thuis bevat het zorgplan ook een stappenplan dat voldoet aan de landelijke afspraken hierover. Dit stappenplan beschrijft welke onvrijwillige zorg geleverd wordt en regelt dat er naar andere oplossingen wordt gezocht;
- Een cliënt heeft het wettelijk recht¹⁵ 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 instemming van de cliënt 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.

¹⁵ Artikel 8.1.1 uit de Wlz.

2.3 Regionaal zorgkantoor en ondersteuning cliënt

Het regionale zorgkantoor

- Heeft, net zoals zorgaanbieders en onafhankelijke cliëntondersteuners, een nadrukkelijke rol in het begeleiden en bemiddelen respectievelijk ondersteunen van cliënten naar best passende Wlz-zorg¹⁶;
- Geeft op verschillende manieren informatie aan een Wlz-cliënt en andere geïnteresseerden over het traject van vraag naar Wlz-zorg, welke keuzes er zijn voor Wlz-zorg zijn (welke verschillende leveringsvormen), het beschikbare zorgaanbod, cliëntrechten (zoals het inbrengen van een persoonlijk zorgplan) en cliëntverplichtingen. Dat gebeurt via direct contact met de cliënt, de eigen website, brochures en/of brieven;
- Geeft (schriftelijk) informatie aan de cliënt over de rol en bereikbaarheid van het zorgkantoor, zodat het zorgkantoor goed vindbaar is voor de cliënt. Dit proces wordt direct opgestart als het zorgkantoor een eerste indicatiebesluitbericht voor een cliënt ontvangt. Een cliënt moet tijdig bij het zorgkantoor kunnen aankloppen als er vragen of knelpunten zijn over de zorg, als hij/zij de zorg niet krijgt zoals gewenst of als de cliëntsituatie thuis niet meer verantwoord is en er eventueel hulp nodig is bij de wachtlijstbemiddeling;
- Helpt een cliënt bij het zoeken naar een passende, gecontracteerd zorgaanbieder als een cliënt nog geen keuze heeft kunnen maken of wil veranderen van zorgaanbieder. Bijvoorbeeld omdat hij niet tevreden is met de huidige zorg(aanbieder) of graag een andere leveringsvorm wil. Dat kan ook als de cliënt al zorg krijgt van een aanbieder;
- Helpt een cliënt bij het zoeken naar een andere Coördinator zorg thuis (CZT) of Dossierhouder (DH) als hij niet tevreden is over zijn huidige 1^e aanspreekpunt;
- Bewaakt dat de cliënt de zorg krijgt die als voorkeur is opgegeven, op voorwaarde dat dit doelmatig en verantwoord is. Krijgt een cliënt zorg via een andere leveringsvorm dan eerder aangegeven, dan kan het zorgkantoor hierover contact opnemen met de cliënt om na te gaan of dit past bij zijn/haar wens. Denk bijvoorbeeld aan de situatie dat een cliënt bij de indicatiestelling heeft aangegeven zorg thuis te willen krijgen via MPT, maar dat de cliënt zorg thuis nu inkoopt via een PGB of op een wachtlijst staat voor verblijfszorg;
- Kan de cliënt begeleiden bij het opstellen, evalueren en bijstellen van een zorgplan of persoonlijk plan (ZIN of PGB). Dit geldt ook voor zorgplanbesprekingen;
- Kan de cliënt begeleiden bij ontevredenheid of klachten over de geleverde zorg door zijn zorgaanbieder(s) en de wijze waarop de zorgaanbieder met gemaakte afspraken omgaat;
- Is, net zoals de zorgaanbieder, verantwoordelijk voor het informeren van de cliënt over de mogelijkheden van inzet van een onafhankelijke cliëntondersteuner.

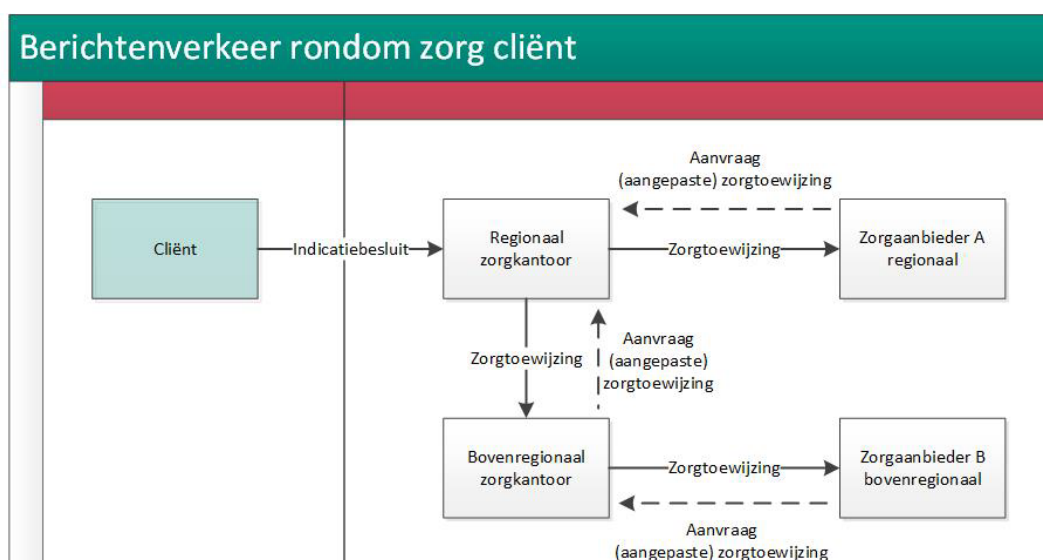
Zijn er meerdere zorgkantoren bij een cliënt betrokken?

- Dan regelt het regionale zorgkantoor, voor de periode dat dit zorgkantoor eind-verantwoordelijk¹⁷ is voor een cliënt, alle berichtenverkeer rondom een cliënt naar andere externe partijen. Daaronder valt bijvoorbeeld het berichtenverkeer naar het CAK voor het opleggen van de eigen bijdrage en naar het Zorginstituut (ZINL) voor de landelijke wachtlijst-informatie;

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

¹⁷ Verhuist een cliënt dan kan een zorgkantoor de verantwoordelijkheid voor een cliënt overgedragen aan een ander zorgkantoor. Dit gebeurt via het verhuisbericht (ZK31).

- 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 moet worden gestuurd voor het opleggen van de juiste eigen bijdrage aan een cliënt;
- In de situaties dat er zowel een regionaal als een bovenregionaal zorgkantoor bij een cliënt zijn betrokken, geldt dat de zorgaanbieder een zorgtoewijzing voor een cliënt altijd aanvraagt bij het zorgkantoor waarmee contract- en productieafspraken¹⁸ worden gemaakt. Dit zorgkantoor is het eerste aanspreekpunt voor deze zorgaanbieder en weet ook of deze zorgaanbieder de zorg kan of mag leveren. Het bovenregionale 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 zorgkantoor voor een cliënt. De informatie-uitwisseling tussen zorgkantoren onderling loopt in iWlz via bovenregionaal berichtenverkeer (ZK-berichten¹⁹);
- Het regionale zorgkantoor maakt vervolgens een zorgtoewijzingsbericht (ZK-33) aan voor het bovenregionale zorgkantoor. Het bovenregionale zorgkantoor maakt van dit ZK33-bericht²⁰ weer een zorgtoewijzingsbericht (AW33-bericht) en stuurt dit door naar de aanbieder. In dit voorbeeld dus de zorgaanbieder die de dagbesteding levert;
- Zo zijn alle zorgtoewijzingen rondom een cliënt bekend bij het zorgkantoor waar de cliënt woont (compleet cliëntbeeld). Het regionale zorgkantoor kan daardoor ook zien of de cliënt enige vorm van zorg krijgt als hij op een wachtlijst staat.



Figuur 4. Berichtenverkeer rondom zorg cliënt

¹⁸ Dat hoeft dus niet het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor te zijn.

¹⁹ ZK-berichten zijn berichten die Zorgkantoren onderling uitwisselen.

²⁰ In het informatiemodel voor de Wlz staat onder de tab berichten een stroomschema met een beeld van alle berichten rondom een cliënt die tussen ketenpartijen worden uitgewisseld.

2.3.1 Onafhankelijke cliëntondersteuner

Een cliënt kan niet alleen begeleiding en bemiddeling van het zorgkantoor krijgen, maar mag daarvoor ook kosteloos een onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO) inschakelen die door het zorgkantoor is gecontracteerd. Dit op voorwaarde dat de cliënt beschikt over een actuele Wlz-indicatie.

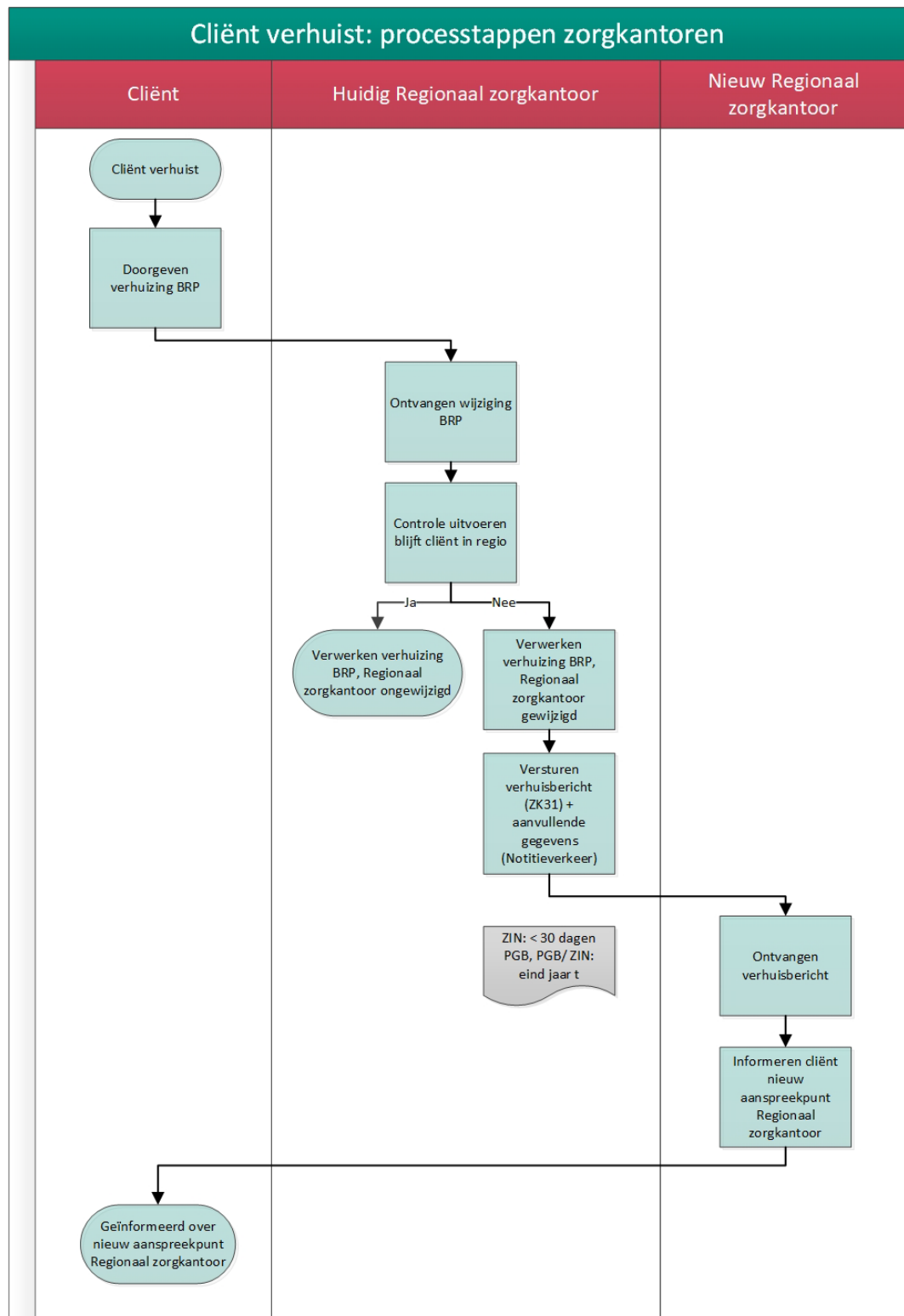
Onafhankelijke cliëntondersteuners zijn ook werkzaam in het Wmo-domein. Heeft iemand nog geen Wlz-indicatie en hulp nodig bij het aanvragen daarvan? Dan kan een cliëntondersteuner die gecontracteerd is door de gemeente hier eventueel bij helpen.

Een onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO) helpt iemand om zijn/haar Wlz-zorg goed te organiseren en bewuste keuzes te maken over deze zorg. Een cliëntondersteuner doet dit 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 hierop (beter) 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 Wlz (Zorg in natura en PGB)

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

2.4 Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt



Figuur 5 Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt

2.4.1 Processtappen zorgkantoren bij verhuizing cliënt

- Ontvangt het regionale zorgkantoor via de BRP de melding dat een cliënt is verhuisd naar een adres buiten zijn zorgkantoorregio? Dan start dit zorgkantoor het proces om de verantwoordelijkheid voor deze cliënt over te dragen aan het nieuwe, regionale zorgkantoor. Dat doen we omdat het niet logisch is dat bijvoorbeeld het zorgkantoor in de regio Utrecht verantwoordelijk blijft voor een cliënt die is verhuisd naar zorgkantoorregio Twente of Zeeland;
- Voor de overdracht van cliënten tussen zorgkantoren wordt het verhuisbericht (ZK31-bericht) gebruikt;
- Om de verantwoordelijkheid goed te kunnen overnemen, bevat het verhuisbericht alle actuele zorgtoewijzingen van een cliënt op de overdrachtsdatum én zijn actuele adres;
- De overdrachtsdatum ligt altijd ná de feitelijke verhuisdatum omdat de cliënt al verhuisd is. De melding vanuit het BRP komt altijd achteraf;
- Maakt een cliënt gebruik van zorg thuis dan moeten zorgkantoren hiervoor een beschikking afgeven aan de cliënt (zie paragraaf 3.2). Bij overdracht van een cliënt, kan het nieuwe regionale zorgkantoor ervoor kiezen om direct zelf een nieuwe MPT of VPT-beschikking aan te maken bij het opnieuw toewijzen van de zorg (direct na de overdracht). Een zorgkantoor kan er ook voor kiezen om dit niet direct te doen, maar nádat er een wijziging is opgetreden in de cliëntsituatie die van invloed is op de inhoud en/of duur van beschikking die het vorige regionale zorgkantoor heeft afgegeven. Bijvoorbeeld wijziging van MPT naar VPT, wijziging van de omvang van de zorg, wijziging van zorgaanbieder of een nieuw indicatiebesluit;
- Zorgkantoren dragen een MPT of VPT-beschikking onderling alleen over als er sprake is van een bijzondere situatie. Bijvoorbeeld als een beschikking MPT voor een beperkte duur is afgegeven omdat er sprake is van een onverantwoorde thuissituatie. Dit gebeurt via het Notitieverkeer. Heeft het nieuwe regionale zorgkantoor behoefte aan (meer) informatie dan wordt dit onderling afgestemd;
- Het vorige regionale zorgkantoor deelt zo nodig aanvullende informatie over een cliënt met het nieuwe regionale zorgkantoor. Dat wordt alleen gedaan als het noodzakelijk is voor inzet van passende zorg. Bijvoorbeeld als iemand een beschikking heeft voor de toeslag Meezorg thuis MPT en/of PGB (zie paragraaf 4.5);
- De informatie-uitwisseling gebeurt zo snel mogelijk ná overdracht van een cliënt²¹. Het nieuwe regionale zorgkantoor kan deze informatie dan direct aan het aangemaakte cliëntdossier koppelen;
- Heeft een cliënt in het lopende jaar alléén ZIN ontvangen en/of wil de cliënt ná overdracht een aanvraagprocedure voor PGB opstarten (eerste aanvraag)²²? Dan kan deze cliënt het hele jaar worden overgedragen aan een ander zorgkantoor. Zorgkantoren hebben afgesproken om dit binnen 30 dagen te doen nádat het regionale zorgkantoor een melding van het BRP heeft ontvangen;
- Heeft een cliënt in het lopende jaar een PGB gehad (minimaal 2 dagen aaneengesloten)? Of nog een lopend PGB, eventueel in combinatie met ZIN?

²¹ AVG-proof: geen informatie delen als een cliënt formeel nog niet is overgedragen (doelbinding).

²² 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 ZK31? 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.

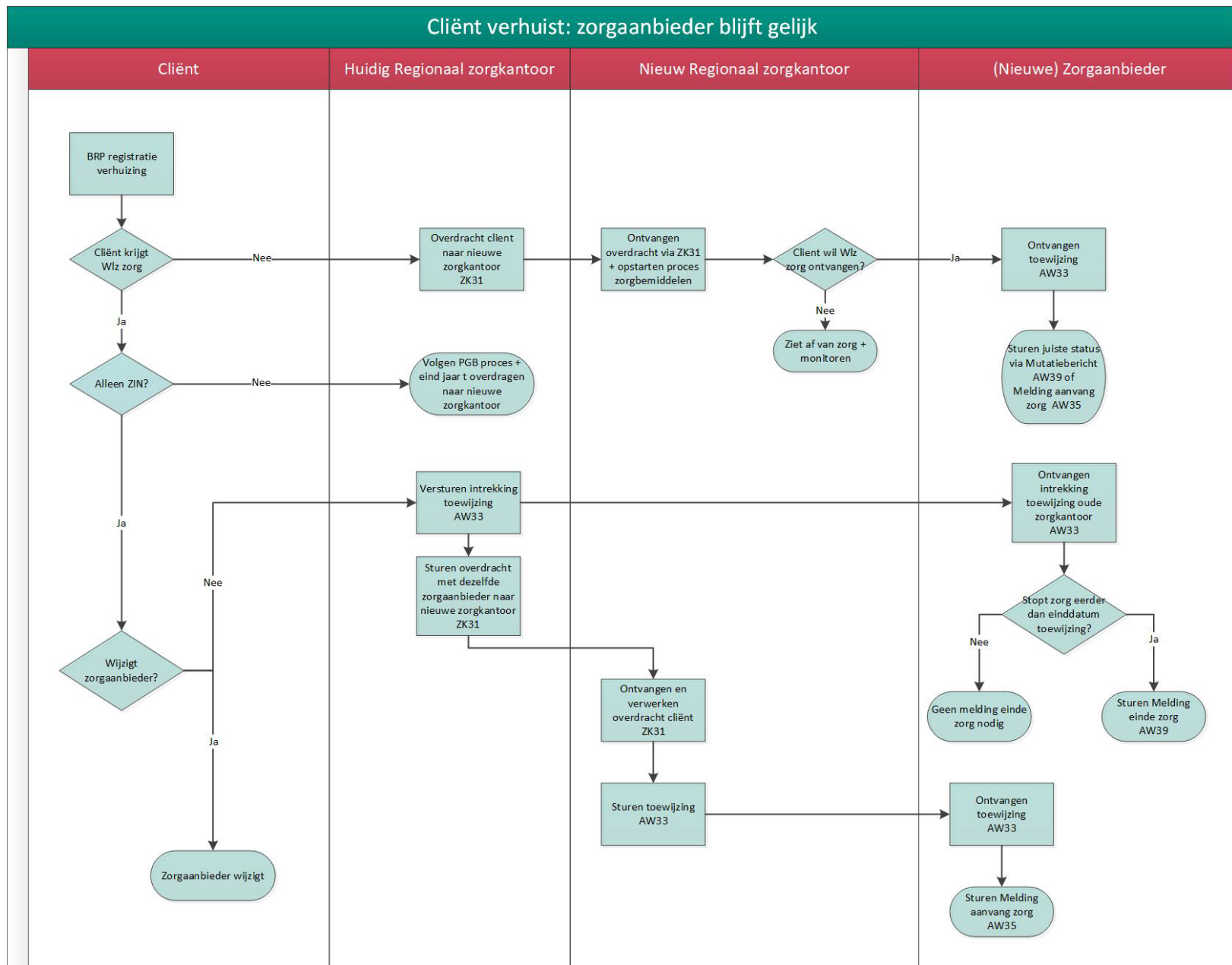
Dan vindt overdracht één keer per jaar plaats. Dat gebeurt aan het einde van het lopende kalenderjaar (november/december jaar t). Het nieuwe regionale zorgkantoor is dan vanaf 1 januari van jaar t+1 verantwoordelijk voor deze cliënt;

- Binnen de periode van 30 dagen (tot overdracht) worden nog niet afgehandelde aanvragen voor een zorgtoewijzing, correcties op een zorgtoewijzing of op een Melding aanvang zorg bericht, Mutatie of Melding einde zorg bericht afgehandeld (zie paragraaf 2.6). Het zorgkantoor benadert de betrokken zorgaanbieders daarvoor actief. Dat doen we omdat het achteraf (na overdracht) doorvoeren van wijzigingen of correcties een administratief bewerkelijk proces is;
- Binnen deze periode wordt ook een lopende beoordeling voor afgifte van een beschikking voor zorg thuis of Meerszorg afgerond. In de situatie dat er nog een bezwaarprocedure loopt op een besluit van het huidige, regionale zorgkantoor wordt een cliënt niet overgedragen. Dat gebeurt pas als de bezwaarprocedure is afgehandeld;
- Een cliënt ontvangt bericht over wijziging van het zorgkantoor. Als een cliënt alleen ZIN ontvangt kan het nieuwe regionale zorgkantoor iemand daarover bijvoorbeeld telefonisch informeren of een brief sturen met contactgegevens. Bij PGB gebeurt dit door het zorgkantoor dat de cliënt overdraagt, omdat dan ook het budget dat de cliënt vanuit dit zorgkantoor krijgt stopt;
- Ontvangt het nieuwe regionale zorgkantoor een verhuisbericht voor een cliënt en bevat dat bericht geen actuele zorgtoewijzing, omdat die er niet is? Dan wordt het nieuwe regionale zorgkantoor hierover zo snel mogelijk ná de overdracht geïnformeerd door het oude regionale zorgkantoor. Mogelijk wilde een cliënt nog geen gebruik maken van Wlz-zorg omdat zijn mantelzorger(s) nog veel opvangt. Met deze informatie kan het nieuwe regionale zorgkantoor contact opnemen met deze cliënt om zijn situatie te bespreken en te bepalen of er (toch) zorg nodig is. Dat doet het nieuwe regionale zorgkantoor zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen 10 werkdagen na ontvangst van het verhuisbericht;
- Betrokken zorgkantoren zorgen ervoor dat bij verhuizing van een cliënt, de juiste informatie naar het CAK wordt gestuurd. Belangrijk is dat de eigen bijdrage heffing blijft doorlopen en niet onnodig wordt stopgezet. De zorgaanbieder speelt daarin een rol (zie paragraaf 2.4.2).

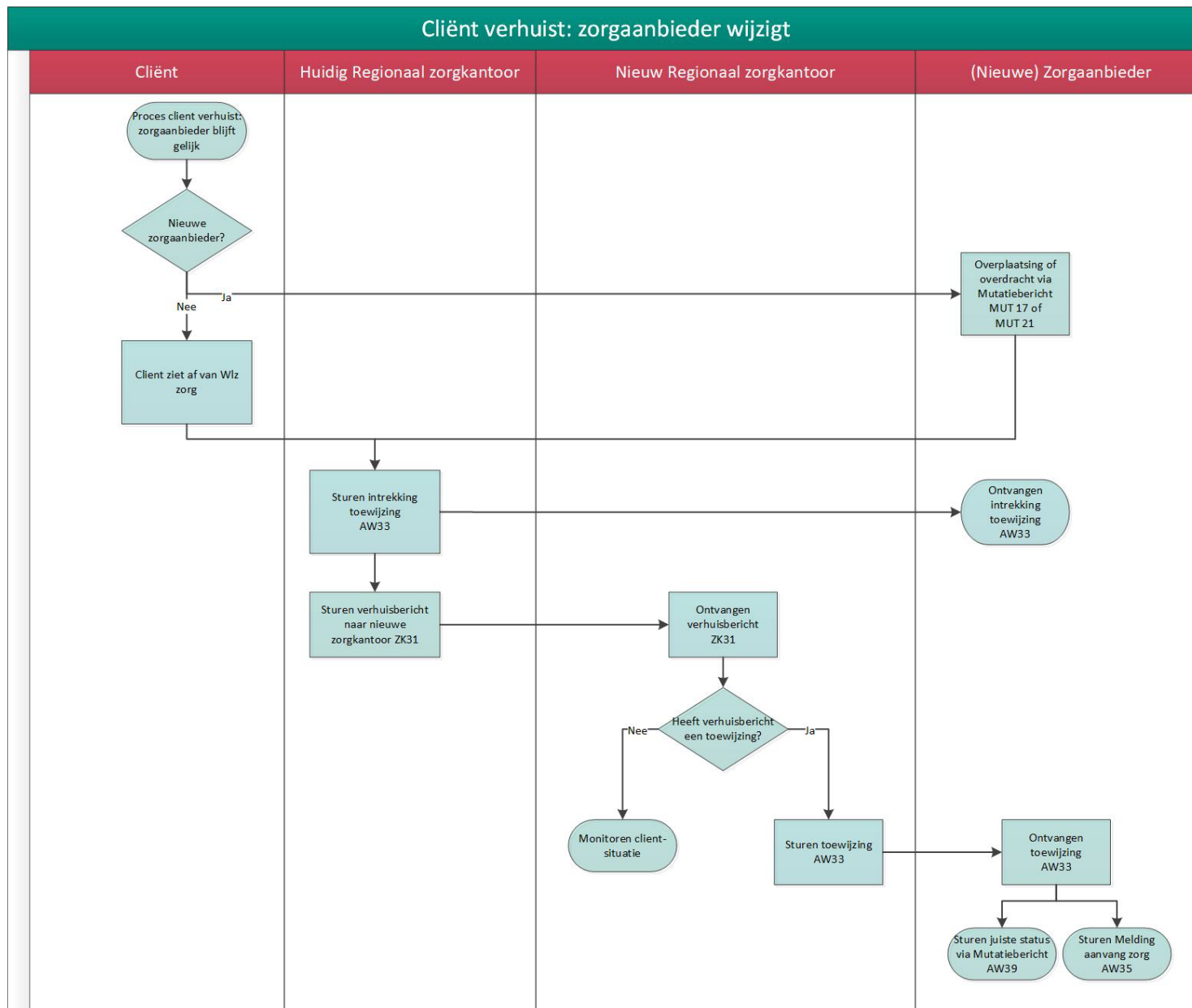
2.4.2 Processtappen zorgaanbieder bij verhuizing cliënt

- Wordt een cliënt na verhuizing overgedragen aan een nieuw regionaal zorgkantoor? Dan trekt het vorige regionale zorgkantoor alle actuele zorgtoewijzingen in voor deze cliënt. De zorgaanbieder ziet bij de intrekking de reden Verhuizing;
- Levert een zorgaanbieder op de overdrachtsdatum zorg en loopt die daarna ongewijzigd door? Dan stuurt die géén Mutatie-bericht/ Melding einde zorg bericht op de ingetrokken zorgtoewijzing(en). De eigen bijdrage voor een cliënt blijft dan gewoon doorlopen. Nadat het nieuwe regionale zorgkantoor de zorgtoewijzing(en) opnieuw heeft aangemaakt, stuurt de zorgaanbieder binnen 5 werkdagen na ontvangst van de nieuwe zorgtoewijzing weer een Melding aanvang zorg-bericht;
- Staat een cliënt op de wachtlijst en blijft dat ongewijzigd na het overdrachtsmoment? Dan levert de zorgaanbieder binnen 5 werkdagen na ontvangst van de nieuwe zorgtoewijzing weer de juiste wachtstatus (leveringsstatus) met classificatie aan op het nieuwe zorgtoewijzingsbericht (zie paragraaf 2.5). Dit gebeurt met een Mutatie-bericht;

- Stopt een zorgaanbieder met het leveren van zorg vóór de overdrachtsdatum? En heeft hij nog een geldige zorgtoewijzing? Dan stuurt de zorgaanbieder wel op tijd een Mutatie-bericht/ Melding einde zorg bericht (MEZ) naar het huidige regionale zorgkantoor. De zorgtoewijzing wordt dan vóór de overdracht nog ingetrokken. Het nieuwe regionale zorgkantoor maakt dan geen onnodige nieuwe zorgtoewijzing aan voor deze aanbieder;
- Heeft een zorgaanbieder al een nieuwe zorgtoewijzing gekregen van het nieuwe regionale zorgkantoor met de overdrachtsdatum als ingangsdatum, maar levert deze aanbieder vanaf die datum toch géén zorg meer? Dan stuurt de aanbieder een Mutatie-bericht met Mutatie-code 12 (MUT12/Einde zorgvraag). De nieuwe zorgtoewijzing wordt dan ingetrokken (afgesloten) door het nieuwe regionale zorgkantoor. Er blijft dan altijd nog een zorgtoewijzing van 1 dag over, de zorgaanbieder hoeft daar niets mee te doen.
- Heeft een zorgaanbieder al een nieuwe zorgtoewijzing gekregen van het nieuwe regionale zorgkantoor met de overdrachtsdatum als ingangsdatum, maar wordt de zorg vanaf die dag overgenomen door een andere aanbieder? Dan stuurt de oude (overdragende) aanbieder een Mutatie-bericht met Mutatie-code 21 (MUT21/Overdracht). Het nieuwe regionale zorgkantoor trekt de zorgtoewijzing bij de oude zorgaanbieder in en maakt een nieuwe zorgtoewijzing aan voor de nieuwe zorgaanbieder. Ook in deze situatie blijft er voor de oude zorgaanbieder een zorgtoewijzing van 1 dag over. De aanbieder hoeft hier niets mee te doen.



Figuur 6a Cliënt verhuist, zorgaanbieder blijft gelijk



Figuur 6b Cliënt verhuist zorgaanbieder wijzigt

2.5 Regionaal zorgkantoor en wachtlijstbeheer

Het regionale zorgkantoor is eindverantwoordelijk voor het tijdig realiseren van passende (overbruggings)zorg voor iemand met een Wlz-indicatie die in deze regio woont. Het regionale zorgkantoor is daarom altijd het 1e aanspreekpunt voor deze cliënten en onderhoudt het directe contact met de cliënt over zijn zorgvraag. Dat geldt ook als deze cliënten op een wachtlijst staan bij een zorgaanbieder die gecontracteerd is door een ander (bovenregionaal) zorgkantoor. Zo kan in de regio waar een cliënt woont snel geanticipeerd worden op de situatie en bijvoorbeeld noodzakelijke overbruggingszorg thuis worden geregeld of uitgebreid.

Als de voorkeuraanbieder niet direct passende zorg kan inzetten, start het proces Wachtlijstbeheer. Dat geldt ook voor de situatie dat een zorgaanbieder de zorg aan een cliënt niet meer verantwoord kan leveren omdat zijn zorgvraag is veranderd.

Werkafspraken wachtlijstbeheer tussen zorgkantoren

Het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor is voor zorgaanbieders niet altijd het eerste aanspreekpunt:

- Wil een cliënt graag zorg krijgen van een zorgaanbieder in een andere regio (buiten de regio waar de cliënt woont)? En heeft deze zorgaanbieder bijvoorbeeld een wachtlijst? Dan is het bovenregionale zorgkantoor de directe gesprekspartner voor deze zorgaanbieder over het wachtlijstbeheer omdat zij samen contractafspraken maken;
- Het bovenregionale zorgkantoor kent de wachtlijstproblematiek in de regio het beste en de afspraken die hierover met (specifieke) zorgaanbieders in de regio zijn gemaakt. Dat geldt ook voor de gesprekken die daarover lopen. Het is niet gewenst dat andere zorgkantoren deze afstemming in een regio doorkruisen. Bovendien voorkomt dit extra contactmomenten voor de zorgaanbieder met andere zorgkantoren (efficiëntere inzet van tijd);
- Concreet houdt dit in dat het bovenregionale zorgkantoor alle cliënten op de wachtlijst van een gecontracteerde zorgaanbieder volgt en met deze zorgaanbieder bespreekt. Het maakt daarbij niet uit of iemand in een andere regio woont. De voorkeur van een cliënt is leidend;
- In het contact met de zorgaanbieder ligt de focus nadrukkelijk bij de wachtstatus Urgent plaatsen en Actief plaatsen. Bij een zeer dringende cliëntsituatie en wachtlijstproblematiek is er directe afstemming tussen het regionale- en bovenregionale zorgkantoor over een passende oplossingsrichting voor de cliënt. Het bovenregionale zorgkantoor informeert het regionale zorgkantoor ook over de overige cliënten met de wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen. Hierover maken de zorgkantoren onderling afspraken;
- De betrokken zorgkantoren stemmen ook met elkaar af als een bovenregionale voorkeuraanbieder de zorg niet (meer) kan of wil leveren (zie hoofdstuk 6). Het bovenregionale zorgkantoor neemt eerst zelf contact op met deze zorgaanbieder om vast te stellen of een zorgweigering gegrond is. Als dat het geval is, dan draagt het bovenregionale zorgkantoor de zorgbemiddeling over aan het regionale zorgkantoor omdat die het directe contact met de cliënt onderhoudt.
- Het zorgkantoor(en) dat betrokken is bij een cliënt, omdat een gecontracteerde aanbieder zorg levert, wordt ook wel een uitvoerend zorgkantoor genoemd.

Het regionale zorgkantoor kan daarom zowel verantwoordelijk als uitvoerend zijn. Een bovenregionaal zorgkantoor is altijd een uitvoerend zorgkantoor.

Wens van cliënt leidend in wachtlijstbeheer

Is er bij een cliënt behoefte aan een beschermende woonomgeving (bijvoorbeeld verblijfszorg of geclusterd VPT), dan is de wens (voorkeur) voor een bepaalde locatie leidend. Uitgangspunt is dat de zorg in de buurt²³ van waar de cliënt woont, of wenst te wonen, wordt geleverd zodat een cliënt zich zoveel mogelijk thuis voelt. Zorg en ondersteuning in een omgeving die aansluit bij wat iemand belangrijk vindt, versterkt dit gevoel.

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

Meerdere voorkeuraanbieders registreren

De wens om een cliënt bij meerdere voorkeuraanbieders op de wachtlijst te kunnen plaatsen, bijvoorbeeld voor verblijfszorg, is nog niet gerealiseerd. Deze mogelijkheid is landelijk verkend maar geeft extra complexiteit voor het huidige uitvoeringsproces. Het registreren van meerdere voorkeuraanbieders is daarom doorgeschoven naar het toekomstige Netwerkmodel. Tot dan registreren we één voorkeuraanbieder bij de cliënt.

Schaduwwachtlijsten

Cliënten die nog géén Wlz-indicatie hebben, kunnen niet via iWz in beeld worden gebracht en gevolgd. Iemand kan pas op een wachtlijst komen voor Wlz-zorg als die persoon beschikt over een geldige Wlz-indicatie (en zorgtoewijzing).

Voor mensen die wel over een Wlz-indicatie beschikken kunnen ook schaduwwachtlijsten voorkomen. Het probleem doet zich bijvoorbeeld voor als:

- Twee locaties (A en B) gebruik maken van dezelfde agb-code. Iemand kan dan niet gelijktijdig in zorg zijn bij locatie A en bij locatie B op de wachtlijst staan. Of
- Binnen één locatie (één agb-code) meerdere vormen van verblijfszorg worden geboden, bijvoorbeeld Geriatrische revalidatiezorg en reguliere verpleeghuiszorg. Iemand kan dan niet in zorg zijn voor Geriatrische revalidatiezorg en op de wachtlijst staan voor een reguliere verpleeghuisplaats. Of
- Iemand individuele begeleiding thuiskrijgt en ook graag gebruik wil maken van logeren (beide zorgvormen zijn onderdeel van het MPT).

²³ In de buurt: op redelijke, acceptabele afstand.

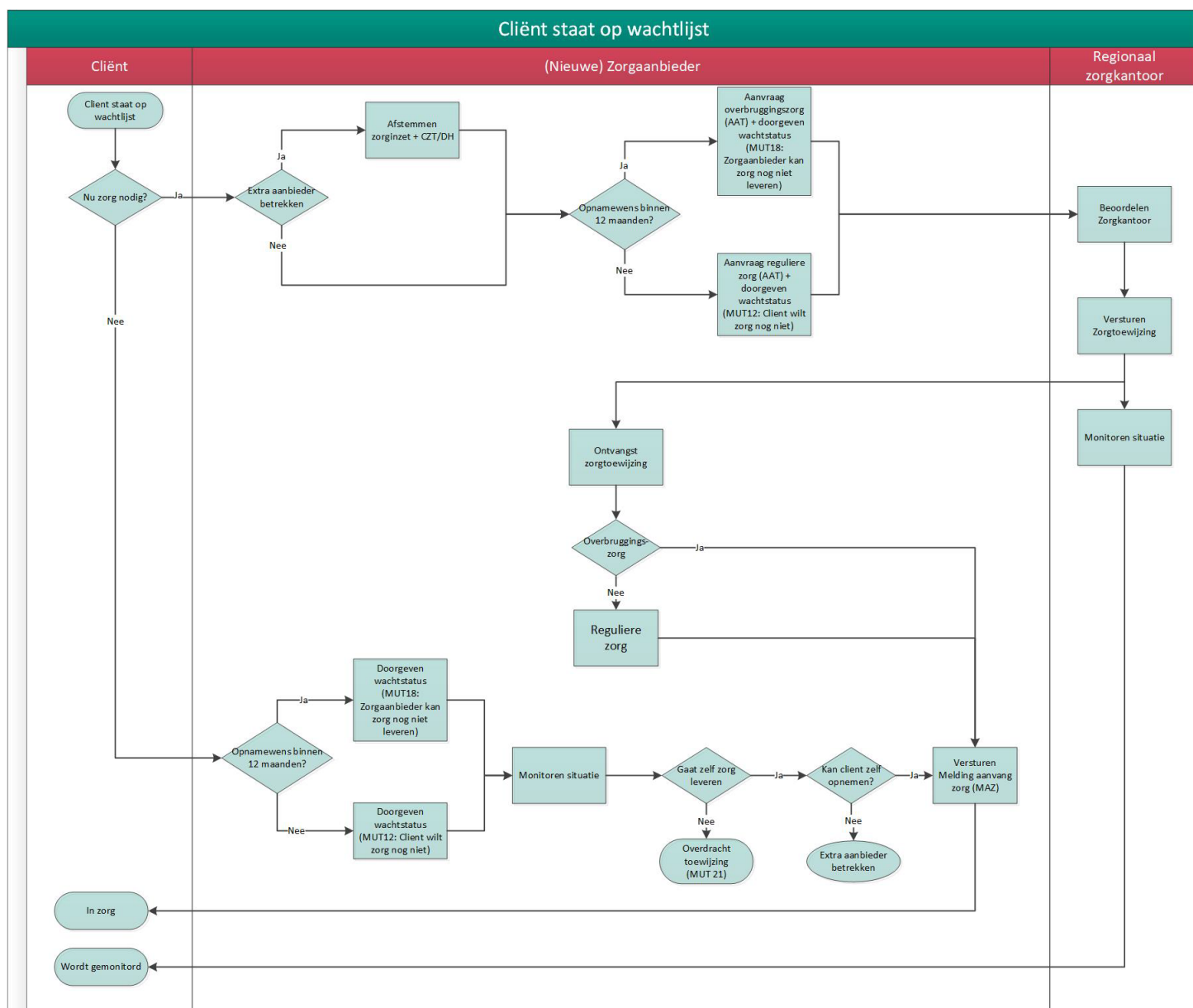
Iemand kan bij dezelfde agb-code niet gelijktijdig in zorg zijn voor (een deel van het) MPT én op de wachtlijst staan voor (een ander deel van het) MPT.

Het toch in beeld kunnen brengen van de schaduwwachtlijsten voor mensen mét Wlz-indicatie is technisch complex en nog niet opgelost, maar blijft punt van aandacht voor een volgende iWlz-release of het Netwerkmodel. Tot die tijd is het onderwerp van gesprek tussen zorgkantoren en zorgaanbieders in overleggen rondom wachtlijstproblematiek.

2.5.1 Algemene uitgangspunten wachtlijstbeheer Wlz

- Het wachtlijstbeheer voor de Wlz gaat over het organiseren van Wlz-zorg voor iemand waarbij de gewenste en/ of noodzakelijke zorg niet direct beschikbaar is. Het wachtlijstbeheer gaat niet over het organiseren van uitstroom naar een ander domein zoals bijvoorbeeld de Zvw, Wmo of JW. Om eventuele uitstroom uit de Wlz te bespoedigen kan hierover wel afstemming plaatsvinden met de andere domeinen;
- In het iWlz-berichtenverkeer kan voor een cliënt, per leveringsvorm, één voorkeuraanbieder worden doorgegeven. Een cliënt staat voor het zorgkantoor daarom formeel bij één voorkeuraanbieder op de wachtlijst. Met deze informatie gaat het zorgkantoor aan de slag. In het contact tussen zorgkantoor en cliënt of zorgaanbieder en cliënt over de wachtlijst, mag een cliënt altijd doorgeven welke voorkeuraanbieder(s) er nog meer is. Hierdoor kan plaatsing bij een andere voorkeuraanbieder mogelijk sneller gerealiseerd worden;
- Als er sprake is van een wachtlijst voor bepaalde zorg krijgt de cliënt een wachtstatus (leveringsstatus). De zorgaanbieder bespreekt de noodzakelijke of gewenste wachtstatus vóóraf door met de cliënt en/of contactpersoon;
- In iWlz wordt de algemene term leveringsstatus gebruikt omdat die iets zegt over de levering van zorg aan een cliënt op een bepaald moment. Iemand staat op een wachtlijst (de gewenste en/of noodzakelijke zorg wordt nog niet geleverd) of iemand krijgt zorg (In zorg) of iemand krijgt/ wil geen zorg meer (Einde zorg). De term leveringsstatus dekt daarmee de lading van alle statussen;
- In het voorschrift gebruiken we het begrip wachtstatus omdat niet voor iedereen direct duidelijk is dat de term leveringsstatus uit iWlz naar een wachtlijst verwijst. Een wachtstatus geeft de mate van urgentie voor bepaalde zorg aan, bijvoorbeeld voor verblijfszorg. Voor de mate van urgentie onderscheiden we 4 wachtstatussen (zie paragraaf 2.5.2);
- Voor het wachtlijstbeheer werken zorgkantoren actief samen met de gecontracteerde zorgaanbieders. Deze zorgprofessionals beschikken over actuele kennis van cliënten die op hun wachtlijst staan en hebben vaak een beter beeld bij (regionale) plaatsingsmogelijkheden, zeker in het geval van (dreigende) crisissituaties. Bijvoorbeeld omdat ze deelnemen aan regionaal georganiseerde overlegtafels;
- Wachtlijstbeheer blijft maatwerk. Er wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wens(en) van de cliënt, maar het verantwoord inzetten van zorg staat op de voorgrond. Daarnaast wordt het doelmatig inzetten van zorg meegewogen in de oplossingsrichting;
- Het zorgkantoor volgt een signaal op over een onverantwoorde cliëntsituatie (thuis) en stemt hierover af met de cliënt en/of betrokken zorgprofessionals. Met toestemming van de cliënt kan een medisch adviseur van het zorgkantoor daarbij contact opnemen met de behandelaar die betrokken is bij de medische of gedragskundige zorg;

- De dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT) houdt de wachtstatus en classificatie actueel en stemt die af op de cliëntsituatie (zie paragraaf 2.5.2). Als hierin een wijziging nodig is, gebeurt dit altijd in overleg met de cliënt. Daarnaast wordt de voorgenomen wijziging besproken met de andere betrokken Wlz-zorgaanbieders of worden zij hierover geïnformeerd. Deze zorgaanbieders krijgen namelijk niet automatisch een iWlz-bericht als de wachtstatus en/of classificatie wijzigt;
- Een zorgaanbieder bespreekt (wijziging van) de wachtstatus en de consequenties daarvan voor het plaatsingsaanbod ook altijd vooraf door met een cliënt. Net zoals de impact van wijziging van een leveringsvorm of bijvoorbeeld de keuze om niet meer op een wachtlijst te willen staan. De eventueel opgebouwde wachttijd kan dan komen te vervallen;
- Het is niet toegestaan om een wachtstatus aan te passen vanwege het niet halen van een streefnorm (voor opname). De beschrijving en toegangscriteria voor een status/ classificatie zijn leidend bij het kiezen van de juiste status. Het zorgkantoor weet dat opname binnen de streefnorm niet altijd haalbaar is;
- Een zorgaanbieder geeft (een wijziging van) de actuele status en/of classificatie (zie paragraaf 2.5.2) altijd via een Mutatie-bericht door aan het zorgkantoor. Dat geldt ook voor een gewijzigde classificatie binnen een wachtstatus (zie voorbeelden in bijlage G). Via een Mutatie-bericht (zie paragraaf 2.6.6) kan ook andere en/of extra zorg worden aangevraagd. Bij een bekende cliënt gebeurt dat binnen 5 werkdagen na ontvangst van een zorgtoewijzing of na verandering in een zorgsituatie;
- Het zorgkantoor past nooit een status of classificatie handmatig aan omdat dit het risico met zich meebrengt dat de wachtlijstinformatie bij het zorgkantoor en de zorgaanbieder niet meer gelijk staat in de systemen.
- Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor behandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van het zorgkantoor;
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor afhandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder.



Figuur 7 Clïent staat op wachtlijst

2.5.2 Wachtstatus en classificatie

Wachtstatus

- In het wachtlijstbeheer wordt gebruik gemaakt van 6 statussen: Urgent plaatsen, Actief plaatsen, Wacht op voorkeur, Wacht uit voorzorg, In Zorg en Einde zorg. De statussen Urgent plaatsen, Actief plaatsen, Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg zijn wachtstatussen. Alle statussen worden verderop in dit hoofdstuk uitgewerkt;
- De statussen kennen een prioriteitsvolgorde. De status Urgent plaatsen (zeer dringend) heeft de hoogste prioriteit, gevolgd door Actief plaatsen (dringend) en Wacht op voorkeur. De status Wacht uit voorzorg heeft geen prioriteit omdat iemand daarmee feitelijk niet actief op een wachtlijst staat;
- Het voordeel van de status Wacht uit voorzorg is dat een cliënt zijn voorkeuraanbieder alvast kan laten weten dat hij/zij voor een bepaalde leveringsvorm een toekomstige zorgwens heeft. Omdat via een rapportage informatie over deze status is te ontsluiten, kan zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor de ontwikkeling van de zorgvraag bij deze groep cliënten monitoren;
- Naarmate de noodzaak tot zorg of opname dringender is, weegt de beoordeling van de zorgaanbieder (tijdelijk) zwaarder dan de cliëntvoorkeur;
- De prioriteitsvolgorde in de wachtstatussen hoeft niet hard gevolgd te worden. Er kan casuïstiek voorkomen waarbij een afwijkend besluit op basis van gezond verstand en professionele beoordeling door de aanbieder gerechtvaardigd is. Zo kan de afweging gemaakt worden om iemand met de status Actief plaatsen voor te laten gaan op iemand met de status Urgent plaatsen. Bijvoorbeeld in de situatie van een dreigende crisissituatie thuis waarbij er sprake is van een toenemende onveilige situatie voor de cliënt en/of zijn omgeving. Het voorkomen van een acute, onveilige crisissituatie kan dan voor gaan op doorstroom uit een Ziekenhuis, Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) of Eerstelijns verblijf (ELV)²⁴. De zorgaanbieder hoeft hierover niet vooraf te overleggen met het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan achteraf wel toetsen bij de zorgaanbieder waarom deze keuze is gemaakt. (De keuze is altijd uitlegbaar door de zorgaanbieder.);
- Voor het gebruik van een status kan een beperking gelden. Omdat inzicht hierover kan wijzigen of uitzonderingssituaties kunnen voorkomen, zijn hiervoor via iWlz geen technische beperkingen ingeregeld. Zo is het voor de leveringsvorm Deeltijdverblijf (DTV) bijvoorbeeld niet logisch dat iemand de status Urgent plaatsen krijgt. Bij de status Urgent plaatsen ligt de focus op doorstroom-problematiek of het niet meer veilig, verantwoord thuis kunnen blijven wonen. Er kan zeker wel een dringende behoefte zijn aan DTV maar dan is de status Actief plaatsen aangewezen. DTV is namelijk een combinatie van verblijfszorg met zorg thuis, op voorwaarde dat de zorg thuis veilig en verantwoord geleverd kan worden;
- Voor iemand met een indicatie voor een SGLVG of LVG-zorgprofiel is de status Wacht op voorkeur niet toegestaan, net zoals de status Wacht uit voorzorg.

²⁴ Doorstroom GRZ en Doorstroom ELV hebben een hogere prioriteit gekregen dan Doorstroom ZH, omdat via doorstroom GRZ of ELV een plaats kan vrijkomen voor doorstroom uit ZH.

Landelijk is namelijk afgesproken dat voor deze cliënten binnen maximaal 2x 13 weken een plaats in een (SG)LVG-behandelinstelling wordt geregeld. Afhankelijk van de situatie is de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen van toepassing;

- Heeft iemand een indicatie voor een laag zorgprofiel²⁵ en een opnamewens, dan is de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen niet logisch vanwege de lage gemiddelde zorgvraag bij deze zorgprofielen. Tenzij uit contact met de cliënt blijkt dat er sprake is van een (acuut) gewijzigde situatie waarvoor nog geen passende indicatie is aangevraagd en/of de aanvraagprocedure bij het CIZ loopt (maatwerk beoordeling). In de situatie dat iemand een opnamewens heeft die niet dringend is, is de status Wacht op voorkeur van toepassing;
- Staat iemand op de wachtlijst voor zorg thuis met de status Wacht op voorkeur (of Wacht uit voorzorg)? Dan is alleen de classificatie Geen aanvullende (woon)wens van toepassing. De andere classificaties bij deze status(sen) verwijzen naar een situatie waarbij een cliënt de zorg niet op zijn huidige woonadres krijgt.

Wachtstatus en opbouw wachttijd

- Wachttijstinformatie wordt per wachtstatus in beeld gebracht en geeft inzicht in het aantal wachtenden (per zorgprofiel/per leveringsvorm) op een bepaald moment, inzet van overbruggingszorg en de gemiddelde wachttijd;
- Een wachtstatus wordt in iWlz gebruikt voor de Zorg in natura leveringsvormen (ZIN) en niet voor PGB²⁶;
- Voor een persoon kunnen meerdere statussen tegelijkertijd bekend zijn omdat die per toegewezen leveringsvorm wordt gemeld. Een cliënt kan bijvoorbeeld de status Wacht op voorkeur hebben voor de leveringsvorm Verblijf én de status In zorg voor overbruggingszorg thuis via de leveringsvorm MPT;
- Wachttijd wordt opgebouwd bij de wachtstatussen Urgent plaatsen, Actief plaatsen en Wacht op voorkeur;
- Iemand met de status Wacht uit voorzorg bouwt géén wachttijd op voor die leveringsvorm;
- In de (landelijke) wachttijstinformatie wordt de wachttijd vaak per status bepaald en worden wachttijden bij wisseling in wachtstatus en/of classificatie niet standaard bij elkaar opgeteld. Het risico van optellen is namelijk dat de streefnorm bij de nieuwe wachtstatus dan al direct wordt overschreden, omdat de streefnorm van de nieuwe wachtstatus en/of classificatie korter is dan de vorige;
- Er wordt dus opnieuw gestart met tellen van de wachttijd als de context (situatie, omstandigheden) van een cliënt bij een volgende wachtstatus wezenlijk anders is. Bijvoorbeeld als bij iemand na 2 maanden de status wijzigt van Actief plaatsen/ met classificatie Voorkeuraanbieder leidend naar Urgent plaatsen met classificatie Rechterlijke Machtiging (RM). De streefnorm voor zorglevering bij de status Urgent plaatsen/RM ligt tussen de 0-6 weken. Als de wachttijd van de status Actief plaatsen in dit voorbeeld zou meetellen, dan wordt de streefnorm van Urgent plaatsen direct overschreden (2 maanden > 6 weken). Dat zou onterecht zijn als de cliëntsituatie pas kortgeleden is gewijzigd;
- Bij een classificatiewissel binnen een wachtstatus kan de wachttijd doortellen omdat de wachtstatus ongewijzigd blijft.

²⁵ Zie bijlage D voor de lage zorgprofielen.

²⁶ Het PGB-proces loopt buiten iWlz-berichtenverkeer om.

Dit is afhankelijk van de cliëntsituatie en classificatiewissel (zie **Wachtstatus met classificatie**). Zo is het bijvoorbeeld niet logisch om wachttijd door te tellen als de zorgvraag urgenter wordt. Binnen de status Actief plaatsen wisselt de classificatie dan bijvoorbeeld van Voorkeuraanbieder leidend naar Dreigende-crisis thuis. Als een cliënt al langer wacht op zijn voorkeuraanbieder, kan de streefnorm bij de overgang naar Dreigende-crisis thuis daardoor direct worden overschreden;

- Wachttijden kunnen wel altijd worden opgeteld als binnen een status de wens van een cliënt verandert (gelijke urgentie en gelijke prioriteit). Bijvoorbeeld als voor iemand met de wachtstatus Wacht op voorkeur de classificatie wijzigt van Specifieke geografische reden naar Specifieke locatie/ Woonwens. Of als bij de wachtstatus Actief plaatsen de classificatie wijzigt van Voorkeur aanbieder/ Cliëntwens leidend naar Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar.

Wachtstatus met classificatie

- Een wachtstatus bevat geen informatie over de cliëntsituatie (context) of over specifieke wensen van een cliënt. Om hier meer zicht op te krijgen zijn classificaties toegevoegd aan de wachtstatussen. De combinatie van een wachtstatus met een bepaalde classificatie geeft achtergrondinformatie over de huidige situatie en/of wens van een cliënt. Bijvoorbeeld of er sprake is van een crisissituatie maar geen crisisplaats beschikbaar is, of dat iemand in het ziekenhuis ligt en klaar is met de medische behandeling. Hierdoor kan gerichter en sneller gereageerd worden op een cliëntsituatie;
- Een ander voordeel van het toevoegen van classificaties aan een wachtstatus is dat het bijhouden van aanvullende registraties over een cliëntsituatie door zorgaanbieders en zorgkantoren zoveel mogelijk wordt beperkt;
- De structuur van wachtstatussen met classificaties is zo uitgewerkt dat hij van toepassing is op alle sectoren en alle leveringsvormen (met uitzondering van PGB);
- Binnen een status is een keuze uit meerdere classificaties mogelijk. Die classificaties zijn zo beschreven dat ze elkaar niet overlappen. Op één moment is er binnen een status dus altijd één classificatie van toepassing;
- De classificaties bij de status Urgent plaatsen en Actief plaatsen zijn beschreven vanuit de (zeer) dringende behoefte en noodzaak tot zorg of opname. De beoordeling vanuit de zorgaanbieder staat daarom meer op de voorgrond. Er wordt wel zoveel mogelijk geprobeerd rekening te houden met de wensen van een cliënt;
- Binnen de status Urgent plaatsen en Actief plaatsen kennen de classificaties een prioriteitsvolgorde²⁷. De veiligheid van een cliënt en/of zijn omgeving zijn daarin bepalend;
- De classificatie helpt zo bij het bepalen van de volgorde van plaatsing als er meerdere cliënten op de wachtlijst staan die allemaal (zeer) dringend zorg nodig hebben. Zo gaat bijvoorbeeld binnen de status Urgent plaatsen de classificatie Palliatief terminale zorg (PTZ) voor op de classificatie Doorstroom uit het ziekenhuis, omdat een cliënt bij het niet goed kunnen regelen van de noodzakelijke PTZ thuis een groter risico loopt;
- Ook voor de prioritering tussen classificaties geldt dat een afwijking op basis van gezond verstand en professionele beoordeling gerechtvaardigd is. Dit is afhankelijk van individuele casuïstiek en van de mogelijkheden om bijvoorbeeld doorstroom te realiseren;

²⁷ Deze prioriteitsvolgorde voor het uitvoeringsproces wijkt af van de volgorde in de technische codering in iWlz.

- De classificaties bij de status Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg zijn beschreven vanuit het cliëntperspectief (wens). De behoefte en noodzaak tot zorg of opname staat daarin minder op de voorgrond;
- Binnen de status Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg kennen de classificaties geen prioriteitsvolgorde. Omdat de zorgvraag voor een bepaalde leveringsvorm minder dringend is, kan de wens van een cliënt binnen de classificaties meer op de voorgrond staan. Wensen lenen zich niet voor prioriteren omdat dit om persoonlijke voorkeuren gaat;
- Wil iemand bijvoorbeeld graag verblijfszorg maar zit er minder druk op het regelen hiervan omdat de zorg thuis nog een adequate oplossing biedt? En wil een cliënt graag wachten totdat hij samen met zijn partner ergens kan wonen of wil hij bij zijn al opgenomen partner gaan wonen? Dan kan dit via de status Wacht op voorkeur kenbaar worden gemaakt met de classificatie Partneropname. (zie voorbeeld bijlage G);
- Wisselt een wachtstatus, dan wijzigt normaal gesproken ook de classificatie. Alleen als de status wijzigt van Wacht op voorkeur naar Wacht uit voorzorg (of andersom) kan de classificatie gelijk blijven. Dat komt omdat de classificaties bij deze statussen gelijk zijn;
- Bij een gelijkblijvende status kan een classificatiewissel worden doorgegeven als een cliënt zijn wens(en) wijzigt of als de zorgaanbieder aangeeft dat dit nodig is. Dat kan bijvoorbeeld bij een cliënt met dringende opnamebehoefte (wachtstatus Actief plaatsen met classificatie Voorkeuraanbieder leidend) als er is binnen 6 maanden geen zicht is op plaatsing bij zijn voorkeuraanbieder. De classificatie Voorkeuraanbieder leidend kan dan worden gewijzigd naar Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar. Zie Bijlage G, voorbeeld 13.2;
- Of staat iemand bijvoorbeeld op de wachtlijst voor opname met de status Wacht op voorkeur en classificatie Geen aanvullende wens, én dreigt er thuis een crisissituatie te ontstaan door overbelasting van de mantelzorg? Blijkt opname op korte termijn onvermijdelijk, maar heeft de dossierhouder (DH) niet direct plaats en wil hij een crisisopname voorkomen gezien de impact daarvan op een cliëntsituatie? Dan wijzigt de DH de wachtstatus bij de leveringsvorm Verblijf naar Actief plaatsen met classificatie Dreigende-crisis thuis. Het zorgkantoor kan op basis van deze informatie zo snel mogelijk contact opnemen met de zorgaanbieder om de situatie af te stemmen en eventueel te helpen bij het vinden van een (tijdelijk) passende plaats voor de cliënt. Om de thuissituatie te de-escaleren kan de coördinator zorg thuis (CZT) tijdelijk extra overbruggingszorg aanvragen.

2.5.3 Verantwoord zorg thuis bij status Urgent plaatsen en Actief plaatsen

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

Nachtzorg en toezicht bij Urgent plaatsen

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

- Kan vanwege een zeer dringende zorgbehoefte en aanwezigheid van een gevaarscriterium, extra budget voor (overbruggings)zorg worden aangevraagd. Dit om verantwoorde zorg en veiligheid voor een thuiswonende cliënt en/of zijn directe omgeving te borgen;
- Het gaat daarbij specifiek om het inregelen van toezicht in de nacht en/of overdag naast de directe zorg die iemand al nodig heeft.

Dit kan dus niet aangevraagd worden voor cliëntsituaties waarbij sprake is van doorstroomproblematiek vanuit een instelling naar een andere instelling;

- Voor de volledigheid: door de hoeveelheid (directe) zorg die iemand nodig heeft kan er al sprake zijn van ondoelmatige (overbruggings)zorg thuis vóórdat een aanvraag voor toezicht wordt ingediend. Voor iemand kan dan bijvoorbeeld al gebruik worden gemaakt van de toeslag Extra kosten thuis (extra budget). Dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3;
- Kan bij de classificaties PTZ en Geen crisisbed beschikbaar (inclusief IBS/crisismaatregel GGZ) direct nachtzorg worden ingezet als dat noodzakelijk is. Deze vorm van toezicht kan voor maximaal 8 uur per nacht worden ingezet²⁸. Hiervoor is vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor. Uitgangspunt daarbij is wel dat de zorgaanbieder in het zorgplan motiveert waarom inzet van nachtzorg (slaapwacht of actief waken) noodzakelijk was zodat het zorgkantoor hierop achteraf kan toetsen;
- Kan bij de classificatie RM²⁹ alleen nachtzorg worden ingezet als hiervoor vooraf toestemming is gegeven door het zorgkantoor. De zorgaanbieder levert daarvoor bij de aanvraag zowel een Rekenmodule als een Adviesformulier aan. In het Adviesformulier wordt gemotiveerd waarom toezicht in de vorm van slaapwacht of actief waken nodig is;
- Is het in uitzonderlijke situaties mogelijk om maximaal 24/7 toezicht in te regelen. Dit kan kortdurend en alleen als het zorgkantoor hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. In deze situaties is er altijd sprake van een maatwerk beoordeling. De zorgaanbieder levert bij zijn aanvraag altijd een Rekenmodule en Adviesformulier met motivatie aan;
- De inzet van toezicht in de nacht en/of overdag wordt via een van de extramurale toeslagen voor ondoelmatige zorg thuis aangevraagd bij het zorgkantoor. Bijvoorbeeld voor iemand in zijn laatste levensfase (toeslag PTZ) of een ademhalingstoeslag. Daarmee is voor het zorgkantoor direct duidelijk over welke doelgroep het gaat en of er eventueel een Rekenmodule en/ of Adviesformulier volgt (zie paragraaf 3.3.7);
- Past alle directe zorg en toezicht die voor een cliënt thuis nodig is niet binnen een van de extramurale toeslagen, dan wordt de toeslag Extra overbruggingszorg gevuld in de aanvraag. Die toeslag is van toepassing als iemand wacht op een verblijfplaats en geldt daarmee ook voor de situatie dat er geen crisisbed beschikbaar is;
- Wordt de ondoelmatige (overbruggings)zorg voor maximaal 8 weken³⁰ toegewezen. Is na deze periode verlenging nodig dan wordt die altijd opnieuw aangevraagd bij het zorgkantoor. Gezien de urgentie van de situatie gaat dit alleen om uitzonderlijke situaties;
- In de situatie van PTZ kan de ondoelmatige (overbruggings)zorg voor maximaal 13 weken worden aangevraagd.

²⁸ Over de bekostiging van nachtzorg/ toezicht worden afspraken gemaakt met zorginkoop.

²⁹ Bij de overige classificaties (inclusief Wzd art. 28a) is sprake van doorstroomproblematiek vanuit een instelling.

³⁰ Om onnodig administratieve last in deze situaties te voorkomen is gekozen voor een langere toewijsprijsperiode dan de streefnorm. Uitgangspunt is dat voor iemand met deze wachtstatus sneller een passende oplossing is geregeld.

Nachtzorg en toezicht bij Actief plaatsen

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

- Kan door een dreigend gevaarscriterium bij de classificatie Dreigende crisis thuis extra (overbruggings)zorg worden aangevraagd in de vorm van toezicht. Dit om veiligheid en verantwoorde zorg thuis voor een cliënt en/of zijn omgeving te borgen;
- Deze vorm van extra zorg is bedoeld om de thuissituatie te ontlasten en/of te stabiliseren zodat langer thuis wonen mogelijk blijft en een (crisis)opname wordt voorkomen. Of;
- Deze vorm van extra zorg is bedoeld om een periode tot opname, thuis verantwoord te overbruggen zodat een crisisopname wordt voorkomen omdat die altijd ingrijpender is voor een cliënt en/of zijn mantelzorg;
- In principe gaat het hier om een aanvraag voor nachtzorg en/of toezicht overdag;
- Bij de status Actief plaatsen is het niet mogelijk om 24/7 toezicht aan te vragen. Dit is voorbehouden aan de status Urgent plaatsen;
- Inzet van toezicht overdag is in uitzonderlijke situaties toegestaan. Uit de ingediende motivatie bij het zorgkantoor moet blijken waarom er geen andere oplossing voorhanden is. Zoals bijvoorbeeld inzet of uitbreiding van dagbesteding of inzet van vrijwilligers;
- Het toezicht kan worden aangevraagd voor maximaal 24 uur per week voor een periode van maximaal 6 weken. Er is altijd vooraf toestemming van het zorgkantoor nodig. Voor het kunnen geven van toestemming bevat de aanvraag naast de Rekenmodule, een Adviesformulier met motivatie. Dat geldt ook voor het aanvragen van een eventuele verlenging (dit kan voor maximaal 6 weken);
- De extra zorg tijdens de wachtperiode voor opname wordt in principe via een van de extramurale toeslagen aangevraagd (zie vanaf paragraaf 3.3.6). Past geen van de extramurale toeslagen? Dan wordt in de aanvraag Bijzonder situatie Extra overbruggingszorg gevuld;
- Is het doel om het thuis wonen langer mogelijk te maken door tijdelijk de situatie thuis te ontlasten? En past de extra zorg niet binnen een van de toeslagen thuis? Dan wordt in de aanvraag Bijzondere situatie Overig, Overig gevuld;
- Is meer nachtzorg nodig en/of voor een langere periode omdat een cliëntsituatie bijvoorbeeld niet stabiliseert? Dan is de classificatie Dreigende crisis thuis mogelijk niet passend. De wachtstatus Actief plaatsen wordt daarom binnen 6 weken opnieuw beoordeeld door de zorgaanbieder en eventueel besproken met het zorgkantoor.

2.5.4 Toelichting tabellen wachtstatus met classificaties

In deze paragraaf wordt iedere wachtstatus beschreven (uitgewerkt) via 2 tabellen:

Tabel Beschrijving wachtstatus

- De eerste tabel start met de algemene definitie van de specifieke wachtstatus, aangevuld met een algemene beschrijving van de toetsingscriteria, de maximale streefnorm voor zorglevering en de budgetmogelijkheden voor zorg (thuis) tijdens de wachtperiode;
- In de regels daaronder wordt dit op dezelfde manier uitgewerkt voor de combinatie wachtstatus/ specifieke classificatie, waarbij er ook een streefnorm is bepaald voor de zorglevering bij deze specifieke combinatie;
- Door de streefnormen aan de combinatie wachtstatus/ classificatie te koppelen wordt een betere aansluiting gezocht bij cliëntsituaties en hun context.

De streefnormen wijken daarmee af van de landelijke Treeknormen die al geruime tijd als referentie worden gebruikt voor het tijdige leveren van passende zorg;

- Door de onderliggende problematiek zijn de streefnormen bij de wachtstatus Urgent plaatsen korter dan de Treeknormen. Vanuit cliëntperspectief zijn de streefnormen voor de wachtstatus Actief plaatsen, bij een aantal classificaties ruimer gesteld. Daarmee is er meer ruimte om een cliëntwens te volgen en een cliënt direct bij zijn/haar voorkeuraanbieder te plaatsen. Iemand hoeft minder snel een aanbod te accepteren dat niet aansluit bij zijn wens(en), waardoor bijvoorbeeld uitwijken naar de wachtstatus Wacht op voorkeur minder vaak voorkomt. We hopen hiermee vervuiling van de wachtlijstinformatie te voorkomen;
- Per tabel wordt via de 2^e kolom aangegeven of de classificaties een prioriteit kennen. Zo ja, dan staan de classificaties in de tabel al op de juiste volgorde geprioriteerd (dat geldt alleen voor de statussen Urgent plaatsen en Actief plaatsen);
- De volgende combinaties wachtstatus/classificatie kennen in het uitvoeringsproces twee processtromen: Urgent plaatsen/ Palliatief Terminale Zorg, Urgent plaatsen/ Rechterlijke Machtiging of Zorgmachtiging en Actief plaatsen/Voorkeuraanbieder leidend. De onderscheidende processtappen staan uitgewerkt in de tabellen voor Urgent plaatsen en Actief plaatsen.

Tabel Rollen wachtstatus

- Deze tabel beschrijft de taken en verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder(s) en het zorgkantoor die betrokken zijn bij een wachtende cliënt. Daarbij is specifieke aandacht voor wachtende cliënten die nog thuis wonen en geen enkele vorm van Wlz-zorg krijgen. De aanname is dat deze cliënten meer risico kunnen lopen op een onverantwoorde of onveilige thuissituatie. Zeker bij iemand met de status Urgent Plaatsen of Actief plaatsen;
- De tabel beschrijft daarnaast dat een combinatie van wachtstatus/classificatie van invloed kan zijn op het direct realiseren van de voorkeuren/wensen van een cliënt. Is er bij iemand bijvoorbeeld sprake van een dreigende crisis thuis? Kan de voorkeuraanbieder op korte termijn geen passende zorg leveren, maar is dit tijdelijk wel mogelijk door een andere aanbieder? Dan kan voor het behouden van deze status/classificatie een ander aanbod niet vaak geweigerd worden door een cliënt;
- Een cliënt kan meerdere voorkeuraanbieders hebben. In het iWlz-berichtenverkeer wordt één voorkeuraanbieder doorgegeven. Als de voorkeuraanbieder gewijzigd is en de soort zorgtoewijzing is Regulier (niet Overbrugging), dan kan deze aanbieder een bewust alternatief zijn voor de cliënt. Het zorgkantoor kan bij de cliënt (en de aanbieder) toetsen of dit een bewuste en gewenste keuze is.

Afstemming tussen zorgkantoren en zorgaanbieders

- Zorgkantoren en zorgaanbieders (in de rol van dossierhouder of coördinator zorg thuis) stemmen af over cliënten op de wachtlijst. Dit is een regulier proces. De inhoud van de afstemming verschilt per wachtstatus (zie paragraaf 2.5.5 tot en met 2.5.8);
- Voor deze samenwerking kunnen zorgkantoren meer uitgaan van maatwerkafspraken.

Per zorgaanbieder kan deze samenwerking dan anders ingevuld worden. De omvang van de wachtlijstproblematiek in een (sub)regio kan daarin een rol spelen, net zoals de ervaring met een zorgaanbieder over de invulling van het wachtlijstbeheer, ontvangen signalen uit het contact met cliënten (wel/niet tevreden over het contact met de zorgaanbieder), ontvangen signalen van onafhankelijke cliëntondersteuners en interne sturingsinformatie³¹. De regio voor het maken van de afspraken hierover ligt bij het zorgkantoor;

- Het zorgkantoor blijft altijd direct afstemming zoeken met een aanbieder over cliënten met de status Urgent plaatsen, waarbij de status/classificatie combinatie een korte streefnorm heeft (≤ 1 week). Denk aan iemand in een crisissituatie waarvoor geen crisisplaats beschikbaar is of iemand waarvoor het niet lukt om de noodzakelijke Palliatief terminale zorg goed in te regelen;
- Het zorgkantoor kan ervoor kiezen om cliëntgroepen te clusteren en in een keer door te spreken. Is er vertrouwen in de wijze waarop de aanbieder het wachtlijstbeheer uitvoert, dan kan hiervoor een periodiek afstemmingsoverleg worden gepland (face-to-face of online, bijvoorbeeld elke week of 1x per 2 weken). In dit overleg worden in ieder geval de urgent wachtende cliënten besproken (Urgent plaatsen en Actief plaatsen) waarvoor extra aandacht/ gezamenlijke inspanning nodig is, omdat de aanbieder voor die cliënten op korte termijn de noodzakelijke zorg niet geregeld krijgt;
- Als op basis van sturingsinformatie blijkt dat een aanbieder bepaalde cliëntgroepen vrijwel altijd binnen de streefnorm passende zorg kan bieden, kan het zorgkantoor afspreken om deze cliënten korter voor het verstrijken van de streefnorm door te nemen. Denk aan cliënten die moeten doorstromen vanuit andere instellingen. Deze aanbieder kan individuele cliënten uit deze groep altijd eerder inbrengen als daar reden voor is.

³¹ Bijvoorbeeld hoe vaak (urgent) wachtende cliënten binnen de streefnorm zorg krijgen en of dit direct bij een voorkeuraanbieder is.

2.5.5 Wachtstatus Urgent plaatsen: beschrijving en rollen

2.5.5.1 Beschrijving wachtstatus Urgent plaatsen

Classificaties Urgent plaatsen	Beschrijving Urgent plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Urgent plaatsen	Streefnorm Urgent plaatsen	Budgetmogelijkheden Zorg thuis Urgent plaatsen
Classificaties staan op volgorde van prioriteit.	Er is een directe noodzaak voor (intramuraal) doorplaatsen, opname vanuit de thuissituatie of uitbreiding van thuiszorg bij PTZ. In de situatie dat doorstroom of opname zeer dringend nodig is omdat de thuissituatie onverantwoord is/ blijft, heeft de beschikbaarheid van een plek voorrang op de wens/ voorkeur van een cliënt en/ of zijn directe omgeving.	Ophoging van thuiszorg of ambulante begeleiding biedt geen oplossing voor het gevaarscriterium. Of. De huidige opnamesituatie biedt door een gevaarscriterium geen verantwoorde oplossing voor een cliënt en/of de veiligheid voor (andere cliënten in) zijn directe omgeving. Of. Het (behandel)doel van de cliënt is gerealiseerd/ afgerond en doorstroom is noodzakelijk om een (behandel) plek voor iemand anders vrij te maken.	Maximale streefnorm: 6 weken De streefnorm wordt per classificatie verder ingevuld.	Ruime mogelijkheden voor inzet van extra (overbruggings)zorg, noodzakelijk nachtzorg/ toezicht en/ of begeleiding (zie 2.5.3). Voorwaarde: mantelzorg en/of vrijwilligerszorg kan niet (direct) worden ingezet of biedt geen passende oplossing.
1. Geen Crisisbed beschikbaar	• Er is sprake van een IBS/ Crisismaatregel GGZ óf van een crisissituatie bij de cliënt door een acuut gewijzigde situatie waardoor het gevaarscriterium op de voorgrond staat én • Het lukt de (regionale) crisisregisseur en/of crisiszorgaanbieder(s) niet om binnen de streefnorm een crisisbed te regelen.	Door een afgegeven IBS/ Crisismaatregel GGZ met Verblijf óf een acute crisissituatie is direct een (tijdelijke) intramurale opname noodzakelijk. De crisisregisseur of crisiszorgaanbieder heeft in de Wlz (V&V/ GZ) of Zvw (GGZ) geen crisisbed beschikbaar binnen de streefnorm.	IBS/ GGZ Crisismaatregel met Verblijf: 0-24 uur Overige crisis: V&V: 0-24 uur GZ: 0-48 uur GGZ: 0-72 uur	Zie algemene definitie wachtstatus (groene regel)
2. PTZ 2a. Instroom 2b. Doorstroom	2a. Instroom PTZ Er is sprake van een terminale levensfase bij de cliënt waardoor inzet van extra zorg thuis, opname in een hospicevoorziening of intramurale opname noodzakelijk is.	2a. Deze classificatie wordt gebruikt als de voorkeuraanbieder de noodzakelijke palliatief terminale zorg (PTZ) niet (volledig) kan inregelen binnen de streefnorm.	0-5 dagen	Zie algemene definitie.

	In deze situaties heeft de behandelend (huis)arts aangegeven dat de verwachte levensverwachting van de cliënt ≤ 3 maanden is. 2b. Doorstroom PTZ-voorziening. De terminale status van een cliënt is vervallen door verbetering van de gezondheidstoestand van de cliënt. Hierdoor verblijft de cliënt niet meer in een passende omgeving (bijvoorbeeld hospicevoorziening). Snelle doorstroming naar een andere Wlz-voorziening is gewenst vanwege de behoefte aan voorzieningen voor mensen in een terminale levensfase die niet thuis kunnen blijven wonen.	2b. Deze classificatie wordt ook gebruikt als: • de behandelend (huis)arts aangeeft dat de terminale status van een cliënt is vervallen. De verwachte levensverwachting van de cliënt is > 3 maanden. En • De cliënt vanwege zijn gezondheidssituatie niet kan terugkeren naar de thuissituatie, maar er nog geen passende verblijfszorg/ geclusterde woonvoorziening beschikbaar is (met 24/7 bereikbaarheid van zorg).	o-4 weken	N.v.t.
3. Wzd Art. 28a	Gedwongen opname voor een cliënt is noodzakelijk vanwege een Rechterlijke Machtiging (RM)/ WZD Art.28a die door de strafrechter is afgegeven. Cliënt verblijft veelal in een Penitenciaire Inrichting (PI) of een setting voor Forensische Zorg. Doorstroom naar een Wlz-plaats is de best passende oplossing.	Deze classificatie wordt gebruikt als voor de cliënt een Rechterlijke Machtiging (RM) is afgegeven door de strafrechter, maar het niet duidelijk is of er tijdig een passende zorgaanbieder gevonden kan worden met een geschikte (beveiligde) locatie.	o-5 werkdagen Na afgiftedatum zorgtoewijzing óf Na afstemming met het zorgkantoor (als er nog geen indicatiebesluit is afgegeven).	N.v.t. (Direct opname noodzakelijk)
4. Doorstroom Crisisbed	Cliënt verblijft op een crisisbed. Doorstroom naar een reguliere plaats is de best passende of enige oplossing voor de cliënt én noodzakelijk om plaats te maken voor een nieuwe crisisopname op het crisisbed.	Deze classificatie wordt gebruikt als de cliënt(situatie) is gestabiliseerd na een crisisopname en er een blijvende noodzaak is voor verblijfszorg, maar de cliënt niet (direct) kan doorstromen naar een reguliere plaats bij de voorkeuraanbieder.	V&V: o-4 weken (max. 2 wkn met max. 2 wkn verlenging) GZ: o-12 weken (max. 6 wkn met max. 6 wkn verlenging)	N.v.t.

		Deze classificatie kan ook worden gebruikt als een cliënt(situatie) is gestabiliseerd, de cliënt terug kan keren naar huis maar de zorg thuis nog niet goed is ingeregeld. GGZ: 0-2 weken In de Zvw is zeer beperkte ruimte voor verlenging van een crisisbed GGZ. Daarom is de streefnorm daar krappere dan in de Wlz (VV of GZ).		
5. RM/ ZM 5a. Afgegeven RM/ZM 5b. Ingediende aanvraag RM/ZM	5a. Een RM/ ZM kan worden afgegeven als er sprake is van een vorm van verplichte zorg. Bij deze classificatie is er noodzaak tot opname maar verzet de cliënt zich hiertegen, daarom is er een Rechterlijke Machtiging (V&V/GZ) of ZorgMachtiging (GGZ) afgegeven voor een gedwongen opname. De classificatie RM/ ZM geldt <u>niet</u> voor iemand met een Besluit tot opname en verblijf (Wzd art. 21 verklaring). Voor een cliënt met een Wzd art. 21 verklaring wordt een wachtstatus/ classificatie gekozen die op dat moment het beste bij de cliëntsituatie past. 5b. Aanvraag voor RM/ ZM is ingediend, verblijfszorg na afgifte RM/ ZM is niet tijdig te regelen door voorkeuraanbieder.	5a. Deze classificatie wordt alleen gebruikt als: • er een actuele RM/ ZM is afgegeven • verblijfszorg de interventie is van de RM/ ZM en • er géén zicht is op plaatsing binnen de ten uitvoeringleggingstermijn van de machtiging. Is tijdige plaatsing geborgd dan hoeft deze classificatie niet gebruikt te worden omdat er geen bemiddelingsvraag aan het zorgkantoor ligt. Er kan dan een andere wachtstatus/ classificatie worden gebruikt tijdens de wachtperiode tot opname (als de huidige wachtstatus/classificatie een voldoende urgentie heeft bijvoorbeeld Actief plaatsen/ Dreigende crisis thuis)). Let op: Een RM/ ZM is maximaal 4 weken geldig én kan na 4 weken niet verlengd worden als er geen opname heeft plaatsgevonden.	0-4 weken (Na afgiftedatum RM/ ZM) 0-6 weken (vanaf de datum dat de aanvraag is ingediend)	Zie algemene definitie

		Deze classificatie kan ook worden gebruikt als bij het indienen van de aanvraag de inschatting is dat er een RM/ZM wordt afgegeven én er voor het afgeven van een RM/ ZM (nog) geen zicht is op plaatsing binnen de ten uitvoeringleggingstermijn van de machtiging. Is tijdige plaatsing na afgifte RM/ZM geborgd, dan hoeft deze classificatie niet gebruikt te worden omdat er geen bemiddelingsvraag voor het zorgkantoor ligt. Er kan dan een andere wachtstatus/ classificatie worden gebruikt tijdens de wachtperiode tot opname (als de huidige wachtstatus/classificatie voldoende urgentie heeft bijvoorbeeld Actief plaatsen/ Dreigende crisis thuis).		
6. Doorstroom GRZ	Cliënt verblijft op een plaats voor Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) via de Zvw of Herstelgerichte behandeling via de Wlz maar is uitbehandeld. Op basis van zijn Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat de huidige behandelplaats zo spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een nieuwe cliënt.	Deze classificatie wordt gebruikt als er geen medische noodzaak meer is voor verblijf op een plaats voor Geriatrische revalidatiezorg of plaats voor Herstelgerichte behandeling. Er is een actuele Wlz-indicatie aanwezig en de cliënt kan (nog) niet direct doorstromen naar passende Wlz-zorg (zie 8 Doorstroom Ziekenhuis).	0-4 weken	N.v.t.
7. Doorstroom ELV	Cliënt verblijft op een plaats voor Eerstelijnsverblijf (ELV) maar de noodzaak hiervoor is niet meer aanwezig.	Deze classificatie wordt gebruikt als er geen (medische) noodzaak meer is voor verblijf op een ELV plaats. Er is een actuele Wlz-indicatie aanwezig.	0-4 weken	N.v.t.

	Op basis van een actuele Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat de ELV plaats zo spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een nieuwe cliënt.	De cliënt kan nog niet direct doorstromen naar passende Wlz-zorg (zie 8 Doorstroom Ziekenhuis)		
8. Doorstroom Ziekenhuis	Cliënt verblijft in het ziekenhuis maar er is geen medische specialistische behandeling meer nodig (er is sprake van verkeerde bed problematiek vanaf het moment dat de cliënt is uitbehandeld). Op basis van een actuele Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat het ziekenhuisbed zo spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een nieuwe cliënt.	Deze classificatie wordt gebruikt vanaf het moment dat een cliënt is uitbehandeld én er geen medische noodzaak meer is voor medisch specialistische behandeling in het ziekenhuis. Er is een actuele Wlz-indicatie aanwezig. De cliënt kan nog niet direct doorstromen naar passende Wlz-zorg omdat: •De cliënt voor de GRZ/ ELV/ ziekenhuisopname geen gebruik maakte van verblijfszorg en niet (direct) kan terugkeren naar de thuissituatie. Er is nog geen passende Wlz-zorg beschikbaar. Of •De zorgvraag van de cliënt is zo veranderd dat terugkeer naar de verblijfsinstelling of geclusterde woonvoorziening waar hij/zij voor de ziekenhuisopname woonde niet mogelijk is. Of •In de thuissituatie van de cliënt moet nog adequate en/of specifieke zorg thuis ingeregeld worden.	0-4 weken	N.v.t.
9. Doorstroom Klinische GGZ	Cliënt verblijft in een klinische GGZ-behandelinstelling maar er is geen medische noodzaak meer voor verblijf in een GGZ-behandelinstelling/kliniek (verkeerde bed problematiek vanuit Zvw of Wlz).	Deze classificatie wordt gebruikt als er geen medische noodzaak meer is voor behandeling in de GGZ-behandelinstelling/kliniek. Er is een actuele indicatie aanwezig voor (andere) Wlz-zorg.	0-4 weken	N.v.t.

Op basis van een actuele Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat de klinische GGZ-behandelplaats zo spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een nieuwe cliënt.

Het gaat in deze situaties niet om mensen die in een GGZ-behandelkliniek verblijven en doorstromen van Zvw- naar Wlz-gefinancierde zorg in dezelfde behandelkliniek (na 3 jaar financiering Zvw).

Doorstroom van Zvw naar Wlz-gefinancierde zorg in een GGZ-behandelinstelling gebeurt in deze situaties op basis van een CIZ-indicatie voor een GGZB-zorgprofiel.

De cliënt kan nog niet direct doorstromen naar passende Wlz-zorg omdat:

- De cliënt voor de klinische opname geen gebruik maakte van verblijfszorg en niet (direct) kan terugkeren naar de thuissituatie. Er is nog geen passende Wlz-zorg/begeleiding beschikbaar. Of
- De zorgvraag van de cliënt zo is veranderd dat terugkeer naar de verblijfsinstelling of geclusterde woonvoorziening waar hij/zij voor de klinische opname woonde niet mogelijk is.

Op die locatie kan geen passende zorg of begeleiding geboden worden en/of is de veiligheid voor de cliënt niet geborgd.

- De zorgvraag van de cliënt zo is veranderd dat terugkeer naar de verblijfsinstelling of geclusterde woonvoorziening waar hij/zij voor de klinische opname woonde niet mogelijk is omdat de veiligheid van andere bewoners niet is geborgd. Er is nog geen alternatieve woonvoorziening beschikbaar.

Tabel 1 Beschrijving wachtstatus Urgent plaatsen

2.5.5.2 Rollen wachtstatus Urgent plaatsen

Classificaties Urgent plaatsen	Rol Zorgkantoor Urgent plaatsen	Rol Zorgaanbieder Urgent plaatsen	Verwachtingen cliënt Urgent plaatsen
Classificaties staan op volgorde van prioriteit.	Het zorgkantoor heeft een proactieve rol en biedt (on)gevraagd ondersteuning na het binnenkomen van een melding of wachtstatus (mutatiebericht). Het zorgkantoor neemt geen taken van de zorgaanbieder over als dat geen toegevoegde waarde heeft. Alternatieve mogelijkheden en vervolgstappen worden tijdig met betrokken partijen besproken en hangt af van de classificatie. Het zorgkantoor bewaakt dat binnen de streefnorm een adequate oplossing wordt geregeld voor de cliënt. Door de urgentie van de zorgbehoefte is daarbij geen verschil tussen cliënten met of zonder overbruggingszorg. Voor alle situaties geldt verder dat het zorgkantoor met de voorkeuraanbieder afspraken maakt over monitoring en opvolging van de cliëntsituatie. Dit kan per cliënt(groep) anders worden ingevuld.	De (voorkeur)aanbieder zorgt zo snel mogelijk voor een tijdige melding van de wachtstatus Urgent Plaatsen met juiste classificatie als er al een zorgtoewijzing aanwezig is voor de cliënt. Of doet dit zo snel mogelijk na ontvangst van een zorgtoewijzing (als er nog geen actueel indicatiebesluit aanwezig is). De (voorkeur)aanbieder neemt het initiatief en vraagt actief om ondersteuning door het zorgkantoor als dat nodig is, dat kan ook voordat een zorgtoewijzing is ontvangen. Er wordt een duidelijk rolverdeling afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Voor alle situaties geldt dat de voorkeuraanbieder met het zorgkantoor afspraken maakt over monitoring en opvolging van een cliëntsituatie. Dit kan per cliënt(groep) anders worden ingevuld.	De cliënt heeft een urgente zorgvraag daarom mag de cliënt verwachten dat hij/ zij zo snel mogelijk worden opgenomen of doorgeplaatst (naar een passende omgeving). Partijen spannen zich in om een cliënt direct bij zijn voorkeuraanbieder te plaatsen. De cliënt houdt er rekening mee dat dit niet haalbaar is, omdat de huidige situatie niet verantwoord is. In overleg met de cliënt wordt dan (tijdelijk) een andere aanbieder geregeld die een plaats beschikbaar heeft. De cliënt blijft gelijktijdig bij zijn voorkeuraanbieder op de wachtlijst staan en wordt zo snel mogelijk overgeplaatst als dat nog de wens van de cliënt en/of naasten is.
1. Geen Crisisbed beschikbaar	• V&V/ GZ Binnen 2 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact opgenomen met de regionale crisisregisseur, crisiszorgaanbieder of voorkeuraanbieder, als die zelf nog geen initiatief hebben genomen tot contact. • GGZ Voor de GGZ loopt de crisisbeoordeling via de Zvw. (Het resultaat van deze beoordeling kan zijn dat iemand tijdelijke gebruik maakt/ verblijft op een Zvw-crisisplaats.) • Het zorgkantoor kan om aanvullende informatie vragen als er extra overbruggingszorg en/of nachtzorg/ toezicht wordt geleverd omdat er nog geen crisisplaats beschikbaar is.	• Beschikt een cliënt nog niet over een indicatie, dan wordt die zo snel mogelijk aangevraagd bij het CIZ als de inschatting is dat iemand recht heeft op Wlz-zorg. • Binnen 2 werkdagen na het ontstaan van de crisissituatie wordt op een aanwezige zorgtoewijzing een mutatiebericht (of MAZ) verstuurd naar het zorgkantoor om de status door te geven. • Binnen 2 werkdagen na het ontstaan van een crisissituatie met een (verwacht) Wlz-recht wordt contact gezocht met het zorgkantoor als er in de regio geen crisisplaats beschikbaar is.	Zie algemene definitie Rollen (groene regel).

		• Verdere frequentie van afstemming tussen de (crisis)zorgaanbieder of crisisregisseur en het zorgkantoor is afhankelijk van de cliëntsituatie. • Is er een actuele zorgtoewijzing aanwezig en kan de cliënt niet direct geplaatst worden? VV/ GGZ: Dan regelt de dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT) zo spoedig mogelijk de noodzakelijke overbruggingszorg tot crisisopname. GZ: Dan regelt de DH/ CZT, in afstemming met de crisisregisseur, zo spoedig mogelijk de noodzakelijke overbruggingszorg tot crisisopname.	
2. PTZ	2a. Instroom PTZ	2a. Instroom PTZ	2a. Instroom PTZ
2a. Instroom	• Binnen 2 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact opgenomen met de (voorkeurs)aanbieder om af te stemmen wat de situatie van de cliënt is (instroom of doorstroom). Dat gebeurt alleen als daarvoor nog geen onderlinge afstemming is geweest. • De situatie wordt doorgenomen en er wordt besproken welke mogelijkheden er zijn om de Palliatief terminale zorg goed in te regelen. • Het zorgkantoor bewaakt actief dat de benodigde PTZ snel wordt ingeregeld. • Het zorgkantoor kan om extra informatie vragen als er extra (overbruggings)zorg, nachtzorg en/of toezicht wordt geleverd.	• De zorgaanbieder schat bij een PTZ-aanvraag in of verantwoorde PTZ (thuis) binnen de streefnorm kan worden ingezet. Dit gebeurt binnen 2 werkdagen na het ontstaan van een PTZ-vraag. • Kan de noodzakelijke PTZ binnen de streefnorm worden ingezet, dan wordt binnen 5 werkdagen een Melding aanvang zorg aangeleverd (leveringsstatus In zorg). Het is in deze situatie niet nodig om voor deze cliënt eerst een wachtstatus/classificatie PTZ aan te leveren. Dit voorkomt dat het zorgkantoor onnodig contact zoekt met de zorgaanbieder. • Kan de zorgaanbieder de noodzakelijke PTZ niet binnen de streefnorm regelen? Dan neemt de aanbieder binnen 2 werkdagen na het ontstaan van de PTZ-vraag contact op met het zorgkantoor om samen een adequate oplossing voor de cliënt te regelen. Daarnaast stuurt de aanbieder binnen 2 werkdagen (na ontvangst van de zorgtoewijzing) een mutatiebericht naar het zorgkantoor om de wachtstatus/classificatie door te geven.	Heeft een cliënt palliatief terminale zorg (PTZ) nodig, dan is het belangrijk dat de zorg zo snel mogelijk wordt afgestemd op zijn situatie. Dat kan zijn in de thuissituatie, in een hospice-voorziening of intramuraal. Kan iemand niet meer thuis blijven wonen, dan wordt er alles aan gedaan om de cliënt bij (een van) zijn voorkeuraanbieder(s) te plaatsen. Lukt dit niet dan wordt samen met de cliënt gekeken naar een andere beschikbare zorgaanbieder.
2b. Doorstroom			

	2b. Doorstroom PTZ • Binnen 2 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact opgenomen met de (voorkeur)aanbieder om af te stemmen wat de situatie van de cliënt is (instroom of doorstroom). Dat gebeurt alleen als daarvoor nog geen onderlinge afstemming is geweest. • Het zorgkantoor helpt de voorkeuraanbieder met zoeken naar een (tijdelijke) plaats als deze aanbieder inschat dat er binnen 4 weken geen passende plaats beschikbaar is in de organisatie (én dit ook niet lukt bij een andere aanbieder in de (sub)regio). • Het zorgkantoor registreert in het eigen systeem bij de cliënt dat de wachtstatus/classificatie betrekking heeft op doorstroom naar reguliere Wlz-zorg.	2b. Doorstroom PTZ • Als is vastgesteld dat de terminale status van een cliënt vervalt én er een passende Wlz-indicatie aanwezig is of de aanvraag hiervoor loopt, dan zoekt de huidige PTZ-aanbieder (alvast) samen met de cliënt een geschikte voorkeuraanbieder. Deze voorkeuraanbieder schat in of binnen de streefnorm doorstroom naar een reguliere Wlz-plaats mogelijk is voor de cliënt. • Heeft de voorkeuraanbieder binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing een plaats beschikbaar en wordt de cliënt in zorg genomen? Dan is het niet nodig om voor deze periode eerst een wachtstatus/classificatie PTZ aan te leveren. Dit voorkomt dat het zorgkantoor onnodig contact zoekt met de zorgaanbieder. • Weet de voorkeuraanbieder dat het niet lukt om binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing een reguliere oplossing te regelen? Dan levert deze aanbieder binnen 2 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing een Mutatiebericht aan met de status Urgent plaatsen/ PTZ. Daarnaast wordt afstemming gezocht met het zorgkantoor om de situatie door te spreken. (Dat kan eventueel ook in een wekelijks overleg.)	2b. Doorstroom PTZ Een cliënt mag verwachten dat er zo snel mogelijk een reguliere Wlz-plaats wordt geregeld die past bij zijn/haar gewijzigde situatie en zorgvraag. Het kan zijn dat plaatsing bij de voorkeuraanbieder niet direct mogelijk is, dit gebeurt dan zo snel mogelijk daarna.
3. WZD Art. 28a	• Binnen 10 werkdagen na ontvangst van de strafrechterlijke machtiging (via de rechtbank/OM) heeft het zorgkantoor een passende zorgaanbieder geselecteerd. Het zorgkantoor zoekt afstemming met deze zorgaanbieder en draagt de cliënt over. Is er een indicatiebesluit aanwezig dan maakt het zorgkantoor een zorgtoewijzing aan.	• De zorgaanbieder is volgens de WZD verplicht om een toegewezen cliënt met een strafrechterlijke machtiging Wzd art. 28a binnen 7 dagen op te nemen.	Beschikt een cliënt over een RM/ WZD art. 28a, dan wordt gezocht naar een aanbieder die een geschikte plek heeft en die voldoet aan het noodzakelijke beveiligingsniveau. De cliënt wordt daar zo snel mogelijk opgenomen.

	• Is bij het zorgkantoor geen indicatiebesluit bekend voor een cliënt bij melding/ontvangst van de RM via de rechtbank/OM, dan neemt het zorgkantoor contact op met het CIZ. Daarnaast start het zorgkantoor alvast met het zoeken naar een passende zorgaanbieder voor een cliënt. • Het zorgkantoor zoekt contact met de IGJ als het de aanbieder niet lukt om een cliënt binnen de afgesproken termijn te plaatsen.	• Binnen 2 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing wordt een mutatiebericht (of MAZ) verstuurd naar het zorgkantoor om de status door te geven. (Is er nog geen zorgtoewijzing aanwezig dan gebeurt dit binnen 2 werkdagen of na ontvangst van de zorgtoewijzing). • Lukt het niet om de cliënt binnen 7 dagen een passende plaats te bieden, dan neemt de zorgaanbieder zo snel mogelijk contact op met het zorgkantoor omdat de strafrechterlijke machtiging maximaal 4 weken geldig is.	Het zorgkantoor wijst deze aanbieder zo nodig aan. Deze plekken zijn schaars daarom heeft deze beschrijving geen cliëntverwachting in zich.
4. Doorstroom Crisisbed	• VV: Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact opgenomen met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen contact heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is. • GZ: Binnen 20 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact opgenomen met de crisisregisseur en/of crisiszorgaanbieder als er tot die tijd nog geen contact heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is. • GGZ: Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status wordt, als de status ongewijzigd is, contact opgenomen met de voorkeuraanbieder om de doorstroom vanuit een Zvw-crisisbed zo snel mogelijk te regelen.	• Binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing wordt een mutatiebericht of MAZ verstuurd naar het zorgkantoor om de status door te geven. (Is er nog geen zorgtoewijzing aanwezig dan gebeurt dit binnen 2 werkdagen of na ontvangst van de zorgtoewijzing). • De dossierhouder (DH) of Coördinator zorg thuis (CZT) blijft tijdens de crisisopname verantwoordelijk voor het regelen van tijdige doorplaatsing naar een passende plaats of zorg thuis. • Is de verwachting dat het niet lukt om een cliënt binnen de streefnorm te laten doorstromen? Dan zoekt de DH of crisisregisseur contact met het zorgkantoor.	Zie algemene definitie Rollen
5. RM/ZM 5a. Afgegeven RM/ZM 5b. Ingediende aanvraag RM/ZM	5a. Afgegeven RM/ZM • Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact opgenomen met de (voorkeur)aanbieder om af te stemmen wat de situatie van de cliënt is (ingediende of afgegeven RM/ZM). Dat gebeurt alleen als daarvoor nog geen onderlinge afstemming is geweest.	5a. Afgegeven RM Omdat de optie voor verlenging van een RM/ZM ontbreekt (opnieuw aanvragen RM/ZM): • Zoekt de voorkeuraanbieder binnen 5 werkdagen na afgiftedatum van een RM/ ZM (uiterlijk 3 weken voor het verstrijken van de RM/ ZM) contact met het zorgkantoor als tijdige plaatsing niet gaat lukken. Zo is er nog enige uitlooptijd om een passende oplossing te realiseren.	De situatie van de cliënt is urgent. Het is noodzakelijk dat de cliënt vóór de vervaldatum van de RM (binnen 4 weken na afgifte van de RM) opgenomen is of doorgeplaatst is.

	• Het zorgkantoor kan om extra informatie vragen als er (ondoelmatige) overbruggingszorg en/of toezicht wordt geleverd. • Het zorgkantoor registreert in het eigen systeem bij de cliënt dat de wachtstatus/classificatie betrekking heeft op ingediende of afgegeven RM/ZM. 5b. Ingediende aanvraag RM/ZM • Zie 5a	Het zorgkantoor ontvangt géén informatie over de aanwezigheid van een RM/ ZM als dat niet direct bij de indicatiestelling bekend is en kan daardoor niet tijdig anticiperen. 5b. Ingediende aanvraag RM Omdat de optie voor verlenging van een RM/ZM ontbreekt (opnieuw aanvragen RM/ZM): • Neemt de voorkeuraanbieder uiterlijk 3 weken vóór het verstrijken van de RM/ ZM contact op met het zorgkantoor, als al duidelijk is dat tijdige plaatsing (na afgifte RM/ZM) niet gaat lukken. Zo is er nog enige uitlooptijd om een passende oplossing te realiseren.	Partijen spannen zich in om de cliënt binnen deze termijn te plaatsen bij (een van) zijn voorkeuraanbieder(s), maar zekerheid van plaatsing op een geschikte plek gaat voor.
6. Doorstroom GRZ	• Afhankelijk van de ervaring met de zorgaanbieder wordt binnen 10 werkdagen óf uiterlijk 1 week voor het verstrijken van de streefnorm contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.	• Binnen 2 werkdagen na melding of zorgtoewijzing neemt de voorkeuraanbieder contact op met een contactpersoon van de GRZ - afdeling van deze zorgaanbieder om over de cliëntsituatie en mogelijkheden voor zorglevering af te stemmen. • De contactpersoon van de GRZ-afdeling kan ook direct schakelen met het zorgkantoor voor ondersteuning. • Neemt de voorkeuraanbieder tijdig contact op met het zorgkantoor als plaatsing binnen de streefnorm niet gaat lukken.	Zie algemene definitie Rollen
7. Doorstroom ELV	• Afhankelijk van de ervaring met de zorgaanbieder wordt binnen 10 werkdagen óf uiterlijk 1 week voor het verstrijken van de streefnorm contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.	• Binnen 2 werkdagen na melding of zorgtoewijzing neemt de voorkeuraanbieder contact op met een contactpersoon van de ELV-afdeling van deze zorgaanbieder om over de cliëntsituatie en mogelijkheden voor zorglevering af te stemmen. • De contactpersoon van de ELV-afdeling kan ook direct schakelen met het zorgkantoor voor ondersteuning.	Zie algemene definitie Rollen

		• Neemt de voorkeuraanbieder tijdig contact op met het zorgkantoor als plaatsing binnen de streefnorm niet gaat lukken.	
8. Doorstroom Ziekenhuis	• Afhankelijk van de ervaring met de zorgaanbieder wordt binnen 10 werkdagen óf uiterlijk 1 week voor het verstrijken van de streefnorm contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.	• Binnen 2 werkdagen na melding of zorgtoewijzing neemt de voorkeuraanbieder contact op met de transferverpleegkundige van het ziekenhuis. • De transfer-afdeling kan ook direct schakelen met het zorgkantoor voor ondersteuning. • Neemt de voorkeuraanbieder tijdig contact op met het zorgkantoor als plaatsing binnen de streefnorm niet gaat lukken.	Zie algemene definitie Rollen
9. Doorstroom Klinische GGZ	• Afhankelijk van de ervaring met de zorgaanbieder wordt binnen 10 werkdagen óf uiterlijk 1 week voor het verstrijken van de streefnorm contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.	• Binnen 2 werkdagen na melding of ontvangst van de zorgtoewijzing neemt de voorkeuraanbieder contact op met de coördinerend begeleider van de GGZ-behandelkliniek. • De coördinerend begeleider van de GGZ-behandelkliniek kan eventueel ook direct schakelen met het zorgkantoor voor ondersteuning. • Neemt de voorkeuraanbieder tijdig contact op met het zorgkantoor als plaatsing binnen de streefnorm niet gaat lukken.	Vanwege het belang van een passende omgeving voor de cliënt (herstel) en de problematiek/ beïnvloeding van andere cliënten in een GGZ-Behandelkliniek, ontvangt een cliënt zo snel mogelijk passende Wlz-zorg. Zie verder algemene definitie rollen.

Tabel 2 Rollen wachtstatus Urgent plaatsen

2.5.6 Wachstatus Actief plaatsen: beschrijving en rollen

2.5.6.1 Beschrijving wachstatus Actief plaatsen

Classificatie Actief plaatsen	Beschrijving Actief plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Actief plaatsen	Streefnorm Actief plaatsen	Budgetmogelijkheden Zorg thuis Actief plaatsen
Classificaties staan op volgorde van prioriteit.	Er is een noodzaak tot opname, VPT of DTV maar dit kan nog tijdelijk worden uitgesteld zodat meer rekening kan worden gehouden met de voorkeur(en) van de cliënt en/of naasten. Bijvoorbeeld door inzet van extra (ondoelmatige) overbruggingszorg. Of Door tijdelijk inzet van extra (ondoelmatige) zorg thuis kan opname worden voorkomen en blijft langer thuis wonen mogelijk. Door de urgentie van een cliëntsituatie, de ontwikkeling(en) in een cliëntsituatie of het verlopen van de streefnorm, kan er minder rekening worden gehouden met de voorkeur van de cliënt en/of zijn naasten.	• Tijdelijke inzet van extra (overbruggings)zorg voorkomt een onveilige, onverantwoorde situatie voor de cliënt en/of zijn directe omgeving. - En/of • Door een langere streefnorm te hanteren (maximaal 6 maanden) dan de huidige Treeknorm (maximaal 13 weken), is het mogelijk dat het aanbod beter past bij de voorkeur(en) van een cliënt en/of naasten. Hierdoor worden onnodige verhuisbewegingen voorkomen en blijft de impact voor cliënt en naasten beperkt (bijvoorbeeld door bereisbare afstand). Voorwaarde voor deze ruimere streefnorm is wel dat de zorg tijdens de wachtperiode verantwoord kan worden geleverd.	Maximale streefnorm: 6 maanden. Per classificatie is de streefnorm verder uitgewerkt.	Ruimere mogelijkheden voor inzet van extra (overbruggings)zorg, nachtzorg/ toezicht en/of begeleiding. De mogelijkheden voor extra budget zijn afhankelijk van de classificatie.
1. Dreigende crisis thuis	De dreigende crisis (thuis) onderscheidt zich van de acute crisis door een geleidelijke wijziging of achteruitgang in de cliëntsituatie (of zijn omstandigheden/ context).	• Er is sprake van een (toenemend) risico op het gevaarscriterium, daarom is er meer noodzaak aan toezicht. Verder kan er sprake zijn van een toenemende overbelasting van de mantelzorg in de thuissituatie. De overbelaste thuissituatie is op termijn niet te compenseren.	V&V: 0-6 weken GZ: 0-13 weken GGZ: 0-6 weken	Ruimere mogelijkheden voor inzet van noodzakelijke (overbruggings)zorg thuis, inclusief toezicht. Dit op voorwaarde dat mantelzorg en/of vrijwilligerszorg niet (direct) kan worden ingezet of geen passende oplossing biedt.

	• De zorg thuis is voor langere duur niet verantwoord en doelmatig in te regelen, daarom is er noodzaak voor een vorm van verblijfszorg. De cliëntsituatie is thuis tijdelijk wel verantwoord te organiseren door inzet van extra (ondoelmatige) overbruggingszorg en/of mantelzorg en/of vrijwilligerszorg. Of. • Er is tijdelijk extra zorg thuis nodig om een dreigende crisis af te wenden en de thuissituatie te stabiliseren zodat bijvoorbeeld opname wordt voorkomen.	Door op korte termijn een opname te realiseren (binnen 6 weken VV/GGZ of 13 weken GZ) kan een crisissituatie worden voorkomen. Of. • Door tijdelijk inzet van extra zorg zoals nachtzorg en/ of toezicht kan de thuissituatie gestabiliseerd worden, wordt de mantelzorg afdoende ontlast en kan bijvoorbeeld een opname worden voorkomen. Of • Er is sprake van een indicatie voor een SGLVG of LVG-zorgprofiel. Voor deze cliëntsituaties geldt dat het noodzakelijk behandeltraject op korte termijn (binnen 6 tot 13 weken) moet worden opgestart in een behandelinstelling.		
2. Niet passende zorg(aanbieder)	• De zorgaanbieder die nu (verblijfs)zorg levert aan de cliënt, kan geen passende zorg meer leveren door een gewijzigde cliëntsituatie. En/ of • Door de (gewijzigde) cliëntsituatie kan de veiligheid/ het gevoel van veiligheid voor andere bewoners niet goed geborgd worden. Er is geen sprake van een acute dreiging voor de cliënt en/ of zijn omgeving. Om kwaliteit van zorg en/ of de veiligheid van andere bewoners te borgen, is overplaatsing noodzakelijk. In deze cliëntsituaties kan er geen sprake zijn van een eenzijdige zorgbeëindiging.	• Door een gewijzigde cliëntsituatie is de huidige zorgaanbieder niet meer in staat om passende (verblijfs)zorg te leveren. De aanbieder kan laten zien/ motiveren dat de situatie via extra scholing, aanpassing leefomgeving of tijdelijke extra ondersteuning via experts bijvoorbeeld inzet van CCE niet is op te lossen. • Deze status/ classificatie is ook van toepassing voor iemand die in een ADL-cluster verblijft waarbij is vastgesteld dat er, gezien de zorgvraag, een Wlz-recht ligt. De subsidieregeling ADL beschrijft dat iemand dan nog een redelijke termijn in een ADL-voorziening kan blijven wonen en gebruik kan maken van de ADL-assistentie.	VV: 0-6 weken GZ: 0-13 weken GGZ: 0-6 weken	N.v.t.
3. Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar	De cliënt heeft, gezien zijn situatie, geen bezwaar tegen tijdelijke opname/ zorg van een andere (voorkeur)aanbieder.	Door de noodzaak tot opname binnen 6 maanden, is de cliënt bereid (tijdelijk) een plaats bij een andere zorgaanbieder te accepteren. Dat geldt eventueel ook voor tijdelijke inzet van zorg thuis door een andere zorgaanbieder.	0-6 maanden	Ruimere mogelijkheden voor inzet van noodzakelijke zorg thuis (alleen via directe zorg, inzet van toezicht is niet mogelijk).

		In de situatie dat een cliënt tijdelijk een plaats heeft geaccepteerd bij een andere aanbieder om de wachtperiode te overbruggen, krijgt hij bij zijn voorkeuraanbieder (voorkeurlocatie) opnieuw de wachtstatus Actief plaatsen met de classificatie Voorkeuraanbieder leidend. De wachtstatus mag niet omgezet worden naar Wacht op voorkeur omdat de tijdelijke oplossing noodgedwongen is geaccepteerd. Bij gelijke cliënten met deze status, krijgen deze cliënten voorrang bij plaatsing.		
4. Voorkeur-aanbieder/ cliëntwens leidend	4a. Cliënt woont nog thuis • De cliënt wil, ondanks de urgentie van zijn/haar zorgvraag (opnamebehoefte), binnen de streefnorm zo lang mogelijk wachten op zijn voorkeuraanbieder. Of	4a. Cliënt woont nog thuis • Ondanks de noodzaak tot opname binnen 6 maanden houdt de cliënt zo lang mogelijk vast aan zijn voorkeuraanbieder (voorkeurlocatie). Overbruggingszorg thuis is (on)doelmatig maar verantwoord te organiseren. Eventueel door tijdelijk inzet van extra, directe zorg. Of.	o-6 maanden	Ruimere mogelijkheden voor inzet van noodzakelijke zorg thuis (alleen directe zorg, inzet van toezicht is niet mogelijk).
	4b. Tijdelijk andere aanbieder • Een cliënt heeft door zijn/haar Urgente zorgvraag noodgedwongen een ander aanbod geaccepteerd. Met de cliënt is afgesproken dat dit een tijdelijke situatie is, om de wachtperiode bij zijn/haar voorkeuraanbieder te overbruggen. Voor doorstroom naar de voorkeuraanbieder wordt de cliënt opnieuw op de wachtlijst geplaatst met de status Actief plaatsen/ Voorkeuraanbieder leidend. (Tenzij de cliënt zijn zorg alsnog van deze tijdelijke aanbieder wil houden).	4b. Tijdelijk andere aanbieder • Cliënt verblijft noodgedwongen bij een andere aanbieder (niet zijn/haar voorkeur) en wordt zo snel mogelijk doorgeplaatst naar zijn/haar voorkeuraanbieder. De cliënt had hiervoor de status Urgent plaatsen (met passende classificatie) of Actief plaatsen met classificatie Dreigende crisis thuis of Niet passende zorg(aanbieder). • Cliënt wordt niet meer benaderd om tijdelijk een ander aanbod te accepteren. Wel wordt getoetst of de cliëntwens voor zijn voorkeuraanbieder ongewijzigd is/blijft.	o-6 maanden	N.v.t.

Tabel 3 Beschrijving wachtstatus Actief plaatsen

2.5.6.2 Rollen wachtstatus Actief plaatsen

Classificatie Actief plaatsen	Rol Zorgkantoor Actief plaatsen	Rol Zorgaanbieder Actief plaatsen	Verwachtingen cliënt Actief plaatsen
Prioriteit in classificaties. Classificaties staan op volgorde van prioriteit.	Het zorgkantoor heeft een proactieve rol en biedt (on)gevraagd ondersteuning na ontvangst van een van deze status/classificaties (op een actuele zorgtoewijzing). Het zorgkantoor bewaakt dat er binnen de streefnorm een adequate oplossing wordt geregeld. Alternatieve mogelijkheden en eventuele vervolgstappen worden tijdig met betrokken partijen en de cliënt besproken. Het zorgkantoor neemt geen taken van de zorgaanbieder over als dat geen toegevoegde waarde heeft. De rol van het zorgkantoor kan anders ingevuld worden bij cliëntsituaties zonder zorg en cliëntsituaties met enige vorm van zorg. Als er (ondoelmatige) overbruggingszorg wordt geleverd en/of toezicht kan het zorgkantoor om extra informatie vragen. Voor alle situaties geldt verder dat het zorgkantoor met de voorkeuraanbieder afspraken maakt over monitoring en opvolging van de cliëntsituatie. Dit kan per cliënt(groep) anders worden ingevuld.	De voorkeuraanbieder levert binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing een mutatiebericht aan bij het zorgkantoor om de status met classificatie door te geven. Bij een nieuwe cliënt (1e zorgtoewijzing) heeft een DH/CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen de tijd omdat eerst met de cliënt besproken moet worden wat zijn situaties is en zijn zorgbehoefte/wens(en). De classificatie bij de wachtstatus wordt daarop afgestemd. De voorkeuraanbieder neemt het initiatief en vraagt actief om ondersteuning door het zorgkantoor als dat nodig is, dat kan ook voordat een zorgtoewijzing is ontvangen. Er wordt een duidelijk rolverdeling afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Voor alle situaties geldt verder dat de zorgaanbieder met het zorgkantoor afspraken maakt over monitoring en opvolging van de cliëntsituatie. Dit kan per cliënt(groep) anders worden ingevuld.	De cliënt mag verwachten dat er zo lang mogelijk rekening wordt gehouden met zijn/haar wensen en/ of de wensen van de naasten. Naarmate de noodzaak tot een adequate oplossing voor de cliëntsituatie toeneemt en/ of de streefnorm verstrijkt, bestaat de kans dat de cliënt niet direct bij de voorkeuraanbieder terecht kan en (tijdelijk) een zorgaanbod van een andere zorgaanbieder moet accepteren. Als de cliënt dat wil blijft hij/ zij op de wachtlijst staan van zijn voorkeuraanbieder voor een zo spoedig mogelijke overplaatsing. De cliënt heeft de mogelijkheid om een aanbod van de voorkeuraanbieder om zwaarwegende redenen te weigeren, ook als het aanbod in overeenstemming met zijn/ haar wens is. Weigering om andere redenen is maar zeer beperkt mogelijk en niet gewenst als er sprake is van inzet van ondoelmatige overbruggingszorg en/of er binnen 6 maanden geen nieuw aanbod verwacht wordt van de voorkeuraanbieder. In de laatste situatie kan in overleg met de cliënt de status en/of inzet van ondoelmatige overbruggingszorg worden aangepast.

1. Dreigende crisis (thuis)	• Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaatsgevonden.	• Is langdurig thuis wonen een passende, verantwoorde oplossing voor de cliëntsituatie? Dan doet de dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT) er alles aan om tijdig preventief in te grijpen óf om de thuissituatie te stabiliseren/ de-escaleren als dat nodig is. Dat kan door (tijdelijke) inzet van extra zorg, ondersteuning of toezicht thuis. Of eventueel door een expertise team in te schakelen (bijvoorbeeld een COT of FACT, na overleg met crisisregisseur). • De CZT vraagt tijdig een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan bij het zorgkantoor voor de extra zorg, ondersteuning of toezicht. Zo nodig schakelt de CZT hiervoor een andere aanbieder in. Als dat niet lukt wordt het zorgkantoor ingeschakeld om te helpen bij het zoeken naar een passende oplossing. Ligt de oplossing in de thuissituatie en levert de CZT zelf al zorg? Dan blijft de status Inzorg. Of • Is langdurig thuis wonen geen optie meer? Dan stemt de CZT hierover tijdig af met de DH. De DH gaat actief op zoek naar een plaats voor de cliënt. Het liefst binnen de eigen organisatie (aansluitend bij de voorkeur van de cliënt), maar eventueel ook buiten de organisatie als een oplossing op korte termijn niet gerealiseerd kan worden. Dit gebeurt in overleg met de cliënt. Zo nodig wordt het zorgkantoor ingeschakeld om te helpen bij het zoeken naar een passende oplossing; • De DH levert zo spoedig mogelijk een gewijzigde status Actief plaatsen en/of classificatie Dreigende crisis thuis aan om de cliëntsituatie bij het zorgkantoor in beeld te brengen;	De cliënt mag verwachten dat partijen zich inspannen en zoveel mogelijk rekening houden met zijn wensen. Naarmate de noodzaak voor een adequate oplossing toeneemt, de streefnorm verstrijkt én duidelijk is dat de voorkeuraanbieder binnen de gestelde termijn geen passend zorgaanbod kan doen, houdt de cliënt er rekening mee dat hij (tijdelijk) een zorgaanbod accepteert van een andere aanbieder. Gezien de situatie/ eventuele inzet van ondoelmatige overbruggingszorg (bij opname noodzaak), is het niet logisch dat een cliënt een passend zorgaanbod weigert. Tenzij de thuissituatie stabiliseert en inzet van ondoelmatige overbruggingszorg (toezicht) niet meer nodig is.
-----------------------------	---	--	--

		• De DH en CZT monitoren dat de situatie van de cliënt niet verslechtert en beoordelen continue welke zorg ingezet moet worden om de periode tot de opname voor de cliënt verantwoord te overbruggen.	
2. Niet passende zorg (zorgaanbieder)	• Binnen 10 werkdagen wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder om plaatsing binnen de norm door te spreken en samen naar een passende oplossing te kijken.	• Als de huidige zorgaanbieder vaststelt dat er geen passende zorg meer geboden kan worden aan een cliënt (ook niet met bijvoorbeeld inzet van een expertise-team of scholing) dan gaat de DH/CZT actief op zoek naar een (tijdelijk) beter passende zorgaanbieder. Zo nodig wordt hierbij het zorgkantoor ingeschakeld; • Woont een cliënt nog thuis en staat hij/zij op een wachtlijst bij een DH voor opname? Is er geen sprake van een dreigende crisis thuis maar is een oplossing binnen 6 (V&V/GGZ) en 13 weken (GZ) wel gewenst omdat thuis de zorg niet meer passend georganiseerd kan worden? Dan wijzigt de DH de status naar Actief Plaatsen met classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder); • Krijgt iemand al verblijfszorg en is er tijdelijk een andere intramurale oplossing nodig? Kan de cliënt daarna terugkeren naar de huidige zorgaanbieder? Dan ontvangt deze tijdelijke aanbieder een zorgtoewijzing zodra die de cliënt in zorg kan nemen. In deze situatie wijzigt de DH niet en blijft de huidige DH verantwoordelijk voor de cliënt; • Is er structureel een andere (intramurale) oplossing nodig dan gaat de rol van DH/ CZT pas over naar de nieuwe voorkeuraanbieder als die de zorg aan de cliënt ook feitelijk gaat leveren. Tot die tijd blijft de huidige DH/ CZT dus verantwoordelijk voor een cliënt;	De cliënt mag verwachten dat bij de doorplaatsing zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met zijn wensen. Naarmate de onveiligheid voor de cliënt zelf en/ of zijn omgeving bij de huidige zorgaanbieder toeneemt, zal dit de keuzevrijheid van de cliënt en/ of zijn omgeving (tijdelijk) beperken. Dat geldt ook voor de situatie dat de termijn van de streefnorm verstrijkt Als de veiligheid (kwaliteit van zorg) voor de cliënt en/ of zijn medebewoners of personeel in het geding is, is het niet logisch/ acceptabel dat een passend zorgaanbod wordt geweigerd.

		• De toekomstige zorgaanbieder en de huidige zorgaanbieder (DH/ CZT) stemmen onderling af over de prognose voor overname van de zorg. Als de nieuwe zorgaanbieder niet direct kan starten met de zorg stuurt hij zo snel mogelijk de status Actief Plaatsen met classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder) naar het zorgkantoor; • Dreigt de cliëntsituatie te escaleren, is de verwachting dat er binnen de streefnorm geen (tijdelijke) oplossing is geregeld? Dan neemt de huidige zorgaanbieder contact op met het zorgkantoor.	
3. Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar	Zonder zorg • Binnen 10 werkdagen na ontvangst van het indicatiebesluit(bericht) wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder om te bespreken waarom er nog geen Wlz-zorg wordt ingezet of overbruggingszorg is aangevraagd. Met zorg • Binnen 3 maanden na ontvangst van de status wordt (nogmaals) contact gezocht met de voorkeuraanbieder om de haalbaarheid van plaatsing binnen de norm door te spreken. Het zorgkantoor checkt gelijktijdig of de aanbieder met de cliënt naar een tijdelijke oplossing bij een andere aanbieder heeft gekeken.	• Als duidelijk is dat een cliënt niet meer (volledig) thuis kan wonen vraagt de CZT zo nodig een passende zorgtoewijzing aan (bijvoorbeeld voor verblijfszorg, VPT of DTV); • Is wijziging van leveringsvorm binnen 6 maanden noodzakelijk? Dan levert de DH de status Actief Plaatsen aan. De DH bespreekt met de cliënt dat mogelijk tijdelijk een andere aanbieder de noodzakelijke zorg gaat leveren, als dit niet lukt door de voorkeuraanbieder binnen 6 maanden. Vindt de cliënt het geen probleem als een andere aanbieder die zorg al direct tijdelijk gaat leveren? Dan vult de DH de classificatie Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar; • Dat geldt ook voor de situatie dat de cliënt wacht op zijn voorkeuraanbieder maar die niet binnen de streefnorm de gewenste zorg kan leveren. De voorkeuraanbieder zoekt dan in overleg met de cliënt tijdig een (tijdelijke) passende plaats binnen de eigen organisatie of elders in de (sub)regio. De cliëntsituatie kan daarbij ingebracht worden in regionaal georganiseerde overlegtafels en/of hierover kan afstemming worden gezocht met het zorgkantoor.	De cliënt mag verwachten dat er zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met zijn wensen/ voorkeuraanbieder. Ook als de cliënt (direct) heeft aangegeven dat een tijdelijke plek bij een andere aanbieder bespreekbaar is. De cliënt kan een passend zorgaanbod om zwaarwegende redenen weigeren (afhankelijk van de situatie kan dat vaker dan 1 keer). Een cliënt mag een zorgaanbod ook weigeren omdat het aanbod niet in overeenstemming met zijn/ haar wens is én de verwachting is dat binnen de streefnorm nog een zorgaanbod gedaan kan worden (voor een tijdelijke zorgaanbieder) die hierop beter aansluit. Is dat vooruitzicht er niet dan is het niet logisch/ acceptabel dat bij de status Actief plaatsen een aanbod geweigerd wordt.

	• Binnen 3 maanden controleert het zorgkantoor bij de cliënt of de beschreven cliëntsituatie juist is en of het plaatsingsproces nog naar wens loopt.	• De voorkeuraanbieder schakelt actief met het zorgkantoor bij knelpunten en/of bij een ondersteuningsvraag. Dit gebeurt zo snel mogelijk als een knelpunt bekend is; • Zodra een cliënt via een tijdelijke zorgaanbieder zijn zorg krijgt, wijzigt de DH de classificatie weer naar Voorkeuraanbieder leidend bij (een ongewijzigde) wachtstatus Actief plaatsen.	Gezien de status en eventuele inzet van ruime (ondoelmatige) overbruggingszorg is plaatsing binnen de streefnorm het uitgangspunt. Een weigering kan reden zijn om, in overleg met de cliënt, de status aan te passen.
4. Voorkeur-aanbieder/ cliëntwens leidend	Zonder zorg • Binnen 10 werkdagen na ontvangst van het indicatiebesluit(bericht) wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder om de cliëntsituatie door te spreken. Daarin wordt ook besproken waarom er nog geen Wlz-zorg wordt ingezet of overbruggingszorg is aangevraagd. Met zorg • Binnen 3 maanden na ontvangst van de status wordt (nogmaals) contact gezocht met de voorkeuraanbieder om de haalbaarheid van plaatsing binnen de norm door te spreken en samen eventueel naar een (tijdelijke) oplossing te kijken voor de cliënt. • Binnen 3 maanden controleert het zorgkantoor bij de cliënt of de beschreven cliëntsituatie juist is en of het plaatsingsproces naar wens loopt.	• Als duidelijk is dat een cliënt niet meer (volledig) thuis kan wonen vraagt de CZT zo nodig een passende zorgtoewijzing aan (bijvoorbeeld voor verblijfszorg, VPT of DTV); • Is de (gewijzigde) noodzakelijke zorg binnen 6 maanden nodig? Dan levert de DH de status Actief Plaatsen aan. Geeft de cliënt aan dat hij voorlopig alleen bij zijn voorkeuraanbieder op de wachtlijst wil staan? Dan vult de DH de classificatie Voorkeuraanbieder leidend; • De DH overlegt periodiek met de cliënt over de plaatsingsmogelijkheden bij zijn voorkeurlocatie en schetst hierover een eerlijk perspectief. Wordt er binnen 6 maanden geen plaatsingsmogelijkheid verwacht? Dan bespreekt de DH dit zo snel mogelijk met de cliënt. De DH geeft daarbij aan dat er voor de cliënt tijdelijke een andere aanbieder kan worden gezocht. De cliënt wordt gevraagd hierover mee te denken en eventueel zelf een voorstel te doen voor een tijdelijk andere zorgaanbieder; • Blijkt er (toch) geen perspectief voor tijdige plaatsing bij zijn voorkeuraanbieder (of voorkeurlocatie), dan zoekt de DH (nogmaals) contact met de cliënt.	In de situatie van de cliënt is opname noodzakelijk, maar opname kan tijdelijk uitgesteld worden door de inzet van overbruggingszorg. Er wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt, maar naarmate de noodzaak tot opname toeneemt en de tijd verstrijkt betekent dit dat de cliënt niet direct bij de voorkeuraanbieder terecht kan. De cliënt kan niet onbeperkt een aanbod weigeren als het aanbod in overeenstemming met zijn/ haar wens is. Bij een 2e weigering kan in overleg met de cliënt de status aangepast worden (behalve bij een zwaarwegende reden).

- In de situatie dat een cliënt door zijn/haar urgente zorgvraag tijdelijk een andere zorgaanbieder geaccepteerd heeft, bewaakt het zorgkantoor dat deze cliënt zo snel mogelijk zorg krijgt van de voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor bespreekt deze cliënten met de voorkeuraanbieder en de cliënt. Dit gebeurt uiterlijk 3 maanden nadat de voorkeuraanbieder de status Actief plaatsen/Voorkeuraanbieder leidend heeft aangeleverd.

Dat gebeurt uiterlijk 3 maanden voor het verstrijken van de streefnorm.

- In overleg met de cliënt wordt gezocht naar een (tijdelijke) passende plaats binnen de eigen organisatie of een andere organisatie in de (sub)regio. (De DH zoekt hiervoor eventueel afstemming met andere zorgaanbieders en/of het zorgkantoor). In deze periode wijzigt de DH de classificatie naar Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar;
- De DH schakelt actief met het zorgkantoor bij knelpunten en/of bij een ondersteuningsvraag. Dit gebeurt zo snel mogelijk als een knelpunt bekend is.
- Krijgt een cliënt via een tijdelijke zorgaanbieder zijn/haar zorg (soort zorgtoewijzing Overbrugging)? Dan wijzigt de voorkeuraanbieder de status/classificatie op de reguliere zorgtoewijzing weer naar Actief plaatsen Voorkeuraanbieder leidend.
- Is de cliënt tevreden met een andere zorgaanbieder dan wordt de cliënt overgeplaatst, wijzigt de DH en wordt de cliënt van wachtlijst gehaald bij de oorspronkelijke voorkeuraanbieder.
- Had een cliënt de status Urgent plaatsen en is die niet direct bij zijn voorkeuraanbieder geplaatst dan geldt dezelfde werkwijze. De voorkeuraanbieder wijzigt de oorspronkelijke status Urgent plaatsen (met classificatie) dan naar Actief plaatsen met classificatie Voorkeuraanbieder leidend.

Tabel 4 Rollen wachtstatus Actief plaatsen

2.5.7 Wachtstatus Wacht op voorkeur: beschrijving en rollen

2.5.7.1 Beschrijving wachtstatus Wacht op voorkeur

Classificaties Wacht op voorkeur	Beschrijving Wacht op voorkeur	Toegangskaders/ Criteria Wacht op voorkeur	Streefnorm Wacht op voorkeur	Budgetmogelijkheden Wacht op voorkeur
Géén prioriteit in volgorde classificaties	Er is sprake van een opnamewens of een wens voor VPT, DTV of logeren binnen de normtijd. De voorkeur/wens van de cliënt is bepalend.	De zorg thuis kan verantwoord worden geregeld. Inzet van zorg past binnen de (extra) budgetmogelijkheden. Toezicht is niet nodig en geen onderdeel van de zorginzet. De cliënt is bereid een aanbod binnen 12 maanden te accepteren als zijn voorkeuraanbieder hiervoor binnen deze termijn een passend voorstel doet. Ofwel de cliënt is bereid binnen 12 maanden te verhuizen. Als de voorkeuraanbieder niet in staat is om binnen 12 maanden een passende plaats aan te bieden is dat voor de cliënt geen bezwaar. Ofwel de cliënt accepteert dan op voorhand een langere wachttijd. Ook als dit bijvoorbeeld 1,5 tot 2 jaar kan duren. Is een cliënt niet bereid om binnen 12 maanden te verhuizen, dan is de status Wacht uit voorzorg van toepassing.	Streefnorm: 0-12 maanden Streefnorm is bij deze status voor alle classificaties gelijk.	Er kan geen (tijdelijke) extra ophoging voor zorg thuis worden aangevraagd, anders dan de bestaande toeslagen voor zorg thuis.
Specifieke locatie/ gespecialiseerde zorg	Cliënt wil wachten op een locatie bij zijn voorkeuraanbieder omdat die de gewenste gespecialiseerde (verblijfs)zorg kan leveren. Het wachten veroorzaakt geen onverantwoorde thuissituatie omdat de noodzakelijke zorg en begeleiding passend kan worden ingeregeld.	Voor de acceptatie van een aanbod voldoet de zorgaanbieder aan de gewenste gespecialiseerde zorg waar de cliënt behoefte aan heeft.	0-12 maanden	N.v.t.
Doorstroom naar geclusterd wonen VPT	Deze classificatie wordt gebruikt als een cliënt binnen een geclusterde woonvorm wil wonen met VPT, maar er nog geen woning beschikbaar is. Formeel maakt het huren van een woning (zelfstandig wonen) geen onderdeel uit van de Wlz en hebben partijen daardoor geen of minder sturingsmogelijkheden bij het toewijzen van een woning. De status Urgent plaatsen of Actief plaatsen is in deze situaties daarom niet geschikt/passend.	Wil een cliënt zijn zorg thuis graag via VPT krijgen, maar heeft zijn voorkeuraanbieder hiervoor een wachtlijst én is het krijgen van VPT niet afhankelijk van de beschikbaarheid van een woonvorm? Dan wordt bij de leveringsvorm VPT, de best passende wachtstatus aangeleverd met de classificatie die aansluit bij de cliëntsituatie. In deze situaties hoeft dat dus niet de wachtstatus Wacht op voorkeur te zijn met classificatie Doorstroom naar geclusterd wonen VPT.	0-12 maanden	N.v.t.

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

Tabel 5 Beschrijving wachtstatus Wacht op voorkeur

2.5.7.2 Rollen wachtstatus Wacht op voorkeur

Classificaties Wacht op voorkeur	Rol Zorgkantoor Wacht op voorkeur	Rol Zorgaanbieder Wacht op voorkeur	Verwachtingen cliënt Wacht op voorkeur
Géén prioriteit in volgorde classificaties	De rol van het zorgkantoor wordt voor alle classificaties gelijk ingevuld (en wordt daarom niet per classificatie apart beschreven). Het zorgkantoor: • heeft een actieve houding en biedt (on)gevraagd ondersteuning aan bij een cliënt met deze wachtstatus. • bewaakt dat voor deze cliënten een adequate oplossing wordt gevonden binnen de streefnorm. • neemt geen werkzaamheden van de zorgaanbieder over als dat geen toegevoegde waarde heeft. Zonder zorg • Binnen 4 weken na ontvangst van het indicatiebesluit(bericht) wordt contact gezocht met de cliënt en/of voorkeuraanbieder om te bespreken waarom er bij de cliënt nog geen Wlz-zorg wordt ingezet of overbruggingszorg is aangevraagd. • Afhankelijk van de reden wordt een nieuw contactmoment afgesproken. Met Zorg • Uiterlijk na 9 maanden wordt contact gezocht met de cliënt en/of de voorkeuraanbieder om de stand van zaken door te spreken als de cliënt de toegewezen zorg nog niet volledig ontvangt.	De voorkeuraanbieder levert binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing een mutatiebericht aan met de status Wacht op voorkeur als de zorg nog niet ingezet kan worden en de cliënt geen urgente zorgvraag heeft. Bij een nieuwe cliënt (1e zorgtoewijzing) heeft een DH/CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen de tijd omdat eerst met de cliënt besproken moet worden wat zijn situaties is en zijn zorgbehoefte/wens(en). De classificatie bij de wachtstatus wordt daarop afgestemd. Is een cliënt niet te bereiken? Dan stuurt de DH/CZT een mutatiebericht met de wachtstatus Wacht op voorkeur en classificatie Geen aanvullende wensen. Zolang er geen contact is geweest blijft de cliënt zo in beeld op de wachtlijst van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder registreert in het cliëntdossier waarom het niet gelukt is om binnen de gestelde termijn met de cliënt af te stemmen. Bij deze status neemt de DH/CZT het initiatief en vraagt zo nodig actieve ondersteuning van het zorgkantoor. De voorkeuraanbieder monitort doorlopend of de cliëntsituatie thuis nog verantwoord is. En past zo nodig de wachtstatus bij een cliënt daarop aan. De DH/CZT bespreekt met een cliënt vooraf dat deze status betekent dat, bij een passend aanbod, opname binnen 1 jaar zal plaatsvinden. Tenzij er zwaarwegende redenen zijn om het aanbod niet te accepteren.	Voor alle classificaties bij de status Wacht op voorkeur geldt dat de cliënt zijn wens(en) kan aangeven en dat de cliënt mag verwachten dat zijn wens leidend is. De cliënt woont thuis, de situatie is verantwoord en de ingezette zorg is doelmatig. De cliënt wil graag binnen 12 maanden opgenomen worden bij de voorkeuraanbieder. Als er geen zicht is op opname binnen 12 maanden worden eventuele alternatieven besproken met de cliënt. Dat kan zijn: Of langer wachten bij zijn voorkeuraanbieder, een cliënt mag bij deze status een tijdelijke overbruggingsplek bij een andere zorgaanbieder dus weigeren. Een cliënt mag niet onbeperkt een aanbod van de voorkeuraanbieder weigeren. Dat is bijvoorbeeld wel denkbaar wanneer het aanbod veel eerder komt dan verwacht of niet aan bepaalde wensen voldoet. Of eventueel een andere zorgaanbieder zoeken.

Als de cliënt heeft aangegeven dat een langere wachttijd bij zijn voorkeuraanbieder acceptabel is, dan maakt het zorgkantoor hiervan een aantekening in het cliëntdossier. • Afhankelijk van de cliëntsituatie wordt een nieuw contactmoment afgesproken.	(Bij kinderen is beperkte uitloop mogelijk bijvoorbeeld vanwege een gewenningsperiode voor kinderen). Als een cliënt niet akkoord gaat met een passend aanbod of de zorgaanbieder heeft het idee dat een cliënt niet bereid is te verhuizen, dan wordt met de cliënt besproken of de status Wacht uit voorzorg voorlopig passender is (of eventueel de leveringsstatus Einde zorg als een cliënt toch niet wil verhuizen). Bij beide statussen vervalt de opgebouwde wachttijd, dit wordt met de cliënt besproken. Zonder zorg • De voorkeuraanbieder vraagt overbruggingszorg aan of stelt vast dat de client dit niet wenst en dat de situatie thuis, zonder zorginzet, verantwoord is. Gelijktijdig wordt gecontroleerd of er feitelijk geen Wlz-zorg wordt ingezet vanuit de andere domeinen. • De voorkeuraanbieder neemt periodiek contact op met de cliënt om de thuissituatie zonder zorg te volgen. De frequentie wordt in overleg met de cliënt vastgesteld en is afhankelijk van de cliëntsituatie. Zo nodig wordt er overbruggingszorg thuis gevraagd en/of de status/classificatie aangepast. • De voorkeuraanbieder bespreekt uiterlijk na 9 maanden met de cliënt welke alternatieven er (nodig) zijn als er geen zicht is op tijdige plaatsing. Met zorg • De voorkeuraanbieder heeft een signaleringsfunctie vanuit de overbruggingszorg (zelf of via CZT) over de juiste status en classificatie. • De voorkeuraanbieder bespreekt rond de 9 maanden met de cliënt welke alternatieven als er geen zicht is op tijdige plaatsing.	Voor de classificatie Partneropname geldt aanvullend dat het kan betekenen dat de cliënt en partner niet gelijktijdig kunnen worden opgenomen/ niet direct bij elkaar kunnen wonen. Dit is afhankelijk van de situatie en de zorgzwaarte in de thuissituatie. De cliënt kan niet onbeperkt een aanbod weigeren als het aanbod in overeenstemming met zijn/ haar wens is. Bij een ze weigering wordt in overleg met de cliënt eventueel de status aangepast naar Wacht uit voorzorg (behalve bij een zwaarwegende reden).
--	--	--

Tabel 6 Rollen wachtstatus Wacht op voorkeur

2.5.8 Wachtstatus Wacht uit voorzorg: beschrijving en rollen

2.5.8.1 Beschrijving wachtstatus Wacht uit voorzorg

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

	Via deze classificatie kan de toekomstige wens voor logeren zichtbaar worden gemaakt bij zijn voorkeuraanbieder. Let op: krijgt een cliënt zijn zorg thuis/ MPT van dezelfde zorgaanbieder (zelfde agb-code) als waar hij in de toekomst wil gaan logeren? Dan kan iemand bij deze zorgaanbieder (zelfde agb-code) niet gelijktijdig zorg thuis krijgen (MPT met status In zorg) én op de wachtlijst staan voor logeren (MPT met wachtstatus).			
Specifieke geografische redenen	Cliënt wil in de toekomst mogelijk zijn zorgbehoefte verzilveren in een specifieke geografische regio omdat zijn familie daar bijvoorbeeld woont of omdat hij terug wil naar de regio waar hij oorspronkelijk vandaan komt. Cliënt heeft een voorkeur aangegeven maar dit mag ook een andere zorgaanbieder zijn. De cliënt en staat open voor een alternatief (dit is bespreekbaar).	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Specifieke locatie/ woonwens	Cliënt wil in de toekomst mogelijk verblijfszorg ontvangen bij zijn voorkeuraanbieder, op een locatie die voldoet aan zijn specifieke woonwensen. Bijvoorbeeld ligging in een buitengebied of bepaald dorp.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Partneropname	Cliënt wil in de toekomst mogelijk samen met zijn/haar partner óf bij zijn/haar partner opgenomen worden bij hun voorkeuraanbieder.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Geen aanvullende wens(en)	Cliënt wil in de toekomst mogelijk zorg (thuis) van zijn voorkeuraanbieder en heeft daarbij verder geen aanvullende (woon)wensen.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

Tabel 7 Beschrijving wachtstatus Wacht uit voorzorg

2.5.8.2 Rollen wachtstatus Wacht uit voorzorg

Classificaties Wacht uit voorzorg	Rol Zorgkantoor Wacht uit voorzorg	Rol Zorgaanbieder Wacht uit voorzorg	Verwachtingen cliënt Wacht uit voorzorg
Géén prioriteit in volgorde classificaties	Het zorgkantoor neemt bij inzet van zorg geen actieve houding aan, maar is wel alert op eventuele veranderingen die gemeld worden door de cliënt, zijn vertegenwoordiger of betrokken zorgaanbieder(s). De rol van het zorgkantoor is voor alle classificaties bij deze status verder gelijk (en wordt daarom niet per classificatie apart beschreven). Zonder zorg • Binnen 4 weken na ontvangst van het indicatiebesluit(bericht) wordt contact gezocht met de cliënt en/of voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor gaat in dit gesprek na of het klopt dat de cliënt nog geen Wlz-zorg ontvangt of nodig heeft. • Afhankelijk van de reden wordt een nieuw contactmoment afgesproken. Met zorg • Het zorgkantoor informeert de cliënt jaarlijks via e-mail/brief of neemt met de cliënt contact op om te informeren of de situatie ongewijzigd is; • Het zorgkantoor bespreekt jaarlijks de cliënten op de lijst Wacht uit voorzorg met de zorgaanbieder.	• De voorkeuraanbieder zorgt binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing voor een mutatiebericht met de status Wacht uit voorzorg als de gevraagde zorg voorlopig niet geleverd hoeft te worden maar iemand wel in beeld wil blijven bij de voorkeuraanbieder. Bij een nieuwe cliënt (1e zorgtoewijzing) heeft een DH/CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen omdat eerst met de cliënt besproken moet worden wat zijn situaties is en zijn zorgbehoefte/wens (en). • Met de cliënt wordt ook besproken wat zijn eventuele toekomstige wensen zijn. De classificatie bij de wachtstatus wordt daarop ingevuld. • Kiest de cliënt voor de status Wacht uit voorzorg dan vertelt de zorgaanbieder dat er geen wachttijd wordt opgebouwd bij deze status. • De voorkeuraanbieder monitort periodiek of de cliëntsituatie thuis nog verantwoord is. De frequentie hiervan wordt afgestemd met de cliënt en is afhankelijk van de cliëntsituatie. Uitgangspunt is dat dit contact minimaal 2x per jaar plaats vindt, tenzij met de cliënt hierover een andere afspraak wordt gemaakt (bijvoorbeeld zelf initiatief nemen). De voorkeuraanbieder neemt het initiatief en vraagt waar nodig actief ondersteuning door het zorgkantoor. Er wordt dan een duidelijk rolverdeling afgesproken.	Voor alle classificaties bij de status Wacht uit voorzorg geldt dat de cliënt mag verwachten dat zijn wens(en) leidend zijn. De cliënt mag verwachten dat de voorkeuraanbieder regelmatig contact opneemt om zijn situatie te bespreken. De cliënt en de zorgaanbieder stemmen samen af wat hiervoor een passende frequentie is gezien de cliëntsituatie. De cliënt kan bij een opnamewens/ gewijzigde zorgvraag ook zelf contact opnemen met de voorkeuraanbieder.

	Zonder zorg • De voorkeuraanbieder zorgt voor reguliere zorg of stelt vast dat de cliënt dit niet wenst en dat de situatie thuis verantwoord is zonder zorginzet. En controleert hierbij of er feitelijk geen Wlz-zorg wordt ingezet vanuit de andere domeinen. • De voorkeuraanbieder neemt periodiek contact op met de cliënt om de thuissituatie zonder zorg te volgen. Hij maakt hierover concrete afspraken met de cliënt. De cliënt kan daarbij ook zelf het initiatief nemen. • Bij wijzingen in de zorgvraag wordt zo nodig een andere leveringsvorm en/of (overbruggings)zorg thuis aangevraagd en/of de status met bijbehorende classificatie aangepast. Met zorg • De voorkeuraanbieder heeft een signaleringsfunctie vanuit de reguliere zorg (zelf of via de CZT) over de juiste status en classificatie. Iemand kan namelijk gelijktijdig zorg thuis ontvangen vanuit de Wlz én Uit voorzorg op een wachtlijst staan voor bijvoorbeeld leveringsvorm Verblijf of DTV.
--	---

Tabel 8 Rollen wachtstatus Wacht uit voorzorg

2.5.9 Overzicht streefnormen wachtstatus/classificatie

Wachtstatus	Classificatie	Streefnorm
Urgent plaatsen	VV Geen crisisbed beschikbaar	0-24 uur
	GZ Geen crisisbed beschikbaar	0-48 uur
	GGZ Geen crisisbed beschikbaar	0-72 uur
	PTZ - Instroom	0-5 dagen
	PTZ - Doorstroom	0-4 weken
	Wet zorg en dwang (Wzd) Art. 28a	0-5 dagen
	Ingediende aanvraag Rechterlijke Machtiging (RM)	0-6 weken
	Afgegeven Rechterlijke Machtiging (RM)	0-4 weken
	Doorstroom Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	0-4 weken
	Doorstroom Eerstelijnsverblijf (ELV)	0-4 weken
	Doorstroom Ziekenhuis (ZH)	0-4 weken
	Doorstroom Klinische GGZ	0-4 weken
Actief plaatsen	VV Dreigende crisis thuis	0-6 weken
	GZ Dreigende crisis thuis	0-13 weken
	GGZ Dreigende crisis thuis	0-6 weken
	VV Niet passende zorg(aanbieder)	0-6 weken
	GZ Niet passende zorg(aanbieder)	0-13 weken
	GGZ Niet passende zorg(aanbieder)	0-6 weken
	Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar	0-6 maanden
	Voorkeuraanbieder leidend	0-6 maanden
Wacht op voorkeur	Specifieke locatie/gespecialiseerde zorg	0-12 maanden
	Doorstroom geclusterd wonen VPT	0-12 maanden
	Logeren	0-12 maanden
	Specifieke geografische redenen	0-12 maanden
	Specifieke locatie/woonwens	0-12 maanden
	Partneropname	0-12 maanden
	Geen aanvullende wens(en)	0-12 maanden
Wacht uit voorzorg	Specifieke locatie/gespecialiseerde zorg	n.v.t.
	Doorstroom geclusterd wonen VPT	n.v.t.
	Logeren	n.v.t.
	Specifieke geografische redenen	n.v.t.
	Specifieke locatie/woonwens	n.v.t.
	Partneropname	n.v.t.
	Geen aanvullende wens(en)	n.v.t.

Tabel 9 overzicht streefnormen wachtstatus/classificatie

2.5.10 Aanvullend wachtlijstbeheer zorgkantoor

Extra processtappen van het zorgkantoor in het wachtlijstbeheer:

- Kan het zorgkantoor, na ontvangst van de indicatiegegevens van een cliënt, niet meteen een zorgtoewijzing aanmaken omdat bijvoorbeeld de voorkeuraanbieder nog niet bekend is? Dan krijgt een cliënt op de (landelijke) wachtlijst automatisch de wachtstatus Actief plaatsen zónder classificatie. Dat gebeurt omdat er nog geen zorgaanbieder is die een status met classificatie kan aanleveren;
- Als een voorkeur van een cliënt niet bekend is en het zorgkantoor hierdoor geen zorgtoewijzing kan aanmaken, registreert het zorgkantoor dat de cliënt tijdelijk afziet van zorg. Dit gebeurt uiterlijk 3 weken na ontvangst van het indicatiebesluitbericht. De registratie Ziet af van zorg wordt (landelijk) vertaald naar de wachtstatus Wacht uit voorzorg zónder classificatie. Het zorgkantoor kan deze cliënten (via een rapportage) gericht blijven monitoren door de ontbrekende classificatie bij de status;
- Blijkt uit het contact dat het zorgkantoor met de cliënt heeft, dat iemand voorlopig echt afziet van Wlz-zorg én wordt er geen beroep gedaan op zorg uit een ander domein die feitelijk onder de Wlz valt? Dan krijgt deze cliënt in het landelijke wachtlijstbericht (AW317) ook de status Wacht uit voorzorg. Ontbreekt in deze situatie nog een zorgtoewijzing, dan vult het zorgkantoor daarvoor handmatig informatie in het eigen systeem ('Ziet af van zorg'). Als er ondertussen wel een zorgtoewijzing is aangemaakt, levert de betrokken zorgaanbieder via het berichtenverkeer een passende status aan (Einde zorg of Wacht uit voorzorg met de best passende classificatie);
- Het zorgkantoor onderhoudt ook contact met wachtende cliënten en maakt afspraken over eventuele zorgbemiddeling en de wijze/ frequentie voor vervolcontact. Hierbij wordt rekening gehouden met de wens van zelfregie door de cliënt (de cliënt kan in deze situatie zelf contact opnemen met het zorgkantoor als dat nodig is). Ook de ervaring van de cliënt over de wijze waarop de CZT of DH hun rol invullen, wordt hierin meegenomen;
- Heeft een cliënt Wlz-zorg gehad maar zijn er op een bepaald moment geen actuele zorgtoewijzingen meer omdat de zorg is afgesloten? En is er nog sprake van een geldig indicatiebesluit, dan neemt het zorgkantoor contact op met de cliënt om na te gaan of er echt geen Wlz-zorg meer nodig is. Als er geen Wlz-zorg nodig is vult het zorgkantoor dit handmatig in het systeem (Ziet af van zorg). Hierdoor komt een cliënt niet opnieuw op de landelijke wachtlijst met de status Actief plaatsen, maar met de status Wacht uit voorzorg (zonder classificatie);
- Het regionale zorgkantoor is verantwoordelijk voor tijdige en juiste aanlevering van informatie aan het Zorginstituut voor publicatie van de landelijke wachtlijstinformatie (AW317-bericht). Dit gebeurt iedere maand.

2.6 Wet zorg en dwang en wachtlijstbeheer

Vanaf 2020 is de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) vervangen door de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte ggz (Wvggz). Zorgaanbieders mogen, in situaties waarbij er sprake is van dwang, beide wetten uitvoeren.

Door de groep GGZ-cliënten die een indicatie krijgen voor een zorgprofiel GGZW (GGZ-Wonen) en cliënten met combinatieproblematiek (bijvoorbeeld VG/ GGZ of PG/ GGZ), worden uitvoeringsprocessen in de Wlz niet alleen geraakt door de Wzd maar ook door de Wvggz³². De Wvggz kan gelden voor cliënten waarbij tijdens de indicatiestelling is vastgesteld dat een van de grondslagen psychische aandoening/ stoornis is. De Wvggz kan zo ook van toepassing zijn voor iemand met bijvoorbeeld een indicatie voor een VG-zorgprofiel die te maken heeft met verslavingsproblematiek of een psychose. In deze situaties beoordeelt een medische deskundige welke zorgsetting en welke wet voorliggend is. Hoe de Wvggz doorwerkt op de Wlz-uitvoeringsprocessen die in het voorschrift staan is nog niet voldoende uitgekristalliseerd. Als hierover meer duidelijk is wordt dit verder ingepast in het voorschrift.

Register Dwang in de zorg

Onvrijwillige zorg (thuis of opname)³³ mag alleen geleverd worden als de zorgaanbieder en/of zorgverlener voldoet aan de wettelijke eisen voor de Wzd of Wvggz én voor het leveren van gedwongen intramurale opname staat ingeschreven in het openbare locatieregister (zie <https://dwangindezorg.nl/locatieregister>). Dat geldt zowel voor zorgaanbieders of zorgverleners die zorg in natura leveren of waar zorg ingekocht wordt met PGB. Cliënten met een RM, IBS of Art.21 verklaring mogen alleen worden opgenomen in een locatie die is ingeschreven in het locatieregister. Kan/ wil de zorgaanbieder zich niet in het locatieregister registreren en/of onvrijwillige zorg bieden? Dan geldt de procedure zoals beschreven in hoofdstuk 6 Zorgweigering en zorgbeëindiging.

Onvrijwillige zorg thuis

Met de nieuwe Wet zorg en dwang en Wet verplichte ggz kan iemand ook onvrijwillige zorg thuis krijgen als hij/zij minder goed kan beslissen of zorg thuis nodig is en/of deze weigert. Het gaat dan om bijvoorbeeld bepaalde (medische) handelingen, toezicht of controle op medicijngebruik, insluiten, beperken van de bewegingsvrijheid, onderzoek van kleding of lichaam en/of controle op aanwezigheid van beïnvloedende middelen. Dat kan bijvoorbeeld als thuis wonen zonder zorg of begeleiding niet meer veilig (verantwoord) is en een ernstig nadeel oplevert voor een cliënt of zijn omgeving omdat er sprake is van erge verwaarlozing, veelvuldig dwaalgedrag, problematisch drugs of medicijngebruik.

Bij (inzet van) onvrijwillige zorg thuis ligt er in eerste instantie 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.

³² Zie <https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/producten-wvvggz/samenloop-tussen-wvvggz-en-wzd---vws>

³³ Voor onvrijwillige zorg thuis (ambulante Wzd) geldt geen registratieplicht in het Locatieregister. Het Locatieregister is alleen bestemd voor intramurale Wzd.

Wordt er alleen vrijwillige zorg thuis geleverd en is de zorgaanbieder van mening dat een cliënt moet worden opgenomen? Dan is als eerste iemand die nauw betrokken is bij een cliënt (een belanghebbende³⁴) bevoegd om hiervoor een verzoek in te dienen bij het CIZ. Wordt dit geweigerd door de belanghebbende(n) van een cliënt of heeft de cliënt geen belanghebbende(n)? 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.

2.6.1 Besluit tot opname en verblijf³⁵ Wzd Art. 21

Voor iemand met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, die zelf geen weloverwogen beslissing kan nemen over zijn zorg omdat hij de gevolgen van zijn keuze niet goed meer kan overzien, kan het CIZ onderzoeken of verblijfszorg de beste oplossing is. Dit kan bijvoorbeeld op verzoek van de familie of een betrokken zorgaanbieder.

Het CIZ onderzoekt in deze situaties of de cliënt ernstig nadeel ondervindt van zijn huidige situatie of dat hij een gevaar is voor zichzelf of zijn omgeving. Bijvoorbeeld omdat er sprake is van ernstige verwaarlozing (niet goed eten, drinken of zichzelf verzorgen) of omdat hij het gas niet meer uitzet. Het CIZ onderzoekt vervolgens ook of dit nadeel (alleen) weggenomen kan worden door opname in een instelling. Als dat de beste oplossing is, maar de cliënt kan bij de indicatiestelling niet meer aangeven of hij/zij het eens of oneens is met een opname én er is geen verzet tegen een opname, dan geeft het CIZ een Besluit tot opname en verblijf af vanuit de Wet zorg en dwang (Wzd artikel 21).

Geeft het CIZ het Besluit tot opname en verblijf Wzd art. 21 gelijktijdig af met het indicatiebesluit voor een zorgprofiel? Dan neemt het CIZ over beide besluiten informatie op in het indicatiebesluitbericht (IO31-bericht). Het zorgkantoor geeft deze informatie dan door aan de zorgaanbieder via het zorgtoewijzingsbericht (AW33-bericht).

Geeft het CIZ een Besluit tot opname en verblijf af ná het indicatiebesluit voor een zorgprofiel én wijzigt het zorgprofiel niet? Dan deelt het CIZ een kopie van het besluit met de vertegenwoordiger van de cliënt en de cliënt zelf. De zorgaanbieder en de Wzd-functionaris krijgen ook een kopie als er al verblijfszorg of onvrijwillige zorg thuis wordt geleverd (in de periode tot opname). Het zorgkantoor ontvangt hiervan géén afschrift (kopie). Het zorgkantoor weet in deze cliëntsituaties dus niet dat er een besluit Wzd. Art. 21 is afgegeven door het CIZ.

2.6.2 Dwangopname Wzd via Rechterlijke machtiging (RM)

Kan een cliënt niet meer verantwoord thuis wonen en is een Wlz-opname voor de veiligheid van de cliënt of voor de veiligheid van anderen nodig, maar weigert of verzet de cliënt zich tegen opname³⁶? Dan kan familie of een zorgaanbieder aan het CIZ vragen om een aanvraag in te dienen voor een Rechterlijke Machtiging bij de rechtbank voor een dwangopname.

³⁴ Een belanghebbende is bijvoorbeeld een familielid, mentor of advocaat.

³⁵ Vanaf 1 januari 2020 is de Wet Bopz vervangen door de Wet zorg en dwang (Wzd) én de Wet verplichte ggz (Wvvggz). Zie www.dwangindezorg.nl. In de Wzd is de Bopz artikel 60-toets vervangen door het Besluit tot opname en verblijf.

³⁶ Weigering of verzet kan ook optreden nadat bijvoorbeeld al een Besluit tot opname en verblijf Wzd Art. 21 is afgegeven.

Via een RM is het mogelijk om iemand niet vrijwillig (tegen zijn zin) op te nemen, maar is er geen directe haast bij een dwangopname. Het gaat bij een RM dus niet om een spoedprocedure zoals bij een IBS.

Het CIZ beoordeelt de aanvraag 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 4 weken vervalt namelijk de RM voor een dwangopname en moet er weer een nieuwe RM worden aangevraagd.

Wachtstatus met classificatie tijdens aanvraagperiode RM/ZM

De wachtstatus Urgent plaatsen met classificatie RM /ZM wordt alleen gebruikt als de dossierhouder verwacht dat er niet op tijd een passende plaats beschikbaar is voor de cliënt. Dit kan al tijdens de aanvraagprocedure voor een RM/ZM bekend zijn. In alle andere gevallen levert de dossierhouder de **wachtstatus Actief plaatsen met classificatie Dreigende crisis thuis** aan. De combinatie Actief plaatsen/Dreigende crisis thuis geeft de urgentie in de thuissituatie aan en biedt ruimte om extra zorg (en/ of toezicht) in te zetten. Escaleert de thuissituatie eerder en treedt er een acute crisissituatie op (acuut gevaarscriterium)? Dan geldt de route van een IBS of Zorgmachtiging als de cliënt zich blijft verzetten tegen opname.

In de situatie dat de dossierhouder de status Urgent plaatsen met classificatie RM/ZM aanlevert, neemt het zorgkantoor zo snel mogelijk contact op met de zorgaanbieder om te helpen. Deze status/classificatie is voor het zorgkantoor een (eerste) signaal dat er sprake kan zijn van plaatsingsproblematiek in urgente situaties. Het plaatsingsprobleem kan ook ontstaan doordat meerdere urgente situaties gelijktijdig opspelen.

Wet zorg en dwang en beschikking tot Inbewaringstelling (IBS)

Zijn mensen uit de omgeving van een cliënt bang dat die zichzelf, andere mensen of de omgeving iets kan aandoen én dat hiervoor een acuut, dreigend gevaar is? Dan kan op bevel van de burgemeester een IBS worden afgegeven voor gedwongen opname. Een cliëntsituatie is zo spoedeisend dat niet meer gewacht kan worden op een Rechterlijke machtiging (zie hoofdstuk 5). Kan een aanbieder niet direct zorg leveren? Dan is het, net zoals bij de RM, van belang om hierover zo snel mogelijk contact te zoeken met het zorgkantoor. De zorgaanbieder levert in deze situaties de **status Urgent plaatsen** aan met de **classificatie Geen crisisbed beschikbaar**.

2.6.3 Onvrijwillige opname via strafrechter (Wzd art. 28a)

De Wet zorg en dwang (Wzd) onderscheidt ook nog onvrijwillige opname als gevolg van een strafrechterlijke procedure. Dit staat beschreven in Artikel 28a van de Wzd.

In deze situaties is altijd het Openbaar Ministerie (OM) of een rechter betrokken die een verdachte vervolgt en van mening is dat de verdachte geen straf nodig heeft maar zorg. Het gaat hier om onvrijwillige zorg en niet om een Terbeschikkingstelling (TBS).

Bij een Wzd art. 28a procedure is er maximaal 4 weken tijd om een adequate oplossing te zoeken voor deze persoon. Omdat er niet direct sprake is van een onmiddellijk, dreigende situatie met een risico voor ernstig nadeel voor iemand zelf of (personen in) zijn omgeving, vallen deze situaties niet onder crisiszorg. De cliënt verblijft veelal nog in instelling of een Penitentiaire Inrichting (PI). Een crisisplaatsing kan wel geregeld worden als het zorgkantoor op grond van individuele casuïstiek hierover anders besluit.

Processtappen:

- Het OM bereidt een verzoekschrift voor om de rechter te vragen de verdachte onvrijwillig te laten opnemen. Het gaat bij een verzoekschrift Wzd art. 28a altijd om een onvrijwillige opname van 6 maanden. Moet de opname na 6 maanden gecontinueerd worden, dan wordt er als dat nodig is een reguliere Rechterlijke Machtiging (RM) aangevraagd;
- Het verzoekschrift van het OM bevat een advies van het CIZ. Dit advies is leidend. Het CIZ adviseert het best passende domein;
- Is er een actuele Wlz-indicatie aanwezig, dan adviseert het CIZ altijd de Wlz. Anders kan het ook een onvrijwillige opname worden in het WMO- of Zvw-domein als niet wordt voldaan aan de toegangscriteria voor de Wlz;
- De strafrechter besluit op basis van dit verzoekschrift en geeft al dan niet een RM af om een verdachte, binnen 4 weken na ingangsdatum van de RM, gedwongen te laten opnemen;
- Is er sprake van gedwongen opname in het Wlz-domein dan stuurt het OM de beschikking met rechterlijke machtiging via een beveiligde route naar het verantwoordelijke zorgkantoor;
- Het zorgkantoor dat de RM ontvangt van het OM voert eerst een check uit op het BRP-adres van de cliënt. Woont de cliënt in een andere zorgkantorregio, dan informeert het zorgkantoor het OM over het juiste regionale zorgkantoor. Het OM is verantwoordelijk³⁷ voor het toezenden van de RM aan het juiste zorgkantoor;
- Het zorgkantoor voert vervolgens een zorginhoudelijke beoordeling uit op de beschikking en het ontvangen dossier. Voor plaatsing bij een passende zorgaanbieder is zicht op de onderliggende problematiek van belang, welke zorg er nodig is en wat het vereiste beveiligingsniveau is;
- Is er op het moment van afgifte van een Rechterlijke Machtiging nog geen Wlz-indicatie? En heeft het CIZ geconstateerd dat de Wlz voor de cliënt wel het passende domein is? Dan overlegt het zorgkantoor met het CIZ over de af te geven indicatie. Het CIZ geeft in deze situaties een (tijdelijke) indicatie af voor de Wlz;

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

- Is er (al) een actueel indicatiebesluit en een voorkeuraanbieder bekend? Dan zoekt het zorgkantoor afstemming met deze aanbieder en bespreekt of de gedwongen opname bij deze zorgaanbieder gerealiseerd kan worden;
- Stelt de zorgaanbieder samen met het zorgkantoor vast dat de organisatie in staat is om passende zorg aan de cliënt te leveren én beschikt de locatie over een Wzd-registratie in het Locatieregister met het vereiste beveiligingsniveau? Dan routeert het zorgkantoor de beschikking (inclusief cliëntdossier) via het Notitieverkeer naar de zorgaanbieder;
- Is er geen indicatiebesluit of voorkeuraanbieder bekend óf mag de huidige zorgaanbieder deze zorg niet leveren? Dan zoekt het zorgkantoor zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen de geldigheidstermijn van de RM, een passende Wlz-zorgaanbieder die beschikt over een Wzd-registratie en het juiste beveiligingsniveau. Het zorgkantoor spant zich daarbij in om afstemming te zoeken met de beoogde zorgaanbieder over de cliënt;
- Het zorgkantoor zoekt geen afstemming met de cliënt over de gekozen aanbieder. De zorgaanbieder neemt zelf contact op met de cliënt of een contactpersoon van de instelling of Penitentiare Inrichting waar de cliënt verblijft, om de opname te realiseren;
- Zodra de verblijfszorg is toegewezen, levert de zorgaanbieder binnen de norm een MAZ aan. Dit kan bij binnenkomst van de beschikking zijn, maar ook later³⁸ als er nog een Wlz-indicatie aangevraagd moet worden;
- Vanuit art. 28a Wzd heeft de zorgaanbieder de plicht om een cliënt binnen 7 dagen nadat de zorg is toegewezen (of aangemeld) op te nemen. Lukt dat niet dan koppelt de aanbieder dit rechtstreeks terug aan het zorgkantoor. Is er een zorgtoewijzing voor verblijfszorg aanwezig dan wordt **de status Urgent plaatsen** aangeleverd met **classificatie Wzd art. 28a**;
- Het zorgkantoor moet volgens de Wzd de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) informeren als opname binnen deze periode niet lukt en stelt de betrokken zorgaanbieder daarvan op de hoogte. De IGJ kan in deze situatie een handhavingsmaatregel opleggen aan de betrokken zorgaanbieder.

³⁸ Bij berekening van tijdigheid van de MAZ wordt dan rekening gehouden met de afgiftedatum van het indicatiebesluit.

2.7 Leveringsstatus In zorg en Einde zorgvraag

Naast de statussen Urgent plaatsen, Actief plaatsen, Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg zijn er nog 2 andere statussen. Dit zijn de statussen In zorg en Einde zorgvraag. Bij deze statussen wordt er niet gewacht op zorg. Deze statussen geven de situatie rondom de zorglevering weer. De iWlz-term Leveringsstatus is daarom een logische term.

2.7.1 Leveringsstatus In Zorg

De zorgaanbieder stuurt een leveringsstatus In zorg als gestart wordt met het leveren van zorg die past bij de ontvangen zorgtoewijzing. De zorgaanbieder stuurt deze informatie zo snel mogelijk naar het zorgkantoor via een Melding aanvang zorg bericht (MAZ/ AW35-bericht). Een cliënt staat daardoor bijvoorbeeld niet onterecht op een wachtlijst.

MAZ	Melding aanvang zorg bericht
	• Een MAZ wordt per toegewezen leveringsvorm geplaatst. • Een MAZ wordt aangeleverd als de zorglevering op de toegewezen leveringsvorm start (of is gestart). • Aanlevering van de MAZ gebeurt altijd binnen 5 werkdagen nadat de zorg is gestart én de aanbieder hiervoor al een zorgtoewijzing heeft ontvangen; • Is de zorg al gestart maar is er nog geen passende zorgtoewijzing aanwezig? Dan wordt de MAZ, na ontvangst van de zorgtoewijzing, binnen 2 werkdagen aangeleverd. • Een MAZ wordt weer opnieuw aangeleverd als de zorg bij een cliënt doorloopt na verhuizing (nadat de aanbieder hiervoor opnieuw een zorgtoewijzing heeft ontvangen van het nieuwe regionale zorgkantoor). • Een MAZ kan géén datum in de toekomst bevatten (dit voorkomt het onterecht of te vroeg opleggen van een eigen bijdrage door het CAK). • Een juiste en tijdige MAZ is belangrijk voor het opstarten van het eigen bijdrage traject door het CAK. Zorgkantoren geven hiervoor informatie door aan het CAK. • De MAZ bevat een veld om de sleuteldatum door te geven. Dit veld wordt alleen gevuld bij leveringsvorm Verblijf, Opname Ja. De sleuteldatum is de datum waarop iemand de sleutel voor zijn woonruimte krijgt. Deze datum ligt vaak voor de feitelijke start van de verblijfszorg (zie H4). De eigen bijdrage voor de verblijfszorg start vanaf de sleuteldatum. • De MAZ bevat een veld om bij leveringsvorm Verblijf, Opname Ja door te geven of er bij de start sprake is van verblijfszorg mét behandeling of verblijfszorg zonder behandeling. Let op: deze informatie hoeft alleen bij de start van de verblijfszorg te worden doorgegeven (zie 2.7.2). • Om de geleverde zorg te kunnen declareren bij het zorgkantoor is (voor de meeste prestaties) eerst een MAZ nodig op de zorgtoewijzing.

Tabel 10 Melding Aanvang Zorg

2.7.2 Doorgeven van behandeling bij verblijfszorg via Melding Aanvang Zorg

- Bij de start van verblijfszorg geeft de dossierhouder (DH) door of deze zorg gecombineerd wordt met behandeling. Hiervoor is in de MAZ het veld Behandeling (J/N) opgenomen. Dit veld wordt alleen gevuld door de zorgaanbieder die een zorgtoewijzing heeft voor leveringsvorm Verblijf, Opname Ja. Dit veld kan dus niet gevuld worden door de zorgaanbieder die een zorgtoewijzing heeft voor leveringsvorm Verblijf, Opname Nee (bijvoorbeeld voor dagbesteding naast de verblijfszorg);
- Deze informatie is belangrijk voor een samenloopcontrole die zorgverzekeraars uitvoeren. Als iemand een Wlz-indicatie heeft en verblijfszorg met behandeling krijgt, mag bepaalde zorg en/of verstrekkingen niet vanuit de Zvw worden vergoed maar moeten die vanuit de Wlz worden betaald (bijvoorbeeld medicijnen of mondzorg);
- De melding in de MAZ geeft een eerste beeld na opname (initieel beeld). Wijzigt voor iemand de verblijfszorg met behandeling later naar verblijfszorg zonder behandeling (of andersom) dan hoeft de aanbieder dit niet te melden via een nieuwe MAZ;
- Deze wijziging in de verblijfszorg wordt opgehaald via de gedeclareerde zorg. Een declaratie overruled dan de eerder aangeleverde informatie via de MAZ. De informatie in de MAZ wordt voor de samenloopcontrole gebruikt omdat die meestal sneller bekend is bij het zorgkantoor dan de zorg die voor de eerste keer wordt gedeclareerd;
- Het zorgkantoor kan achteraf controleren of een aanbieder de juiste informatie aanlevert in de MAZ voor verblijf (door een vergelijking met de gedeclareerde zorg).

2.7.3 Leveringsstatus Einde zorgvraag en Mutatiebericht

De leveringsstatus Einde zorgvraag levert een zorgaanbieder aan bij beëindiging van een leveringsvorm of beëindiging van de (volledige) zorg bij een cliënt. De zorgaanbieder meldt deze status zo snel mogelijk na het afsluiten van de zorg bij het zorgkantoor via een Mutatiebericht (AW39-bericht). Een mutatiebericht met een leveringsstatus Einde zorgvraag wordt ook wel een Melding einde zorg genoemd (MEZ).

Een Melding Einde zorg bericht (Mutatiebericht)

- Wordt door de zorgaanbieder aangeleverd per toegewezen leveringsvorm.
- Wordt in principe binnen 5 werkdagen na beëindiging van de zorglevering aangeleverd (Einde zorgvraag). Tenzij de zorg eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing (zie paragraaf 2.7.4).
- Kan alleen worden aangeleverd als er een geldige zorgtoewijzing is maar deze zorg (nog) niet nodig is, (tijdelijk) beëindigd wordt of overgedragen wordt aan een andere aanbieder.
- Wordt **niet** aangeleverd als de zorg stopt door overlijden van een cliënt.
- Wordt **niet** aangeleverd als er een herindicatie is afgegeven én de zorg nog doorloopt tot en met de einddatum van de zorgtoewijzing op het vorige indicatiebesluit (zie paragraaf 2.7.4).
- Wordt **niet** aangeleverd als een cliënt verhuist naar een andere regio én na verhuizing dezelfde zorg krijgt van dezelfde zorgaanbieder. (Er moet dan wel een MAZ worden aangeleverd op de nieuwe zorgtoewijzing, zie paragraaf 2.4.).

Een Mutatiebericht

- Wordt niet alleen gebruikt om een Einde zorgvraag door te geven maar ook om een gewijzigde situatie door te geven zoals een gewijzigde wachtstatus. Hiervoor zijn verschillende mutatiecodes beschikbaar: 12, 17, 19, 20 of 21. De aan te leveren mutatiecode (MUT-code) is afhankelijk van de reden van de wijziging;
- Een mutatie wordt in principe binnen 5 werkdagen doorgegeven na wijziging van de situatie. Of na ontvangst van de zorgtoewijzing als die met terugwerkende kracht ingaat en de zorg voor de toewijzdatum al is gewijzigd of beëindigd. Uitzonderingen hierop staan beschreven in onderstaande tabel;
- Met MUT-code 17 (overplaatsing) of 21 (overdracht) wordt gebruikt als een cliënt zorg wil krijgen op een toegewezen leveringsvorm, maar van een andere aanbieder;
- Met MUT-code 19 (Zorglevering beëindigd) wordt gebruikt als de geleverde zorg stopt;
- Met MUT-code 17, 19 of 21 leidt altijd tot het afsluiten van de bijbehorende zorgtoewijzing bij de zorgaanbieder (zorgtoewijzing wordt beëindigd/ingetrokken). Het zorgkantoor stuurt daarvoor een nieuw zorgtoewijzingsbericht (AW33-bericht) met een gewijzigde einddatum van de zorgtoewijzing. In dit bericht wordt ook de reden van intrekking doorgegeven;
- Met MUT-code 20 wordt gebruikt als de zorglevering stopt, maar de zorgaanbieder de zorgtoewijzing wil aanhouden omdat verwacht wordt dat de cliënt later (toch weer) Wlz-zorg nodig heeft. De zorgaanbieder levert bij deze MUT-code dan niet de leveringsstatus Einde Zorg aan maar een wachtstatus. Door deze wachtstatus sluit het zorgkantoor de zorgtoewijzing niet af (de zorgtoewijzing blijft open staan). De aanbieder kan de zorg zo direct worden (op)starten als dat nodig is.
- Met MUT-code 12 wordt gebruikt voor de situatie dat een cliënt (nog) geen zorg wil voor de toegewezen leveringsvorm. De cliënt heeft hierbij de keuze om niet op een wachtlijst te willen staan voor deze zorg of alvast wel (uit voorzorg op de wachtlijst). Alleen bij MUT-code 12 is het daardoor mogelijk om de zorgtoewijzing in te trekken óf open te laten staan. Als de cliënt aangeeft niet op de wachtlijst te willen staan, dan levert de zorgaanbieder leveringsstatus Einde zorgvraag aan. In de situatie dat de cliënt alvast wel op een wachtlijst wil staan, geeft de zorgaanbieder bij deze MUT-code wel een wachtstatus door.
- Met MUT-code 18 wordt gebruikt om door te geven dat de aanbieder de zorg nog niet kan starten. De cliënt wil de zorg **wel** krijgen van deze aanbieder, maar die heeft een wachtlijst. De zorgaanbieder geeft bij deze MUT-code altijd een wachtstatus/classificatie door.

iWlz bericht	Mutatiebericht (AW39-bericht)
MUT-code (MUT-reden)	• MUT12: Cliënt wil (nog) geen Wlz-zorg ontvangen. Levering van de toegewezen zorg wordt niet opgestart. De zorgtoewijzing wordt aangehouden (wachtstatus) óf beëindigd (Einde zorg) • MUT17: Overplaatsing. Cliënt is al in zorg, MAZ aanwezig. Overplaatsing via MUT17 gaat altijd over dezelfde zorg/ leveringsvorm, die bij een andere zorgaanbieder wordt voortgezet • MUT19: Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing wordt afgesloten • MUT20: Levering zorg is (tijdelijk) beëindigd. Zorgtoewijzing aanhouden

	• MUT21: Overdracht zorgtoewijzing. Cliënt is nog niet in zorg, geen MAZ aanwezig. Overdracht via MUT21 gaat altijd over dezelfde zorg/leveringsvorm, maar dan bij andere (voorkeur)aanbieder • MUT18: Zorgaanbieder kan de zorg (nog) niet leveren
MUT 18 en eerste contact nieuwe cliënt	Lukt het een aanbieder niet om binnen 10 werkdagen, na ontvangst van een zorgtoewijzing, contact te leggen met een nieuwe cliënt? Om een reden die bij de cliënt ligt (bijvoorbeeld niet bereikbaar)? Dan stuurt de zorgaanbieder voorlopig een MUT18 met wachtstatus Wacht op voorkeur en classificatie Geen aanvullende wensen. Voor elke nieuwe cliënt heeft een aanbieder, na ontvangst van de zorgtoewijzing, maximaal 10 werkdagen tijd om een mutatiebericht met status (en classificatie) aan te leveren. Uitzondering hierop zijn de volgende cliëntsituaties, daarvoor geldt aanlevering van de status binnen 5 dagen (binnen 2 werkdagen exclusief weekend, zie paragraaf 2.5.5): • Urgent plaatsen, Geen crisisbed beschikbaar • Urgent plaatsen, PTZ • Urgent plaatsen, Wzd Art. 28a
Voorbeelden	• Een zorgaanbieder krijgt van het zorgkantoor een zorgtoewijzing voor een cliënt met een zorgprofiel waarvoor de organisatie niet is/wordt gecontracteerd. De aanbieder kan wel op verantwoorde wijze goede zorg leveren aan de cliënt via een ander, passend zorgprofiel waarvoor de organisatie is gecontracteerd. Om deze zorg te mogen leveren en declareren, levert de zorgaanbieder op het al toegewezen zorgprofiel een leveringsstatus Einde zorg aan (MUT12). Gelijktijdig vraagt de zorgaanbieder via dit mutatiebericht een nieuwe zorgtoewijzing aan voor het andere zorgprofiel (zie paragraaf 2.8). Het zorgkantoor trekt, na ontvangst van het mutatiebericht, de oude zorgtoewijzing in en wijst het nieuwe zorgprofiel toe. Voor het oude zorgprofiel resteert na de intrekking altijd een zorgtoewijzing van 1 dag (zie paragraaf 2.7.4). • Een cliënt heeft bij de indicatiestelling aangegeven dat hij zijn zorg wil verzilveren via de leveringsvorm Verblijf. De cliënt wist niet dat hij in de Wlz ook zorg thuis kan krijgen, dat heeft hij liever. De aanbieder kan dit ook verantwoord voor de cliënt organiseren via een Volledig pakket thuis (VPT). De cliënt vindt dit een goed alternatief. Om deze zorg te kunnen leveren en declareren moet de leveringsvorm Verblijf worden omgezet naar VPT. De aanbieder (dossierhouder) vraagt daarvoor een nieuwe zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor via het mutatiebericht. Met dit mutatiebericht geeft de zorgaanbieder gelijktijdig een MUT12 (Leveringsstatus Einde zorg) door voor de huidige zorgtoewijzing. Het zorgkantoor trekt de oude zorgtoewijzing in en stuurt een nieuwe zorgtoewijzing voor hetzelfde zorgprofiel met een andere leveringsvorm (VPT in plaats van Verblijf). • Een cliënt krijgt zorg thuis via een Modulair pakket thuis (MPT). De cliënt wil haar zorg thuis toch liever zelf inkopen via een PGB.

Ze heeft hiervoor al een aanvraag ingediend bij het zorgkantoor (de cliënt moet een PGB altijd zelf aanvragen, een aanbieder kan dit niet voor de cliënt doen). Zodra de cliënt toestemming krijgt voor een PGB, stopt ze het MPT bij de zorgaanbieder vanaf de ingangsdatum van het PGB. De aanbieder levert een Mutatiebericht aan, met de juiste einddatum/mutatiedatum, om de zorg stop te zetten (MUT19/ Einde zorg). Het zorgkantoor trekt de zorgtoewijzing in, waarbij rekening wordt gehouden met de einddatum/mutatiedatum van het MPT.

- Een cliënt krijgt verblijfszorg bij zorgaanbieder A, maar wil graag dichterbij zijn familie gaan wonen. Zijn nieuwe voorkeuraanbieder heeft direct plaats. Zorgaanbieder A (huidige dossierhouder) regelt de overplaatsing naar de nieuwe voorkeuraanbieder (nieuwe dossierhouder). Zorgaanbieder A gebruikt hiervoor het mutatiebericht en vult Mutatiecode 17 (Einde zorg: de cliënt maakt al gebruik van verblijfszorg/er is een MAZ aanwezig). Zorgaanbieder A vult in het mutatiebericht de Instelling van bestemming (agb-code). Het zorgkantoor weet dan naar welke zorgaanbieder de cliënt verhuist en maakt voor deze nieuwe zorgtoewijzing direct een zorgtoewijzing aan en vult die ook bij het veld dossierhouder. Zorgaanbieder A hoeft dat niet meer aan te vragen.

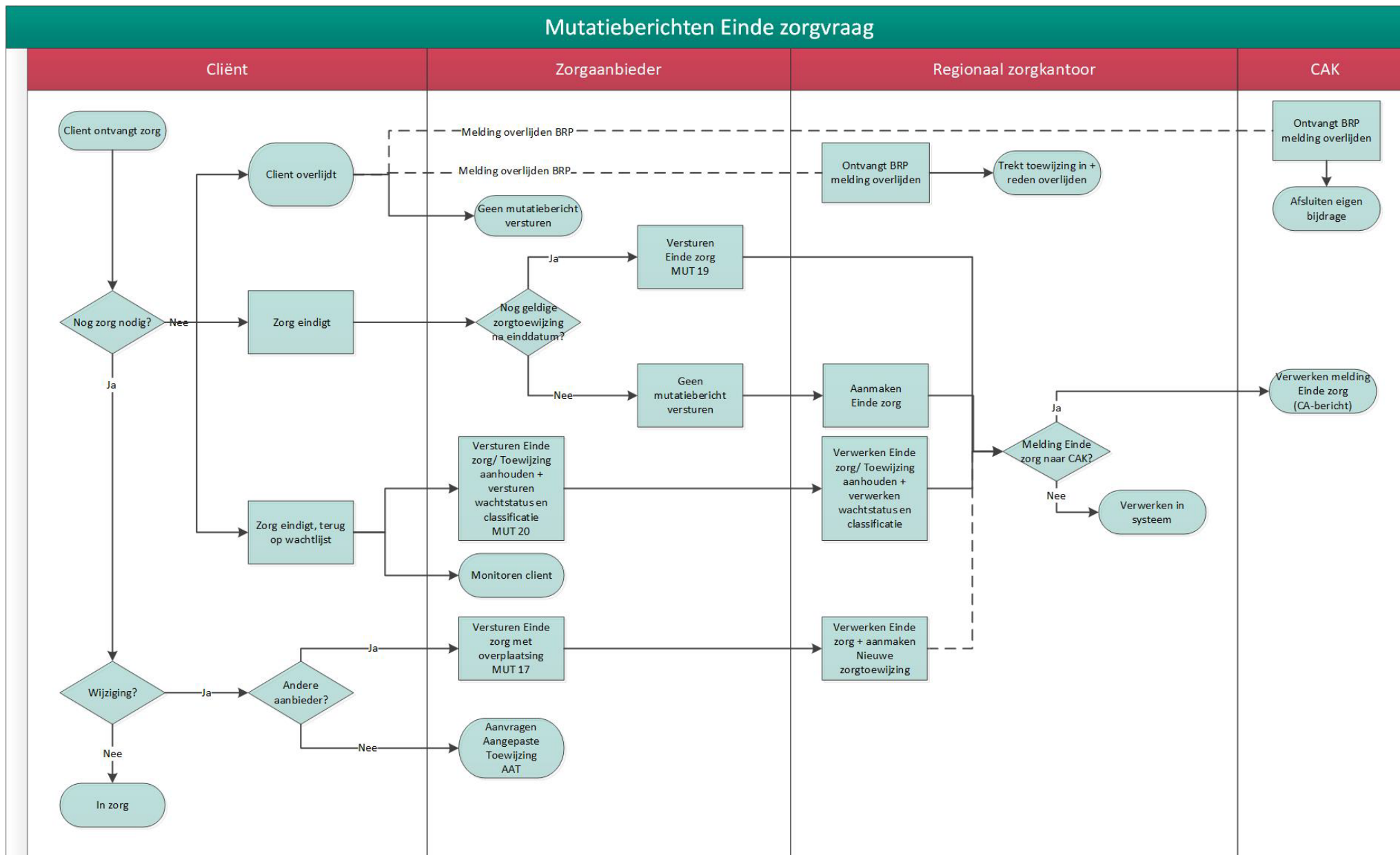
Tabel 11 Voorbeeldsituaties Mutatiebericht/AW39-bericht

2.7.4 Procesafspraken voor het Mutatiebericht (Einde zorg)

- Na het intrekken van een zorgtoewijzing door een mutatiebericht, kan er een zorgtoewijzing over blijven van 1 dag. (Een zorgtoewijzing wordt na een Mutatiebericht nooit volledig verwijderd). De zorgaanbieder kan deze 1-dags zorgtoewijzing negeren als er op die dag geen zorg is geleverd. Zorgtoewijzingen van 1 dag worden ook uitgesloten van de (landelijke) wachtlijst-informatie;
- Is er op de dag van de 1-dags zorgtoewijzing wel zorg geleverd? Dan stuurt de zorgaanbieder een MAZ. Zonder MAZ kan de zorg op deze dag anders niet gedeclareerd worden. Een Melding Einde Zorg (MEZ) aanleveren is niet nodig, omdat de zorgtoewijzing ook eindigt op die dag.
- Is er op de dag van de 1-dags zorgtoewijzing géén zorg geleverd, maar per ongeluk al wel een MAZ aangeleverd? Dan verwijdert de zorgaanbieder deze MAZ;
- Een zorgaanbieder levert géén Mutatiebericht (Melding Einde Zorg/MEZ) aan voor alle situaties waar de zorg eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing. Het zorgkantoor maakt voor deze situaties zelf een 'MEZ' aan in het eigen systeem. Het zorgkantoor bepaalt vervolgens of deze informatie naar het CAK moet worden gestuurd voor het beëindigen van de eigen bijdrage oplegging. Dat gebeurt alleen als alle Wlz-zorg bij een cliënt is stopt. De zorgaanbieder kan in deze situaties natuurlijk wel (handmatig) een MEZ in het eigen systeem zetten om de zorg af te sluiten als dit voor de interne processen en/of verantwoording nodig is;
- Stopt de zorg eerder dan de einddatum van de zorgtoewijzing? Dan levert de zorgaanbieder altijd een Mutatiebericht (MEZ) aan om een Einde zorg kenbaar te maken bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor bepaalt of deze informatie naar het CAK moet worden gestuurd om het opleggen van de eigen bijdrage te beëindigen;

- Overlijdt een cliënt en eindigt de zorg daarom eerder dan de einddatum van de zorgtoewijzing? Dan levert een zorgaanbieder géén Mutatiebericht (MEZ) aan bij het zorgkantoor. Zorgkantoren en het CAK ontvangen overlijdensdata namelijk rechtstreeks vanuit het Basisregistratie Personen (BRP). Het CAK gebruikt deze BRP-meldingen voor een juiste beëindiging van de eigen bijdrage³⁹. Doordat de aanbieder bij het overlijden geen Mutatiebericht (MEZ) aanlevert, kan er geen verschil in overlijdensdata ontstaan. Het CAK handelt het beëindigen van de eigen bijdrage bij overlijden met aangepaste communicatie af;
- Eindigt de zorg (thuis) voor een terminale cliënt eerder omdat hij bijvoorbeeld in het ziekenhuis of een hospice is opgenomen en niet meer thuiskomt of terugkeert naar de instelling? Dan levert de zorgaanbieder wel een Mutatiebericht (MEZ) aan. De eigen bijdrage voor een cliënt kan dan eerder stoppen.

³⁹ Om deze reden wordt mutatiecode 02 (Overlijden) niet meer gebruikt in het mutatie bericht (AW39).



Figuur 8 Aanlevering mutatiebericht

2.7.5 Rollen leveringsstatus In zorg en Einde Zorgvraag

2.7.5.1 Leveringsstatus In zorg

Rol Zorgkantoor	Rol Zorgaanbieder
Monitoren tijdige en juiste aanlevering MAZ-bericht.	Tijdige en juiste aanlevering van MAZ-bericht. Binnen 5 werkdagen na: • start van de zorg of • overdracht van de sleutel (bij opname) of • ontvangst van de zorgtoewijzing als de zorg al is gestart vóór ontvangst van de zorgtoewijzing. De zorgtoewijzing gaat dan met terugwerkende kracht in.

Tabel 12a Rollen leveringsstatus In zorg

2.7.5.2 Leveringsstatus Einde zorg

Rol Zorgkantoor	Rol Zorgaanbieder
• Monitoren tijdige en juiste aanlevering MUT/ MEZ-bericht. • Afstemmen met de cliënt en/of voorkeuraanbieder als er geen enkele vorm van zorg gewenst is of de geleverde zorg volledig wordt gestopt. • Afhankelijk van de reden wordt een nieuw contactmoment met de cliënt afgesproken. • Heeft een cliënt een nog geldig indicatiebesluit, dan registreert het zorgkantoor zo nodig dat de cliënt voorlopig afziet van zorg. Anders wordt deze cliënt meegeteld in de landelijke wachtlijstinformatie.	Tijdige en juiste aanlevering van MUT/MEZ-bericht binnen 5 werkdagen: • Na ontvangst van de zorgtoewijzing voor melding van de status Einde zorgvraag als de cliënt geen gebruik wil maken van de toegewezen leveringsvorm en hiervoor ook niet op een wachtlijst wil staan of in beeld wil blijven bij de zorgaanbieder. • Na ontvangst van de 1e zorgtoewijzing bij een nieuwe cliënt (of als een cliënt na lange tijd weer Wlz-zorg wil) heeft een DH/ CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen omdat eerst met de cliënt besproken moet worden wat zijn situaties is en zijn zorgbehoefte/wens. Of • Na beëindiging van de zorglevering (als de zorg eerder eindigt dan de einddatum van de zorgtoewijzing). Of • Na ontvangst van de zorgtoewijzing als deze met terugwerkende kracht ingaat en de zorg al voor de toewijzdatum is gewijzigd of beëindigd.

Tabel 12b Rollen leveringsstatus Einde zorgvraag

2.8 Mutatiebericht en Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing

Een mutatiebericht (AW39-bericht) wordt gebruikt om:

- Leveringsstatus Einde zorgvraag door te geven (zie paragraaf 2.7) en/of
- Een nieuwe of aangepaste zorgtoewijzing aan te vragen (AAT).
AAT staat voor Aanvraag Aangepaste (zorg)Toewijzing.
- Een wachtstatus/classificatie door te geven (zie paragraaf 2.5) en/of
- Een nieuwe of aangepaste zorgtoewijzing aan te vragen (AAT).
AAT staat voor Aanvraag Aangepaste (zorg)Toewijzing.

2.8.1 Wanneer wordt een Aanvraag Aangepaste (zorg)Toewijzing (AAT) ingediend?

- In het indicatiebesluitbericht (IO31) wordt maximaal één voorkeuraanbieder doorgegeven. Wil een cliënt zijn zorg (VoorkeurCliënt) graag van deze aanbieder krijgen? En is de toegewezen leveringsvorm ook de gewenste leveringsvorm? Dan is er geen nieuwe zorgtoewijzing nodig en hoeft er geen Aanvraag voor een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) te worden ingediend. De voorkeuraanbieder kan de informatie in de zorgtoewijzing gebruiken om de zorg (thuis) in te zetten die past bij de zorgbehoefte van de cliënt;
- Wil de cliënt (later) zijn voorkeuraanbieder en/of de toegewezen leveringsvorm wijzigen, zijn zorg van meerdere aanbieders krijgen of is er meer budget nodig? Dan wordt hiervoor een Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT) ingediend bij het zorgkantoor. Die aanvraag kan op ieder moment worden ingediend;
- Een Mutatiebericht kan alleen een AAT bevatten, alleen een Mutatiecode met status (en classificatie) of allebei.

iWlz- bericht	MUT (AW39-bericht)
MUT-code	• Mutatiecode waarbij gelijktijdig een aanvraag voor een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) kan worden ingediend: MUT12: Cliënt wil de zorg (nog) niet MUT18: Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren MUT19: Einde zorg • Mutatiecode waarmee alléén de voorkeuraanbieder wordt gewijzigd: MUT17: Overplaatsing (altijd dezelfde zorg) MUT21: Overdracht (altijd dezelfde zorg) • Mutatiecode waarmee de zorgtoewijzing ongewijzigd blijft: MUT20: Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing aanhouden
Geén MUT-code	• Mutatie-bericht waarmee alleen een aanvraag voor een (aangepaste) zorgtoewijzing kan worden gedaan.
Voorbeelden	• Een cliënt heeft verblijfszorg nodig en krijgt hiervoor een indicatie. De voorkeuraanbieder heeft een wachtlijst. Om de wachtperiode tot opname verantwoord te overbruggen, is zorg thuis nodig in de vorm van een Modulair pakket thuis (MPT). Het MPT wordt door een andere aanbieder geleverd. De voorkeuraanbieder (dossierhouder) meldt via een mutatiebericht

(MUT18) dat de verblijfszorg nog niet kan worden geleverd. Tegelijkertijd vraagt de dossierhouder via dit bericht de overbruggingszorg aan voor de andere zorgaanbieder. Via de MUT18 wordt ook de wachtstatus/classificatie doorgegeven.

- Een cliënt krijgt zorg thuis via een MPT. De zorg thuis is niet meer verantwoord te organiseren. Er is nog geen zorgtoewijzing voor verblijfszorg voor de cliënt. De coördinator zorg thuis (CZT) vraagt via een Mutatiebericht een zorgtoewijzing voor verblijfszorg aan. Omdat de zorg thuis ongewijzigd doorloopt hoeft er geen Mutatiecode aangeleverd te worden, alleen een AAT.

Tabel 13 Voorbeeldsituaties voor AAT en/of mutatie in AW39-bericht

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. Via een zorgtoewijzing geeft het zorgkantoor indirect ook het budget mee dat beschikbaar is voor het geïndiceerde of toegewezen zorgprofiel. Dit budget is cliëntvolgend;
- In de zorgtoewijzing is het beschikbare budget niet als een bedrag opgenomen maar wordt dit uitgedrukt in een percentage (%);
- Door een percentage op te nemen in de zorgtoewijzing (in plaats van een budget/bedrag) willen we zoveel mogelijk voorkomen dat er een nieuwe zorgtoewijzing moet worden aangevraagd als een landelijk tarief voor een of meer prestaties wijzigt. Het beschikbare budget hoeft zo niet opnieuw kloppend te worden gemaakt;
- 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/ per zorgprofiel anders.

Wanneer een aangepaste zorgtoewijzing aanvragen (AAT)?

- Het toegewezen percentage van 100% kan door de zorgaanbieder(s) worden gebruikt voor de inzet van zorg, ook als er minder budget nodig is voor de noodzakelijke zorg bij de cliënt. Omdat er géén lager % hoeft te worden aangevraagd dan 100%, is er minder vaak een AAT nodig. Dit maakt het zorgtoewijzingsproces flexibeler, eenvoudiger en geeft minder administratieve last;
- Past de zorg binnen het toegewezen %, dan kan de zorgaanbieder direct een MAZ (AW35-bericht) aanleveren voor de toegewezen leveringsvorm;
- Moet de zorg verdeeld worden over extra (nieuwe) zorgaanbieders, wordt de zorg in combinatie met PGB geleverd en/of is er meer budget nodig (>100 %)? Dan is er altijd een AAT nodig;
- Wil een cliënt bijvoorbeeld dagbesteding van een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder die het MPT levert? Dan vraagt de coördinator zorg thuis dit altijd via een AAT aan bij het zorgkantoor. Zonder zorgtoewijzing kan deze nieuwe aanbieder anders de geleverde zorg niet declareren;

- Er is ook een nieuwe zorgtoewijzing nodig als een zorgaanbieder het toegewezen zorgprofiel niet mag leveren (verblijfszorg of VPT), en wil vervangen door een instellings-eigen zorgprofiel waarvoor de organisatie wel is gecontracteerd (zie H4 en bijlage C).

Wie vraagt een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan?

- Een zorgaanbieder die de rol van coördinator zorg thuis of dossierhouder heeft, vraagt een AAT aan als dat nodig is. Een zorgaanbieder die een van deze rollen niet heeft, kan zelf geen AAT aanvragen. Zo houdt de zorgaanbieder die het 1^e aanspreekpunt is voor een cliënt goed overzicht over de zorg die een cliënt krijgt;
- In één AAT kunnen alleen zorgtoewijzingen worden aangevraagd voor één leveringsvorm: bijvoorbeeld óf leveringsvorm MPT óf leveringsvorm VPT, niet allebei tegelijkertijd;
- De AAT moet voor één leveringsvorm altijd alle actuele zorg bevatten. 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 thuiszorgaanbieder? Dan wordt het MPT voor deze periode niet opnieuw toegewezen aan die zorgaanbieder. Over de ingezette zorg in deze periode loopt hij een financieel risico omdat de geleverde zorg niet gedeclareerd⁴⁰ kan worden. Hij is zelf verantwoordelijk voor het regelen van een passende zorgtoewijzing via de CZT. Vanzelfsprekend bewaakt de CZT of alle actuele zorg in de aanvraag voorkomt. Zo nodig overlegt hij daarover met de betrokken aanbieders;
- Ontvangt een zorgaanbieder dezelfde zorgtoewijzing nog een keer dan noemen we dat een informatieve zorgtoewijzing. Op deze zorgtoewijzing hoeft niet opnieuw een MAZ- of een MUT-bericht gestuurd te worden als die al is aangeleverd en de situatie niet is veranderd;
- Een informatieve zorgtoewijzing behoudt zijn oorspronkelijke zorgtoewijzingsdatum en zorgtoewijzingstijd (die worden overgenomen in de nieuwe zorgtoewijzing);
- Zorg die met PGB⁴¹ wordt ingekocht kan een zorgaanbieder niet in een AAT opnemen;
- Zijn er meerdere zorgaanbieders betrokken bij een cliënt. Wordt er voor een zorgaanbieder een nieuwe of gewijzigde zorgtoewijzing aangevraagd? Dan hoeft alleen de zorgaanbieder(s) die een gewijzigde zorgtoewijzing ontvangt opnieuw een wachtstatus/ leveringsstatus aan de leveren. De zorgaanbieders die een informatieve zorgtoewijzing ontvangen hoeven dit niet opnieuw te doen.
Verandert er voor andere betrokken zorgaanbieders wel iets aan de wachtstatus (leveringsstatus)? Dan moet dit altijd worden doorgegeven via een mutatiebericht anders klopt de (landelijke) wachtlijstinformatie niet;
- 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.

2.8.3 AAT en Rekenmodule/Adviesformulier

Landelijk zijn er twee instrumenten beschikbaar die zorgaanbieders en zorgkantoren ondersteunen in het zorgtoewijzingsproces: de Rekenmodule en het Adviesformulier.

⁴⁰ Met uitzondering van bepaalde vormen van behandeling die wel zonder zorgtoewijzing gedeclareerd kunnen worden.

⁴¹ Voor PGB geldt dat in de toekenningsbeschikking een bedrag wordt opgenomen, geen percentage.

Doel Rekenmodule

De Rekenmodule wordt gebruikt om:

- Te berekenen of het besproken zorgarrangement (thuis) doelmatig is en past binnen het (basis)budget van een bepaald zorgprofiel;
- Te beoordelen of het besproken zorgarrangement thuis past binnen het beschikbare budget voor een bepaalde doelgroep. Voor bepaalde doelgroepen kan namelijk extra financiële ruimte worden aangevraagd voor zorg thuis, als er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde zorg (zie vanaf 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. In de Rekenmodule wordt gerekend met de tarieven van de NZa-prestaties⁴² voor Wlz-zorg. (Het berekende budget wordt vervolgens omgezet/uitgedrukt in een percentage).
- Is er sprake van een wijziging in de zorg dan kan via de rekenmodule het % opnieuw worden berekend. Zo nodig vraagt de dossierhouder of coördinator zorg thuis dan een nieuwe zorgtoewijzing aan via een AAT;
- De actuele rekentabellen staan in de rekenmodule onder de tab Tarieven. Een percentage is zo altijd terug te reken naar het bijbehorende budget;
- Hoe de rekenmodule precies werkt, wordt verder toegelicht in een tabblad bij de Rekenmodule.

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

⁴² 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.

Deze kosten mogen dan niet bij het zorgkantoor worden gedeclareerd. De gemaakte afspraken worden in deze situaties expliciet vastgelegd in de zorgovereenkomst.

Doel Adviesformulier

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

De zorgaanbieder levert dit formulier aan bij het zorgkantoor als:

- (Een van) de betrokken aanbieder(s) twijfelt over verantwoorde inzet van zorg thuis of van mening is dat de zorg thuis niet verantwoord⁴³ 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, op basis van lopende casuïstiek bij het zorgkantoor of op basis van een aangevraagde zorgtoewijzing met een (erg) hoog percentage. De zorgaanbieder levert het formulier uiterlijk 2 werkdagen na dit verzoek aan bij het zorgkantoor.

Procesafspraken verantwoorde zorg (Adviesformulier)

- Bij ontoereikende zelfregie van een cliënt en de aanwezigheid van een gevaarscriterium⁴⁴ licht de zorgaanbieder op het formulier toe hoe het noodzakelijke, permanente toezicht (24/7) of zorg in nabijheid is geregeld. En hoe (gezondheids)risico voor de cliënt wordt voorkomen. Datzelfde geldt voor de situatie van onvrijwillige zorg thuis (Wzd). Een advies van de huisarts over verantwoorde medische zorg thuis wordt daarbij ook opgevraagd;
- De huisarts is in principe altijd de betrokken eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar. De SO, AVG-arts, medisch specialist of orthopedagoog zijn in deze situaties ondersteunend aan de huisarts. Tenzij anders overeengekomen tussen betrokken medische behandelaars;
- De medisch adviseur van het zorgkantoor mag alleen met toestemming van de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger contact opnemen met de eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar;
- In de situatie van extra Ademhalingstoeslagen en Meezorg MPT, is bij de zorgverlening altijd een gekwalificeerd zorgprofessional betrokken (bijvoorbeeld een verpleegkundige of SPH'er). Dit geldt zowel voor ZIN als PGB. Bij de toeslag Extra kosten thuis (EKT) en PTZ wordt de noodzaak hiervan altijd zorgvuldig afgewogen;
- Is de zorgaanbieder van mening dat inzet van een hoger deskundigheidsniveau in genoemde situaties niet noodzakelijk is, dan wordt dit gemotiveerd in de toelichting van het formulier. Wordt in deze situaties zorg met PGB ingekocht?

⁴³ Er kan dan ook sprake zijn van afweging voor een aanvraag voor Besluit tot opname en verblijf (Wzd).

⁴⁴ Zie bijlage A.

Dan toetst het zorgkantoor dit bij de cliënt of gewaarborgde hulp. Bij een PGB kan het zorgkantoor ook een controle op het gevraagde opleidingsniveau uitvoeren door te toetsen of de zorg/hulpverlener in het KvK geregistreerd staat en zo nodig over een BIG-registratie beschikt. Bij de aanbieder is dit onderdeel van de inkoopafspraken (overeenkomst);

- In de situatie van verpleegtechnisch handelen, kan het zorgkantoor (achteraf) toetsen op aantoonbaar geschoold personeel bij de betrokken Wlz-zorgaanbieder. In alle andere gevallen, zoals PGB, ligt de regie hiervoor bij de cliënt, zijn (wettelijk) vertegenwoordiger of betrokken medische professional. In de situatie van een PGB is de vereiste bekwaamheid onderdeel van het bewuste keuze gesprek of periodiek huisbezoek door het zorgkantoor;
- In de situatie van een (medisch) gevaarscriterium wordt ernaar gestreefd dat een (betrokken) zorgprofessional binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn. Tenzij mantelzorg of informele zorg direct en adequaat kan ingrijpen op het (gezondheid)risico. De afspraken hierover zijn vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Een (huis)arts moet binnen 10 minuten reageren en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn.

2.9 Regionaal zorgkantoor, CAK en eigen bijdrage

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

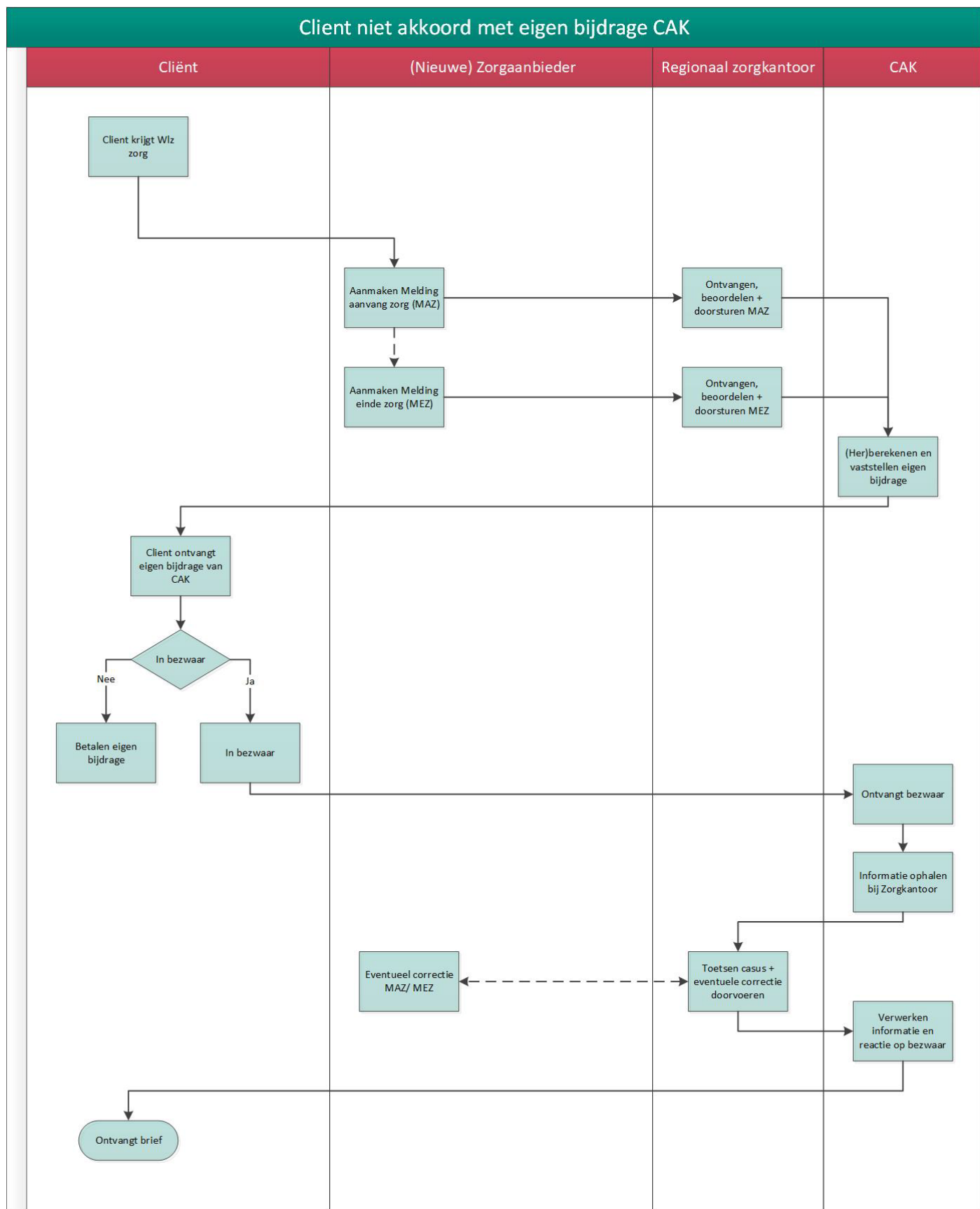
Eigen bijdrage en Melding aanvang zorg, Mutatie/ Melding einde zorg

- Voor het opleggen van de juiste eigen bijdrage⁴⁵ zijn de leveringsvorm, de ingangsdatum, de sleuteldatum (verblijfszorg) en de einddatum van belang. Voor elke leveringsvorm (MPT, PGB, VPT, Deeltijdverblijf of Verblijf) geldt namelijk een andere eigen bijdrage systematiek. Het CAK vermeldt daarom de leveringsvorm op de factuur aan de cliënt;
- Daarnaast wordt bij een aantal leveringsvormen de hoogte van de eigen bijdrage bepaald door de omvang van de geleverde zorg;
- Deeltijdverblijf kan wekelijks worden geleverd voor 3,5 of 4 of 4,5 etmaal. Omdat er voor 3,5 etmaal een andere eigen bijdrage geldt dan voor 4 of 4,5 etmaal, moet het veld Etmalen goed gevuld worden in het Melding Aanvang Zorg bericht (MAZ/AW35). In hoofdstuk 4 wordt deeltijdverblijf (DTV) verder uitgewerkt;
- Aansluitend op deeltijdverblijf geldt dat de leveringsvorm Verblijf van toepassing is voor 5 of 6 of 7 etmalen.
Het CAK maakt daarbij geen onderscheid in de hoogte van de eigen bijdrage omdat het CAK altijd uitgaat van verblijfszorg voor 7 etmalen. Dat betekent dat zowel voor 5 of 6 of 7 etmalen de (hoge) intramurale eigen bijdrage van toepassing is;

⁴⁵ Informatie over de eigen bijdrage heffing is terug te vinden op de website van het CAK.

- Voor de leveringsvorm VPT geldt dat het CAK voor het opleggen van de eigen bijdrage ook altijd uitgaat van 7 etmalen;
- Voor het MPT is de omvang van de geleverde zorg belangrijk in het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage. Het CAK krijgt van de zorgkantoren informatie over de leveringsvorm MPT. Daarnaast levert Vektis⁴⁶ bij het CAK-informatie aan over de zorg thuis die voor een cliënt is gedeclareerd. Is dat minder dan 20 uur zorg per maand dan geldt een lagere eigen bijdrage;
- Het zorgkantoor bepaalt of een ontvangen MAZ (AW35-bericht) wordt doorgestuurd naar het CAK. Dat gebeurt in iWlz via CA-berichten. Belangrijk daarin is of het de eerste MAZ is (juiste ingangsdatum) of een MAZ na wijziging van een leveringsvorm;
- Het zorgkantoor bepaalt ook of een MUT/ MEZ (AW39-bericht) wordt aangeleverd bij het CAK. Daarvoor kan een ontvangen Melding einde zorg van een zorgaanbieder worden gebruikt of een 'Einde zorg' die het zorgkantoor zelf heeft aangemaakt. Om te voorkomen dat een cliënt zijn eigen bijdrage te lang doorbetaalt of een verkeerde eigen bijdrage betaalt, moet een zorgaanbieder een MEZ op tijd aanleveren bij het zorgkantoor. Let op: alleen als het nodig is om een MEZ aan te leveren (zie paragraaf 2.7);
- Wordt er een nieuw positief indicatiebesluit afgegeven, dan worden de geldende zorgtoewijzingen 'geveegd' in het systeem van het zorgkantoor. Deze zorgtoewijzingen worden ingetrokken met reden Herindicatie. Gelijktijdig worden er nieuwe zorgtoewijzingen aangemaakt. Op de ingetrokken zorgtoewijzingen hoeft de aanbieder geen MEZ aan te leveren. Voor nieuwe zorgtoewijzingen moet er altijd wel een MAZ worden aangeleverd, als er zorg wordt geleverd. Zo weet het zorgkantoor dat de eigen bijdrage moet blijven doorlopen bij een cliënt. Wordt dezelfde zorg (leveringsvorm) gecontinueerd? Dan levert het zorgkantoor geen nieuw bericht (MAZ) bij het CAK aan;
- Is een cliënt het niet eens met een opgelegde eigen bijdrage (soort zorg, omvang zorg, begindatum of einddatum)? Dan kan de cliënt een bezwaar indienen bij het CAK. Het CAK toetst via het zorgkantoor, die de betrokken aanbieder heeft gecontracteerd, of het bezwaar terecht is. Het CAK benadert hiervoor niet zelf een zorgaanbieder;
- 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 van beide administraties;
- Het zorgkantoor levert tijdig informatie aan bij het CAK over de ingangsdatum van een beschikking voor PGB. Wanneer het PGB is beëindigd of afgelopen, levert het zorgkantoor deze informatie ook aan bij het CAK. Dit proces wordt hier verder niet beschreven.

⁴⁶ 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.



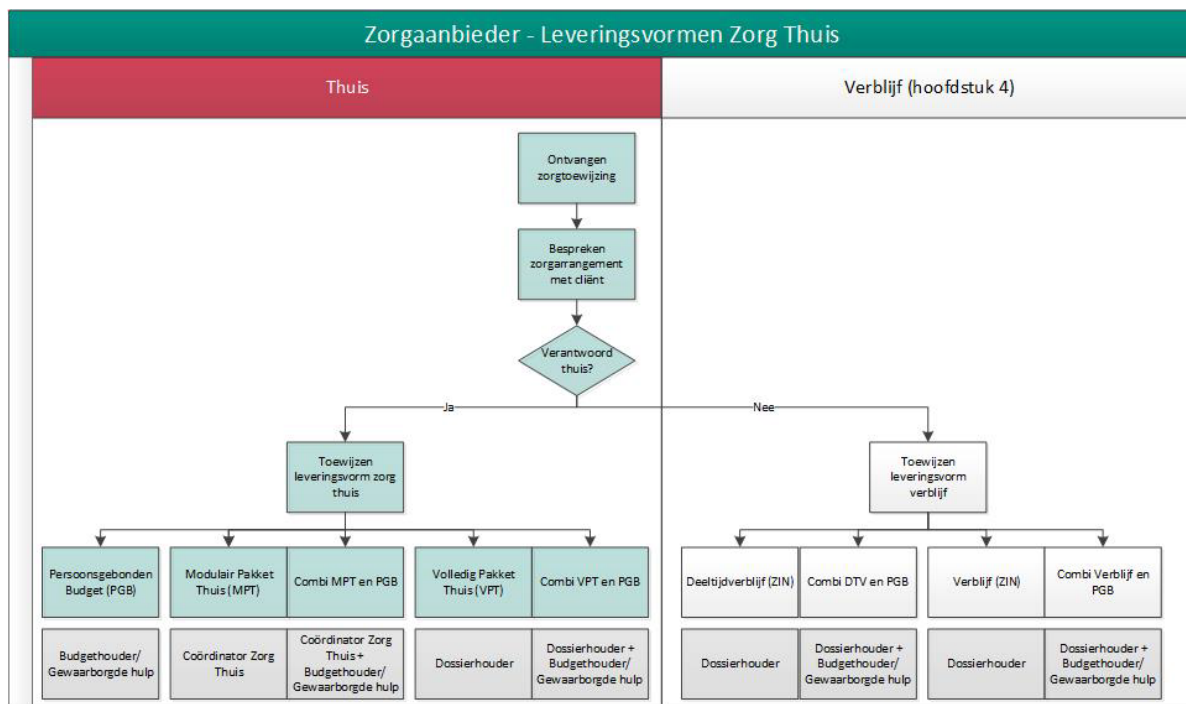
Figuur 9 Eigen bijdrage Wlz

3. Wlz-zorg bij thuis wonen

3.1 Inleiding

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

Zorg thuis, via zorg in natura, is mogelijk via een Modulair Pakket Thuis (MPT) of een Volledig Pakket Thuis (VPT). Dit kan gecombineerd worden met zorg die ingekocht wordt via een Persoonsgebonden budget (PGB). Iemand kan alle zorg die thuis nodig is ook volledig inkopen met een Persoonsgebonden budget. Deze zorgvormen kunnen later ook ingezet worden om een wachtperiode tot opname te overbruggen, als een opname noodzakelijk of gewenst is. Het zorgtoewijzingsproces voor verblijfszorg (inclusief overbruggingszorg) wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4. Net zoals de situatie dat iemand die thuis woont zijn/haar zorg thuis wil combineren met Deeltijdverblijf (DTV). Het zwaartepunt van de zorg ligt dan bij Deeltijdverblijf en dit is een vorm van verblijfszorg.



Figuur 10 Leveringsvormen zorg thuis met 1^e aanspreekpunt

3.2 Algemene uitgangspunten zorg thuis

Algemene uitgangspunten voor zorg thuis

- Iemand met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (V&V), de Gehandicaptenzorg (GZ)⁴⁷ of Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kan langdurig zorg thuis krijgen als dit de gewenste en best passende zorgvorm is. Uitzondering hierop zijn mensen met een indicatie voor een VVgB, GGZB, SGLVG, LVG of een laag zorgprofiel (bijvoorbeeld VV1, VV2, VG1 of LG1). Deze uitzonderingen worden verder toegelicht in hoofdstuk 4 (verblijfszorg) en bijlage D⁴⁸ (lage zorgprofielen);
- In de Wlz kan een GGZB-zorgprofiel alleen worden afgegeven voor iemand vanaf 18 jaar. Dit profiel wordt altijd verzilverd in een GGZ-instelling die gericht is op behandeling. Als de noodzaak voor verblijfszorg in een GGZ-instelling voor behandeling vervalt, is er geen recht meer op Wlz-zorg tenzij er een indicatie is voor een ander zorgprofiel. Is dat niet het geval en is er nog zorg, begeleiding of behandeling thuis nodig? Dan is een van de andere domeinen voorliggend (Wmo of Zvw⁴⁹);
- Een SGLVG of LVG-zorgprofiel wordt door het CIZ alleen geïndiceerd als er noodzaak is voor verblijfszorg in een (SG)LVG-behandelcentrum én een cliënt nog niet is uitbehandeld⁵⁰. Deze indicaties mogen daarom niet langdurig in de vorm van zorg thuis worden verzilverd. Dat geldt zowel voor ZIN als PGB. Had iemand op 31 december 2019 nog een PGB voor een zorgprofiel LVG1 of LVG2? Dan mag de budgethouder dit PGB houden tot uiterlijk de einddatum van dat indicatiebesluit. Dit recht is vastgelegd in de Rlz, artikel 5.5.

Maatwerk

- Een zorgarrangement thuis wordt samen met een cliënt ingevuld. Voorwaarde hiervoor is wel dat de cliënt een afgewogen beslissing kan maken en kan overzien wat de consequenties en/of risico's van een beslissing zijn;
- Een zorgarrangement thuis wordt verder zoveel mogelijk afgestemd op de wensen en zorgbehoefte van een cliënt (maatwerk). Een aanbieder vertaalt het geïndiceerde zorgprofiel dus niet naar een standaardpakket zorg;
- Wil een cliënt bepaalde individuele zorg van meerdere aanbieders krijgen? Bijvoorbeeld verpleging. Dan kan dat bij MPT (en/of PGB). Alle vormen van individuele zorg thuis (persoonlijke verzorging, verpleging, individuele begeleiding of behandeling) zijn daarvoor samengevoegd onder één leveringsvorm MPT;
- Een cliënt kan zijn dagbesteding of dagbehandeling bij MPT verdelen over meerdere aanbieders en/of PGB. Hij kan bijvoorbeeld 4 dagdelen dagbesteding rechtstreeks bij een zorgboerderij afnemen via zorg in natura (ZIN) en 4 dagdelen inkopen met PGB. Voor het PGB kan dit alleen voor dagbesteding omdat behandeling⁵¹ nooit met een PGB mag worden ingekocht.

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

⁴⁸ Let op: alle lage zorgprofielen staan in bijlage D, voor enkele ZG- en LG-zorgprofielen is er een splitsing in 2 perioden.

⁴⁹ Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw).

⁵⁰ 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.

⁵¹ Koopt iemand al zijn zorg thuis in via een PGB en is er ook behandeling nodig? Dan kan een budgethouder (PGB) altijd contact opnemen met het zorgkantoor voor bemiddeling naar een zorgaanbieder (ZIN).

- Een cliënt kan zijn dagbesteding of dagbehandeling naast VPT ook verdelen over meerdere aanbieders en/of PGB (alleen dagbesteding). In de situatie van een VPT kan dit alleen bepaalde zorgprofielen uit de GZ en GGZ. Bij zorgprofielen uit de V&V is de dagbesteding of dagbehandeling integraal onderdeel van het tarief;

3.2.1 Coördinator zorg thuis

Eerste aanspreekpunt zorg thuis⁵²

De cliënt bepaalt welke zorgaanbieder hij/zij als 1^e aanspreekpunt wil voor het organiseren van zorg thuis. Deze zorgaanbieder noemen we de coördinator zorg thuis (CZT) bij het MPT. Bij een VPT⁵³ heet die zorgaanbieder de dossierhouder (DH). Verderop leggen we uit waarom deze rol bij MPT en VPT niet allebei óf CZT óf DH heet. Bij zorg thuis is de rol van CZT en DH overigens vrijwel gelijk. Waar de rol afwijkt wordt dit benoemd. De rol van dossierhouder geldt niet alleen voor VPT maar ook voor verblijfszorg en deeltijdverblijf (zie paragraaf 4.2.3).

De coördinator zorg thuis:

- De CZT is als rol ingevoerd omdat een dossierhouder niet altijd direct betrokken is bij de dagelijkse thuissituatie van een cliënt. Denk bijvoorbeeld aan de situatie dat een cliënt in de regio Utrecht woont (thuis), maar naar een instelling wil verhuizen in de regio Midden-Limburg om dicht bij zijn familie te wonen. Deze zorgaanbieder is onvoldoende in staat om ontwikkelingen rondom de cliënt van dichtbij goed te volgen en passende zorg thuis te organiseren. Dat geldt ook voor de situatie dat een dossierhouder (DH) alleen intramurale zorg biedt en geen kennis en deskundigheid heeft voor het organiseren van zorg thuis;
- Is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren én coördineren van alle Wlz-zorg thuis (MPT) en de communicatie daarover met de cliënt. Dit is onafhankelijk van de soort zorgtoewijzing (Regulier of Overbrugging) én geldt ook als er meerdere Wlz-zorgaanbieders bij de cliënt zijn betrokken;
- Levert altijd zelf (een deel van de) zorg thuis. Dit in tegenstelling tot de DH, die hoeft bijvoorbeeld bij verblijfszorg niet altijd zelf al (een deel van de) zorg te leveren. Heeft een cliënt naast zorg thuis ook dagbesteding, dan is het aannemelijk dat de rol CZT wordt ingevuld door degene die het beste zicht heeft op de thuissituatie. Belangrijk daarbij is wel dat een cliënt vertrouwen heeft in deze zorgaanbieder;
- Neemt na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt om afspraken te maken over de zorg. Contact leggen met de cliënt 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;
- Let op: als een cliënt overbruggingszorg nodig heeft bij een opnamewens, ligt dit eerste contact (en de eerste aanvraag voor overbruggingszorg) altijd bij de dossierhouder. Daarna wordt het organiseren van de zorg thuis en het aanvragen van een (aangepaste) zorgtoewijzing altijd direct via de CZT. Dit ontlast de dossierhouder;
- Bespreekt dat de zorgaanbieder en/of CZT gewijzigd kan worden als de cliënt dat wil;

⁵² Wlz-zorg aan thuiswonende cliënten wordt ook wel extramurale zorg genoemd en omvat ook deelname aan dagbesteding of (dag)behandeling in een instelling.

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

- Is verantwoordelijk voor het onderhouden van contact met de andere betrokken (medische) zorg of hulpverleners bij de cliënt. De Coördinatie 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 en eventuele andere betrokken aanbieders. Andere betrokken aanbieders hebben ook een signalerende rol en koppelen dit terug aan de cliënt en de CZT;
- Kan voor het organiseren van zorg thuis voor doelgroepen met een intensieve zorgvraag een beroep doen op extra toeslagen (extra budget). Bijvoorbeeld de toeslag Extra kosten thuis (EKT), Palliatief terminale zorg thuis (PTZ) of Meezorg MPT. Deze mogelijkheden worden toegelicht vanaf paragraaf 3.3.6. Er bestaat ook nog een toeslag Persoonlijk assistentiebudget (PAB) voor zorg thuis bij mensen met een zware lichamelijke beperking waarbij 24 uur per dag aanwezigheid nodig is om gevaarlijke of levensbedreigende situaties te voorkomen. De toeslag PAB wordt verder niet beschreven in het voorschrift omdat een cliënt die alleen via PGB⁵⁴ kan krijgen;
- Overlegt met het zorgkantoor als inzet van een van deze toeslagen niet afdoende is om thuis te blijven wonen met een VPT, MPT en/ of PGB. De zorg thuis is dan in principe duurder dan de kosten van (medische en gedragskundige) zorg voor deze cliënt bij verblijf in een instelling. Het zorgkantoor kan extra budget toekennen 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 dit soort individuele casuïstiek;
- Bespreekt met een cliënt hoe en met welke frequentie hij zijn zorg(plan) wil evalueren;
- Voert de evaluatie volgens afspraak uit en bespreekt daarin hoe de integrale zorg thuis wordt ingevuld en of de cliënt nog verantwoord thuis kan blijven wonen. Het resultaat van dit gesprek wordt vastgelegd in het (centraal) (digitaal) zorgplan;
- Neemt minimaal 2 keer per jaar contact op met de cliënt om de thuissituatie door te spreken als de cliënt (nog) geen zorg wil. Afhankelijk van de cliëntsituatie kan een andere frequentie worden afgesproken of wordt afgesproken dat de cliënt zelf contact opneemt. In de laatste situatie bewaakt de CZT dat er jaarlijks minimaal 1 keer contact is geweest om de actualiteit van de cliëntsituatie en de status te toetsen. Het contact door de CZT is relevant omdat het CIZ bij de indicatiestelling heeft vastgesteld dat er langdurige zorg nodig is;
- 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 hoofdstuk 4);
- Houdt regelmatig contact met de DH over de cliëntsituatie als er een opnamebehoefte of opnamewens is. De CZT bespreekt daarbij met de DH of er nog sprake is van een juiste wachtstatus/ leveringsstatus met classificatie;
- Geeft via iWlz door dat hij deze rol heeft. Dit gebeurt via een apart veld in het mutatiebericht (AW39) waarmee bijvoorbeeld een (nieuwe) zorgtoewijzing kan worden aangevraagd. Deze informatie wordt vervolgens via de zorgtoewijzing gedeeld met alle aanbieders die betrokken zijn bij een cliënt. Zo is duidelijk wie benaderd kan worden bij bijvoorbeeld vragen over of wijzigingen (in de zorgtoewijzing) van een cliëntsituatie. In het (digitale) zorgplan is ook vastgelegd wie de CZT of DH is;

⁵⁴ Informatie over het Persoonlijk Assistentie Budget is terug te vinden via de websites van het ministerie van VWS, het Zorginstituut, Per Saldo en de zorgkantoren.

- Let op: wijzigt alleen de rol van CZT of DH en blijven alle overige zorgtoewijzingsgegevens ongewijzigd? Dan wordt deze wijziging niet via een AAT doorgegeven aan het zorgkantoor, maar via het Notitieverkeer. De betrokken zorgaanbieder(s) en het zorgkantoor(en) verwerken deze wijziging dan zelf in hun systeem buiten het iWlz berichtenverkeer om. Dat geeft minder administratieve last;
- Vraagt tijdig (binnen 10 werkdagen) een gewijzigde zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor als zorg wordt bijgesteld en/of er een aanpassing van de zorgtoewijzing nodig is. De CZT levert een Rekenmodule en Adviesformulier aan als bijvoorbeeld de zorg thuis ondoelmatig moet worden ingezet om de periode tot opname verantwoord te overbruggen. Als er meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij een cliënt, dan regelt de CZT dat er één rekenmodule en één Adviesformulier wordt aangeleverd bij het zorgkantoor.

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

- Wordt een deel van de zorg geregeld met een PGB, dan houdt de CZT samen met de cliënt (of gewaarborgde hulp) het totaaloverzicht. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg die met een PGB wordt ingekocht;
- Wordt een deel van de zorg geregeld met PGB, dan vult de CZT samen met de cliënt de Rekenmodule in om te bepalen of de verdeling van het budget over Zorg in natura (ZIN) en PGB aansluit bij het beeld van de cliënt en akkoord is. De CZT kan de Rekenmodule ook eerst zelf invullen en daarna met de cliënt bespreken of de verdeling van het totaalbudget over ZIN en PGB akkoord is. Dit voorkomt zoveel mogelijk onnodige verrassingen voor de budgethouder (minder resterend budget voor PGB) en voor de aanbieder;
- De CZT is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die door een andere zorgaanbieder wordt geleverd of die met een PGB wordt ingekocht. Hij signaleert wel tijdig bij de cliënt en/of het zorgkantoor als deze zorg leidt tot onverantwoorde zorg thuis;
- De CZT is (inhoudelijk) niet verantwoordelijk voor de geleverde zorg door andere betrokken Wlz-zorgaanbieders⁵⁵. Deze zorgaanbieder(s) hebben een eigen verantwoordelijkheid in het naleven van afspraken over de te leveren zorg;
- Aanvullend op de beschreven rol voor de CZT geldt voor een DH die een VPT levert dat hij het overzicht bewaakt over de gehele zorg thuis voor de cliënt. Ook als (een deel van) de dagbesteding naast het VPT bij een andere aanbieder of via PGB wordt verzilverd. En of behandeling naast het VPT tijdelijk door een andere aanbieder wordt geleverd.

De rol van een CZT of DH stopt als:

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

De CZT of DH wijzigt als:

- Een cliënt een andere aanbieder, die ook zorg levert, als 1^e 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.

⁵⁵ Tenzij de coördinator zorg thuis zelf een zorgaanbieder als onderaannemer heeft ingezet.

3.2.2 Beschikking zorg thuis

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

Algemeen

- Het regionale zorgkantoor (waar een cliënt woont), geeft de beschikking af voor een cliënt;
- Zijn er meerdere zorgkantoren bij een cliëntsituatie betrokken, dan stemmen die de inhoud van de beschikking onderling af als dat nodig is. Bijvoorbeeld omdat een deel van de zorg of het PGB nog via een ander zorgkantoor loopt of omdat de zorg thuis niet verantwoord geregeld kan worden;
- Voor het afgeven van een beschikking is er verschil tussen reguliere zorg of overbruggingszorg. Alleen bij reguliere zorg thuis wordt een beschikking afgegeven. Er wordt géén beschikking afgegeven voor overbruggingszorg thuis;
- Voor de beoordeling van een aanvraag maakt het niet uit of een cliënt zijn zorg krijgt in een geclusterde- of niet geclusterde woonvorm. Wonen er meerdere cliënten op één adres of in één geclusterd woonvorm? Dan kijkt het zorgkantoor bij de beoordeling wel of de zorg efficiënt (doelmatig) wordt georganiseerd;
- Het zorgkantoor informeert een cliënt over het resultaat van zijn beoordeling via een (positieve of negatieve) beschikking⁵⁶. Die wordt rechtstreeks naar de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger gestuurd. (Zie paragraaf 4.5 voor specifieke afspraken rondom de toekenning van Meezorg voor VPT of verblijfszorg);
- In de beschikking staat dat de cliënt, coördinator zorg thuis (CZT) of dossierhouder (DH) een relevante wijziging van de cliëntsituatie bij het zorgkantoor moet melden als er sprake is van ondoelmatige en/of onverantwoorde zorg thuis of als deze situatie dreigt te ontstaan;
- In de beschikking staat ook dat een cliënt tegen een beschikking bezwaar & beroep kan aantekenen als hij/zij het niet eens is met de beslissing van het zorgkantoor.

Positieve beschikking

- Een positieve beschikking wordt voor de duur van het indicatiebesluit afgegeven. Tenzij het zorgkantoor hier gemotiveerd van wil afwijken. Bijvoorbeeld als een betrokken zorgaanbieder twijfelt over verantwoorde zorg thuis;
- Voor zorg in de vorm van een PGB wordt per kalenderjaar of bij een gewijzigd budget altijd een nieuwe toekenningsbeschikking afgegeven;
- Wordt PGB gecombineerd met een MPT of VPT, dan krijgt de budgethouder voor de zorg in natura (ZIN) én PGB een aparte beschikking. (Bij meerdere leveringsvormen kan er dus per leveringsvorm een beschikking worden afgegeven);
- Een toeslag Meezorg MPT of het Persoonlijk assistentie budget (PAB) wordt altijd apart beschikt. Er is dan dus zowel een beschikking voor het MPT⁵⁷ als voor Meezorg MPT. Voor de beschikking Meezorg MPT geldt in zijn algemeenheid een maximale periode van 3 jaar.

⁵⁶ 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.

⁵⁷ In de beschikking voor Meezorg thuis (zorg in natura) wordt geen budget vermeld.

Voor de beschikking PAB geldt dat zolang de situatie hetzelfde blijft, het PAB behouden blijft. Tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt met het zorgkantoor;

- Een beschikking heeft een directe relatie met het zorgtoewijzingsproces: de zorgaanbieder(s) ontvangt een (nieuwe) zorgtoewijzing(en) van het zorgkantoor voor de leveringsvorm die in de beschikking staat. De periode van de zorgtoewijzing is gelijk aan de duur van de beschikking;
- Een deel van de aanvragen voor zorg thuis wordt niet 1:1 beoordeeld door het zorgkantoor. Bijvoorbeeld als de aanbieder bij de aanvraag aangeeft dat zorg thuis doelmatig en verantwoord wordt ingezet. De Melding aanvang zorg (MAZ) op een reguliere zorgtoewijzing is dan een trigger voor zorgkantoren voor het afgeven van een beschikking. Het tijdig aanleveren van een MAZ is dus niet alleen belangrijk voor het opleggen van de eigen bijdrage maar ook voor het tijdig afgeven van een beschikking.

Negatieve beschikking

Een negatieve beschikking voor zorg thuis (zorg in natura):

- 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 CZT (MPT) of DH (VPT of DTV). In dit gesprek worden ook de gevolgen besproken van een negatieve beoordeling voor zorg thuis;
- Wordt niet direct afgegeven. De CZT (of DH) en de cliënt krijgen tijd om met een alternatief (persoonlijk) zorgplan te komen. Het zorgkantoor kan de cliënt daarvoor ook bemiddelen naar een andere aanbieder of naar PGB;
- 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 waarbij dit via een PGB wel mogelijk is;
- 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 6). Er moet op professionele wijze zorg worden geleverd binnen de afgesproken mogelijkheden;
- Wordt daarom voor bepaalde duur afgegeven. In deze periode wordt de cliëntsituatie gevolgd door alle betrokken partijen;
- Bevat de redenen met onderbouwing voor dit besluit. De cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger is verantwoordelijk voor eventuele (gezondheid)risico's die volgen uit de keuze om de thuissituatie van de cliënt te handhaven. De afspraken hierover worden ook opgenomen in de motivatie bij de beschikking;
- Beschrijft daarom ook op welke wijze invulling wordt gegeven aan de zorg thuis en welke verantwoordelijkheid daarin ligt bij de cliënt en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger, de betrokken zorgaanbieder(s) en het zorgkantoor;
- Heeft een directe relatie met het zorgtoewijzingsproces: de zorgaanbieder(s) ontvangt een (nieuwe) zorgtoewijzing(en) voor een bepaalde periode. Via het Notitieverkeer ontvangen betrokken zorgaanbieder(s) van het zorgkantoor de gemaakte afspraken en bijbehorende voorwaarden.

3.3 Mogelijkheden voor zorg thuis

Mogelijkheden voor zorg thuis in de V&V, GZ of GGZ:

1. Volledig pakket thuis (VPT)
2. VPT gecombineerd met behandeling (ZIN) en/of dagbesteding (ZIN/ PGB)
3. VPT met intramurale toeslag bijvoorbeeld Ademhalingstoeslag of Meerzorg
4. Deeltijdverblijf (DTV) met Modulair pakket thuis (zie hoofdstuk 4)
5. Modulair pakket thuis (MPT)
6. MPT (en/of PGB) met Module behandeling⁵⁸
7. MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis
8. MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis en Module behandeling
9. MPT (en/of PGB) met andere toeslag bijvoorbeeld PTZ, Thuiswonend kind (< 18 jr.) met ontwikkelperspectief, Maatwerk dure dagbesteding/ behandeling of Meerzorg
10. 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, de regie over invulling van deze zorgvraag. Omdat één zorgaanbieder integraal verantwoordelijk is voor het VPT, is die automatisch het eerste aanspreekpunt voor de cliënt. Bij het VPT is daarom, net zoals bij verblijfszorg, sprake van een DH (en geen CZT).

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

Een VPT kan de volgende zorgvormen omvatten:

- verpleging, inclusief gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH)
- persoonlijke verzorging

⁵⁸ Voor de zorgprofielen GGZW loopt de specifieke GGZ-behandeling nog via de Zvw.

- 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 VPT⁵⁹:

- 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-arts⁶⁰) 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 van en naar de dagbesteding of dagbehandeling als dit (medisch) noodzakelijk is door zijn/haar mogelijkheden en beperkingen;
- heeft de cliënt recht op het schoonhouden van de woonruimte (inbegrepen in tarief);
- heeft de cliënt, net zoals bij verblijfszorg, recht op (het gebruikelijke) eten en drinken. Dit wordt verstrekt door de zorgaanbieder, tenzij anders met de cliënt wordt afgesproken. Boodschappen doen en bereiden van de maaltijd zijn onderdeel van de aanspraak op eten en drinken;
- woont de cliënt zelfstandig en betaalt deze zelf de woonkosten;
- kan de cliënt gebruik maken van de welzijnsvoorzieningen in een instelling maar het initiatief hiervoor ligt bij de cliënt;
- is de cliënt zelf verantwoordelijk voor vervanging/reparatie van aan huis gerelateerde zaken (bijvoorbeeld het vervangen van een lamp);
- kan de cliënt voor eventuele woningaanpassingen een beroep doen op de Wmo;
- worden hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen⁶¹ voor individueel gebruik die nodig zijn bij het zelfstandig thuis wonen vergoed vanuit de Zvw of Wmo (niet vanuit de Wlz).

⁵⁹ 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.

⁶⁰ In de GZ kan de eindverantwoordelijkheid voor een cliënt ook bij een gedragskundige liggen.

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

3.3.2 Modulair pakket thuis (MPT)

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

Het MPT⁶² kan dezelfde zorg bevatten als benoemd bij het VPT:

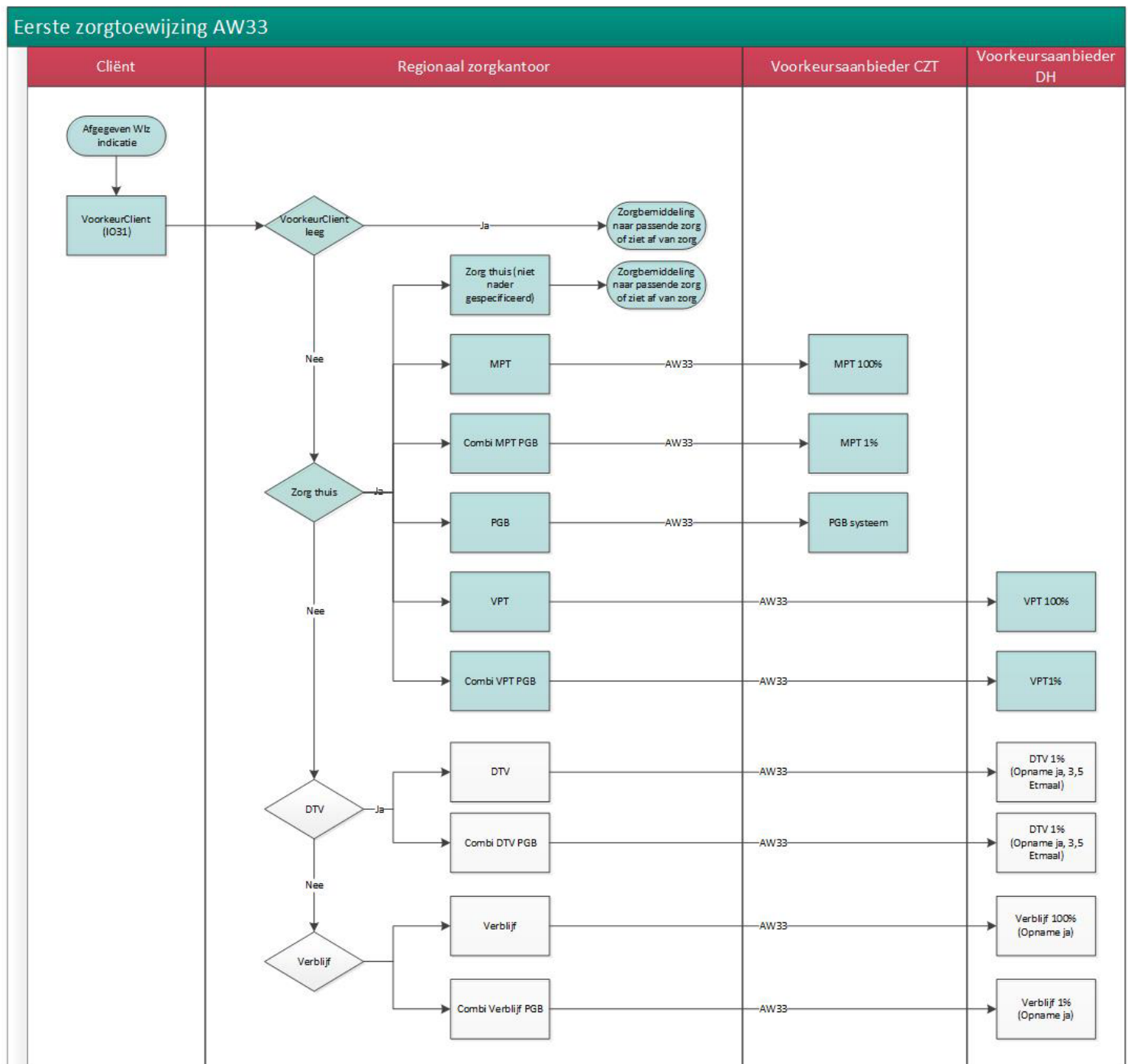
- Met uitzondering van het verstrekken van eten en drinken. De cliënt moet zelf voor zijn eten en drinken zorgen. Daarom geldt voor het MPT (en het PGB), een ruimere aanspraak voor huishoudelijke hulp. Naast het schoonhouden van de woonruimte kan iemand bij deze leveringsvormen bijvoorbeeld hulp krijgen 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;
- Voorbeeld: De persoonlijke verzorging voor een terminale cliënt kan in het MPT gesplitst worden over twee zorgaanbieders. Zo kan een aanbieder overdag komen voor de persoonlijke verzorging en de andere aanbieder voor de nachtzorg (ook persoonlijke verzorging). Allebei de aanbieders zijn gecontracteerd voor deze zorg en kunnen afzonderlijk (dezelfde) prestaties 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 voor VPT en MPT

- Hoe de cliënt zijn zorg thuis wil krijgen, wordt duidelijk uit de leveringsvorm (VPT, MPT en/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;
- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al dat hij voor zorg thuis een combinatie van ZIN en PGB wil? Dan is het veld VoorkeurCliënt gevuld met de combinatie MPT/ PGB of VPT/ PGB.

⁶² Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het MPT inhoudt.

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



Figuur 11 Standaard percentage in 1^e zorgtoewijzing (Aw33)

- Bij een gelijk zorgprofiel is het budget voor MPT of PGB altijd lager dan het budget voor VPT. Dat komt omdat bijvoorbeeld gebruikelijke zorg voor thuiswonende⁶³ kinderen of eten en drinken geen onderdeel is van het MPT-tarief, maar wel van het VPT-tarief;
- Het CIZ⁶⁴ geeft bij een nieuw indicatiebesluit bij het geïndiceerde zorgprofiel geen informatie mee over benodigde behoefte aan dagbesteding. Het zorgkantoor krijgt deze informatie dus niet binnen via het indicatiebesluitbericht en kan die niet apart opnemen in het zorgtoewijzingsbericht voor de zorgaanbieder. De dagbesteding is voor deze zorgprofielen daarom onderdeel van het basisbudget (inbegrepen in de 100%/ het budget dat beschikbaar is voor zorg thuis).

Processtappen aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT)

- Na afgifte van het indicatiebesluit maakt het zorgkantoor een zorgtoewijzing aan voor de voorkeuraanbieder. Heeft de cliënt bij de indicatiestelling voorkeur aangegeven voor één zorg in natura (ZIN) leveringsvorm, dan wijst het zorgkantoor bij deze leveringsvorm een percentage toe van 100% (zie paragraaf 2.8);
- Voordeel van één leveringsvorm is dat er minder vaak een AAT nodig is bij wijzigingen in de (omvang en/of soort) zorg. Zolang alle benodigde zorg thuis maar past binnen het toegewezen percentage;
- Heeft de cliënt voorkeur voor een combinatie ZIN met PGB? Dan wordt de eerste keer voor het MPT of VPT géén percentage van 100% toegewezen, maar een percentage van 1% (zie paragraaf 2.8 en paragraaf 3.4 voor verdere uitleg);
- Om te berekenen of het toegewezen % (budget) genoeg is voor de benodigde zorg thuis, vult de zorgaanbieder de in te zetten zorg (prestaties) in de rekenmodule. Dat kan voor de situatie dat er één aanbieder bij de cliënt is betrokken of meerdere aanbieders. Is er meer budget nodig dan vraagt de CZT of DH dit aan via een AAT;
- Zijn er meerdere zorgaanbieders betrokken bij de zorg thuis? Dan wordt per aanbieder de in te zetten zorg gevuld in de Rekenmodule. De Rekenmodule berekent per zorgaanbieder automatisch het aan te vragen %. Vervolgens vraagt de CZT of DH dit aan via een AAT. De CZT of DH vraagt de AAT dus ook voor andere zorgaanbieders aan;
- Een AAT wordt aangevraagd via een MUT-bericht (AW39). Een AAT kan worden aangevraagd bij een mutatiecode 12, 18 of 19. Maar een AAT kan ook los worden aangevraagd (zonder mutatiecode);
- De CZT geeft via de AAT door of zorg thuis doelmatig en verantwoord kan worden geleverd. Of dat er sprake is van ondoelmatige zorg thuis door een bijzondere situatie, bijvoorbeeld Palliatief terminale zorg of dure dagbesteding en/of behandeling. Om dat goed door te kunnen geven zijn hiervoor aparte velden opgenomen in het Mutatiebericht.

⁶³ 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.

⁶⁴ Dit geldt voor vrijwel alle GZ-zorgprofielen en de GGZW-zorgprofielen. Bij zorgprofielen uit de sector VV en GGZB-zorgprofielen en (SG)LVG-zorgprofielen maakt dit integraal onderdeel uit van het tarief. 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 dagdelen en voor LG-zorgprofielen standaard 7 dagdelen.

- Het zorgkantoor weet zo bij ontvangst van de AAT of er nog een rekenmodule of Adviesformulier volgt via het Notitieverkeer (zie procesflow onder paragraaf 3.3.7);
- Geeft de CZT in de AAT door dat zorg thuis doelmatig en verantwoord is, dan kan het zorgkantoor deze AAT direct afhandelen. Hetzelfde geldt voor een aantal situaties waar sprake is van ondoelmatige, maar verantwoorde zorg thuis. Bijvoorbeeld als voor iemand een aanvraag wordt gedaan voor de toeslag Extra kosten thuis (EKT).

3.3.3.1 Voorbeeld zorgtoewijzingsproces

Voorbeeld mevrouw Tuin

Het CIZ geeft voor mevrouw Tuin vanwege haar longaandoening een indicatie af voor zorgprofiel 6VV (Beschut wonen met intensieve verzorging en verpleging). Mevrouw Tuin 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 04-04-2022) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 04-04-2022) Van Zorgkantoor naar De Fruitmand
Indicatie Besluitnummer: 101 Soort indicatie: CIZ Grondslag: somatische ziekte/aandoening Afgiftedatum IB: 04-04-2022 Ingangsdatum IB: 04-04-2022 Einddatum IB: geen Meerzorg: nee Financiering: Wlz	Toegewezen: zorgprofiel 6VV Instelling: De Fruitmand (agb: 75751234) Soort zorgtoewijzing (ztw): Regulier Toewijzingsdatum: 04-04-2022 ToewijzingPercentage: 100% Ingangsdatum ztw: 04-04-2022 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Fruitmand
Geïndiceerd: zorgprofiel 6VV Ingangsdatum: 04-04-2022 Einddatum: geen VoorkeurCliënt: MPT Voorkeuraanbieder: De Fruitmand	

Voorbeeld 1

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

AW35 (verzonden op 05-04-2022) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 05-04-2022) Van Zorgkantoor naar CAK
Geleverd zorgprofiel: 6VV Begindatum: 04-04-2022 Instelling: De Fruitmand Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: MPT	Geleverde zorg: zorgprofiel 6VV Startdatum: 04-04-2022 Leveringsvorm: MPT Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)

Vervolg Voorbeeld 1

3.3.3.2 Zorgtoewijzingsproces voor VPT

- Wordt het VPT in een geclusterde setting geleverd, dan kan er een wachtlijst zijn voor een zelfstandige woning terwijl voor het VPT geen wachtlijst is. Wachtlijstbeheer van woningen waarvoor iemand zelf zijn woonlasten betaalt, valt niet onder de Wlz. Woont een cliënt tijdens deze wachtperiode thuis, dan wordt het MPT of VPT daarom met soort zorgtoewijzing Regulier toegewezen en niet met soort zorgtoewijzing Overbrugging;
- VPT kan, net zoals MPT (en/of PGB) wel ingezet worden als overbruggingszorg als iemand bijvoorbeeld op de wachtlijst staat voor verblijfszorg;
- Bij het VPT wordt het veld Dossierhouder gevuld. Dit is altijd de zorgaanbieder die de individuele zorg en/of begeleiding thuis levert. Vul bij dit veld dus nooit de zorgaanbieder die bijvoorbeeld alleen de dagbesteding levert als onderdeel van het VPT;
- Voor het VPT geldt een vast tarief per dag. Het is daarom niet nodig om een rekenmodule aan te leveren. De aanbieder beoordeelt wel altijd of het VPT verantwoord kan worden geleverd. Dat geldt zowel voor VPT in een geclusterde als niet-geclusterde woonvorm. Voor deze beoordeling is het Adviesformulier een handvat;
- Wordt het volledige VPT aan één zorgaanbieder toegewezen, dan is het toewijzingspercentage 100 %;
- Wil een cliënt met een zorgprofiel uit de GZ of een GGZW-zorgprofiel zijn dagbesteding van een andere aanbieder(s) krijgen en/of via PGB⁶⁵? Dan blijft voor het toe te wijzen VPT-deel (exclusief dagbesteding) een lager percentage over dan 100 %. Na berekening van het percentage voor de losse dagbesteding⁶⁶, kan het totaal toe te wijzen percentage voor het VPT-zorgarrangement op 100 % uitkomen (zie voorbeeld 2), maar dit kan ook boven de 100 % uitkomen⁶⁷. Gebruik de rekenmodule voor een juiste berekening van de percentages voor de betrokken aanbieders en vul deze in de AAT bij leveringsvorm VPT⁶⁸. Het vervoer naar de dagbesteding wordt van deze berekening uitgesloten;
- Wordt alle dagbesteding naast het VPT door een andere aanbieder(s) geleverd? Dan declareert de aanbieder die het VPT levert een tarief voor VPT zonder dagbesteding. De dagbesteding wordt in deze situaties altijd apart gedeclareerd naast het VPT;

⁶⁵ Dit kan alleen bij zorgprofielen voor de gehandicaptenzorg of GGZ wonen (niet voor zorgprofiel VV).

⁶⁶ Let op: voor VPT is het niet mogelijk om de extramurale toeslag Maatwerk Dure dagbesteding/ behandeling aan te vragen. Dat is alleen mogelijk bij MPT (en/of PGB).

⁶⁷ 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 bijvoorbeeld dagbesteding in de NZa beleidsregel(s).

⁶⁸ Bij leveringsvorm Verblijf is er een onderscheid naar Opname Ja of Opname Nee. Dat geldt niet voor VPT omdat er geen sprake is van een intramurale opname.

- 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 alle dagen het VPT-tarief exclusief dagbesteding (In voorbeeld 2 hieronder is dat een VPT voor zorgprofiel 5VG). Daarnaast worden apart de losse prestaties voor de dagbesteding gedeclareerd. (Bij de gedeclareerde zorg wordt gecontroleerd of in de declaratieperiode een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor de leveringsvorm VPT).

Voorbeeld 2

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).

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

Voorbeeld 2 Inge vulde aanvraag rekenmodule VPT en dagbesteding

- Is er (tijdelijk) behandeling nodig voor een cliënt die zijn zorg via een VPT exclusief behandeling krijgt (zie paragraaf 3.3.5)? Vraag die behandeling dan aan bij het zorgkantoor. Volg de aanvraagprocedure zoals hierboven beschreven is voor dagbesteding naast VPT;
- Is er een intramurale toeslag nodig naast het VPT, bijvoorbeeld een ademhalingstoelage of toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg? Dan kan die, net zoals bij opname, worden ingezet als wordt voldaan aan de voorwaarden die daarvoor zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren. In dit beleidskader staat bijvoorbeeld beschreven dat inzet van de toeslag (non)invasieve beademing alleen mag als er aantoonbare contacten zijn met medisch-specialisten of het Centrum Voor Thuisbeademing, aantoonbaar geschoold personeel ingezet wordt en er samenwerkingsafspraken zijn met een ziekenhuis om snel te kunnen handelen bij een crisissituatie;
- Een intramurale toeslag wordt bij een VPT (en verblijfszorg) niet via een AAT aangevraagd. Hier hoeft dus geen % voor te worden aangevraagd. Deze toeslagen worden namelijk via één vast tarief aan één zorgaanbieder vergoed. Die toeslag kan niet over meerdere aanbieders worden verdeeld (via onder aanneming kan er eventueel wel een andere aanbieder worden ingeschakeld voor een deel van de te leveren zorg). Zorgkantoren kunnen achteraf controleren op juiste inzet van een toeslag.

3.3.3.3 Zorgtoewijzingsproces voor MPT

- Is er geen VPT nodig maar bijvoorbeeld alleen persoonlijke verzorging en/of verpleging. Of is er niet elke dag een VPT of zorg nodig? Dan is het logisch om voor de zorg thuis de leveringsvorm MPT bij het zorgprofiel aan te vragen;
- Via de leveringsvorm MPT is niet direct te zien uit welke zorg het zorgarrangement voor een cliënt bestaat. Bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, huishoudelijke hulp/verzorging of dagbesteding. Informatie over (de omvang van) de geleverde zorg is wel zichtbaar via de gedeclareerde zorg;
- De leveringsvorm MPT kan worden gebruikt bij een langdurig zorgarrangement thuis (soort zorgtoewijzing Regulier) en bij tijdelijke zorg thuis om bijvoorbeeld de wachttijd tot opname te overbruggen (soort zorgtoewijzing Overbrugging). Is er gelijktijdig sprake van een zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf? Dan blijkt uit de wachtstatus bij leveringsvorm Verblijf de noodzaak tot opname voor een cliënt. Afhankelijk van de status is er dan bijvoorbeeld ook meer ruim voor inzet van extra zorg thuis (zie paragraaf 2.5);
- De CZT kan zelf een wijziging van een zorgtoewijzing aanvragen in plaats van het MPT. Had de cliënt geen opnamewens (geen leveringsvorm Verblijf toegewezen én er is geen DH actief) maar blijkt dit toch nodig? Dan vraagt de CZT de zorgtoewijzing voor verblijfszorg zelf via een AAT aan bij het zorgkantoor.

Toegewezen percentage bij MPT

- Het basisbudget (100 %) dat bij een geïndiceerd zorgprofiel⁶⁹ en de gewenste leveringsvorm MPT hoort, is gelijk aan het PGB-tarief voor dit zorgprofiel. Dit PGB-tarief is altijd exclusief behandeling;
- Uit dit basisbudget wordt in principe ook logeren, casemanagement dementie en/of dagbesteding betaald. Het noodzakelijke vervoer kan door de zorgaanbieder altijd worden gedeclareerd in de situatie van zorg in natura, en hoeft niet te worden mee berekend in het beschikbare budget per week;
- De zorgaanbieder zet het toegewezen (basis)budget in voor noodzakelijke zorg. Heeft het zorgkantoor een hoger percentage (bijvoorbeeld 100 %) toegewezen dan nodig is (bijvoorbeeld 85 %), dan hoeft⁷⁰ geen lager percentage te worden aangevraagd bij het zorgkantoor. 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. Deze flexibele werkwijze voorkomt extra berichtenverkeer in de situatie dat alsnog meer zorg nodig is binnen het (basis)budget. Daarvoor is binnen het toegewezen % nog ruimte beschikbaar;
- Wil de cliënt zijn zorg thuis graag van meerdere aanbieders krijgen, dan wordt het beschikbare budget over deze aanbieders verdeeld. Via de rekenmodule kan het aan te vragen % per aanbieder worden berekend. De CZT vraagt deze verdeling via een AAT aan bij het zorgkantoor.

⁶⁹ En dus niet het (sectorvreemd) toegewezen zorgprofiel.

⁷⁰ Let op: soms vraagt een (interne) accountant wel om een juist toegewezen % ook al hoeft dit niet van de zorgkantoren.

Om zorg te kunnen declareren is er (vrijwel altijd) een zorgtoewijzing nodig. Vraag deze daarom altijd aan voor elke betrokken zorgaanbieder, met uitzondering van de prestaties waarvoor de zorgaanbieder zonder zorgtoewijzing kan declareren;

- Zijn er meerdere zorgaanbieders bij een cliënt betrokken en blijft de verdeling van het budget onder de 100 %? Verdeel het resterende budget dan op een logische manier over de aanbieders. Vraag geen lager percentage aan dan 100 %. Dat beperkt de flexibiliteit en opvang in stijging van de zorgvraag. In deze situaties (zorginzet tot en met 100%) hoeft bij het zorgkantoor geen rekenmodule te worden aangeleverd;
- Twijfelt de CZT aan een positieve beoordeling van doelmatige en verantwoorde zorg thuis? Of heeft hij meer dan 10 werkdagen nodig om de aanvraag goed te beoordelen en in te dienen? Vraag dan alvast de direct noodzakelijke zorg aan. Houd in deze situaties wel zoveel mogelijk rekening met het verwachte zorgarrangement thuis. Dit voorkomt dat een cliënt later terug moet in bepaalde zorg;
- Huishoudelijke hulp is een Wlz-aanspraak die net zoals alle andere Wlz-zorg wordt betaald vanuit het beschikbare (basis)budget. Wordt het (volledige) budget voor huishoudelijke hulp ingezet, dan beschrijft de CZT in het (digitale) zorgplan welke mogelijkheden voor gebruikelijke zorg er zijn bij personen in de leefeenheid van de cliënt (en/of zijn sociale omgeving) en hoe deze eventueel worden benut. Dat geldt ook voor de aanwezigheid van algemeen gebruikelijke voorzieningen;
- Huishoudelijke hulp die betaald wordt uit de Wlz voor iemand met een Wlz-indicatie, kan niet worden ingezet voor een partner die geen Wlz-indicatie heeft als de cliënt (tijdelijk) niet thuis woont. Bijvoorbeeld door (tijdelijke) opname in een ziekenhuis of verpleeghuis. Voor de thuiswonende partner kan, tijdens deze afwezigheidsperiode, een beroep worden gedaan op de Wmo. Dit op voorwaarde dat de partner beperkingen heeft in de zelfredzaamheid en (een deel van de) huishoudelijke taken zelf niet kan uitvoeren;
- Is er een andere zorginzet nodig (anders dan de prestaties die oorspronkelijk zijn ingevuld in de rekenmodule) of een andere verdeling van het toegekende percentage over de betrokken zorgaanbieders? Dan kan dit binnen de 100% gewoon gewijzigd worden zonder hiervoor een nieuwe AAT aan te vragen⁷¹. Aan het (individueel) toegewezen percentage kan daarom geen recht worden ontleend. Voorwaarde daarbij is wel dat de zorg thuis verantwoord blijft én de feitelijk gedeclareerde zorg past binnen het vastgestelde budget. Zo kan bijvoorbeeld eerder aangevraagde individuele begeleiding of persoonlijke verzorging worden ingevuld voor extra huishoudelijke hulp (allemaal MPT). Dit principe geldt ook andersom;
- Wordt bij toekenning van extra budget als voorwaarde gesteld dat een bepaalde vorm van zorg geleverd moet worden (bijvoorbeeld verpleging of behandeling), dan mag deze zorg niet worden vervangen door andere zorg. Dat kan alleen na overleg met het zorgkantoor;
- Krijgt een cliënt zijn zorg van bijvoorbeeld twee aanbieders, maar besluit hij om zijn zorg via één zorgaanbieder te krijgen? Is de zorgtoewijzing van de vertrekkende zorgaanbieder nog geldig nadat hij stopt met het leveren van zorg? Dan levert de vertrekkende aanbieder een MEZ aan op zijn zorgtoewijzing.

⁷¹ Het juiste percentage mag worden aangevraagd, als de organisatie dit nodig heeft voor interne verantwoording

Dat is nodig omdat de zorg eerder stopt dan de einddatum van de zorgtoewijzing. Zo weten alle betrokken partijen dat er minder zorgaanbieders bij de cliënt zijn betrokken;

- Is de vertrekkende zorgaanbieder ook de CZT? Dan stuurt hij via het Mutatie -bericht (AW39) niet alleen een MEZ, maar gelijktijdig ook een AAT. In de AAT vult hij het juiste % voor de overblijvende zorgaanbieder en geeft hij via het veld Coördinator zorg thuis aan dat deze aanbieder de rol van CZT overneemt;
- Is de vertrekkende aanbieder niet de CZT én blijven de zorgkosten binnen het basisbudget, dan hoeft de CZT geen nieuwe AAT aan te vragen. Ook niet als de omvang van de geleverd zorg wijzigt. De CZT legt deze verandering wel vast in het (digitale) zorgplan;
- Bij declaratie van reguliere Wlz-zorg wordt gecontroleerd op de toegewezen leveringsvorm. Bij declaratie van bijvoorbeeld een prestatie voor persoonlijke verzorging wordt gecontroleerd of er een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor het MPT.

3.3.4 Zorg thuis in combinatie met Persoonsgebonden budget (PGB)

Een cliënt kan ervoor kiezen om zijn Wlz-zorg zelf te regelen met een PGB⁷². Zorg die betaald wordt met een PGB is te combineren met MPT of VPT⁷³. 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.

Bij de combinatie van ZIN met PGB is het aanspreekpunt voor PGB, de cliënt (budgethouder) zelf of zijn gewaarborgde hulp. De budgethouder of zijn gewaarborgde hulp is ook zelf verantwoordelijk voor het inkopen en organiseren van kwalitatief goede zorg met een PGB. Hierover kan eventueel afgestemd worden met het zorgkantoor.

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 óf 24 uur toezicht nodig heeft. De Wlz-zorgaanbieder is niet in staat dit te regelen, maar de cliënt kan dit via een PGB 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 indicatiebesluit⁷⁴ (VoorkeurCliënt: VPT/ PGB of MPT/ PGB);
- Weet een cliënt bij indicatiestelling al dat hij zorg thuis wil in 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;

⁷² PGB kan niet aangevraagd worden voor behandeling en de zorgprofielen gVVB, GGZB, SGLVG en LVG, 5GGZW.

⁷³ In de situatie dat de cliënt kiest voor VPT, kan alleen de BG GRP (naast het VPT) geregeld worden met een PGB als dit is toegestaan bij het geïndiceerde en/of toegewezen zorgprofiel.

⁷⁴ 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).

- De CZT of DH ontvangt naast een reguliere zorgtoewijzing voor het VPT of MPT, informatief ook een zorgtoewijzing die naar PGB verwijst. Deze informatieve zorgtoewijzing vertelt alleen dat de cliënt een wens heeft voor PGB of al een PGB heeft;
- De budgetcomponent voor het beschikte PGB-deel wordt nooit doorgegeven aan de betrokken zorgaanbieder(s). Het veld ToewijzingPercentage is bij leveringsvorm PGB leeg. Vanuit wetgeving voor bescherming van persoonsgegevens mag een zorgkantoor deze informatie niet delen met de betrokken zorgaanbieder(s);
- Het percentage van 1% is voor zorgkantoren ook een trigger om intern het proces voor aanvraag van een PGB op te starten (en te monitoren);
- Heeft de cliënt niet eerder een PGB gehad en is er wel direct zorg noodzakelijk? Overleg dan met de cliënt of de noodzakelijke zorg opgestart mag worden via ZIN. Vanaf het moment dat duidelijk is of een cliënt in aanmerking komt voor PGB, kan dan een nieuwe verdeling van het toe te wijzen percentage worden aangevraagd;
- Heeft een cliënt een PGB voor zijn zorg thuis en wil hij (een deel) van dit PGB omzetten naar ZIN? Dan meldt de budgethouder (of gewaarborgde hulp) dit zelf rechtstreeks bij het zorgkantoor.

Het zorgkantoor bespreekt welke zorgaanbieder de budgethouder hiervoor wil inschakelen. Deze zorgaanbieder ontvangt van het zorgkantoor een zorgtoewijzing voor VPT of MPT met een percentage van 1%. Het percentage van 1% is voor deze zorgaanbieder een trigger om het gesprek met de cliënt aan te gaan over invulling van zijn zorgarrangement en de verdeling van het beschikbare budget over ZIN en PGB;

- Is er sprake van een gewijzigde verdeling van de zorginzet bij een combinatie van ZIN met PGB? Dan wordt altijd een nieuwe AAT met rekenmodule verwacht omdat deze wijziging gevolg kan hebben voor het toegekende PGB (door een gewijzigde verdeling van het percentage). Bij voorkeur levert de CZT deze AAT ook binnen 10 werkdagen aan na de gewijzigde situatie. De vereiste afstemming met de budgethouder kan van invloed zijn op de haalbaarheid van deze termijn.

Voorbeeld zorgtoewijzingsproces MPT met PGB

De ouders van Stijn Pit vragen bij het CIZ een nieuw indicatiebesluit aan omdat er meer zorg nodig is. Stijn heeft verstandelijke en lichamelijke beperkingen. Zijn ouders geven bij het CIZ aan dat ze een deel van de zorg via PGB willen inkopen en een deel via MPT willen krijgen van zorgaanbieder De Appelboom. Het zorgkantoor maakt een zorgtoewijzing aan voor De Appelboom. Stijn verzilverde zijn vorige indicatiebesluit volledig via PGB.

IO31 (verzonden op 03-05-2021) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 03-05-2021) Van Zorgkantoor naar De Appelboom
Indicatie Besluitnummer: 304 Soort indicatie: CIZ Grondslag: Verstandelijke beperking Afgiftedatum IB: 03-05-2021 Ingangsdatum IB: 03-05-2021 Einddatum IB: leeg/geen	Toegewezen: zorgprofiel 5VG Instelling: De Appelboom Soort zorgtoewijzing (ztw): Regulier Toewijzingsdatum: 03-05-2021 ToewijzingPercentage: 1% Ingangsdatum ztw: 03-05-2021 Einddatum ztw: geen

Meerzorg: nee Financiering: Wlz	Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Appelboom
Geïndiceerd: zorgprofiel 5VG Ingangsdatum: 03-05-2021 Einddatum: geen VoorkeurCliënt: Combinatie MPT/PGB Voorkeuraanbieder: De Appelboom	Toegewezen zorgprofiel: 5VG (2) * Instelling: n.v.t. (leeg) Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 03-05-2021 ToewijzingPercentage: n.v.t. (leeg) Ingangsdatum ztw: 03-05-2021 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: PGB Coördinator zorg thuis: n.v.t. (leeg)

Voorbeeld 3

** 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).*

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

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

Vervolg voorbeeld 3

- PGB kan worden ingezet als reguliere zorg of als overbruggingszorg;
- Het PGB is flexibel in te zetten voor zorg die onder de Wlz aanspraken valt;

- Krijgt een cliënt zijn zorg via een VPT dan kan alleen dagbesteding met een PGB worden ingekocht (zorgprofielen GZ en GGZ-W). Hiervoor is de verdeling van het aantal dagdelen dagbesteding naar ZIN en/of PGB van belang. De dossierhouder (VPT) rekent de gewenste verdeling door met de rekenmodule en levert die via het Notitieverkeer aan bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan daar het PGB (budget) aan koppelen;
- Wil de cliënt zijn MPT combineren met PGB? Dan moet het beschikbare budget over de zorgaanbieder(s) en het PGB worden verdeeld. Daarvoor moet de integrale zorg met de cliënt of zijn gewaarborgde hulp worden besproken. Als een cliënt informatie over zijn PGB wil delen dan kan de verdeling van het budget door de CZT met behulp van de rekenmodule worden berekend en besproken met de cliënt. Als er overeenstemming is over de verdeling van het budget, vraagt de CZT het MPT via een AAT aan bij het zorgkantoor. De CZT levert in deze situaties (combinatie ZIN/PGB) altijd een rekenmodule aan en geeft daarin aan of de verdeling besproken is met de cliënt (J/N). De CZT kan het gedeelte voor PGB niet aanvragen via de AAT. De cliënt vraagt dit altijd zelf aan bij het zorgkantoor;
- Wil de cliënt informatie over (de hoogte van) zijn PGB niet delen met de CZT, dan vult de CZT in de aanvraag het % dat nodig is om het MPT te leveren. De CZT geeft in de rekenmodule ook 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 bij inzet van de noodzakelijke zorg en helpt zorgkantoren in de afhandeling van de aanvraag. Het zorgkantoor controleert deze aanvragen apart vanwege het financiële effect op het (al beschikte) PGB of de op te starten procedure PGB. Het PGB-deel moet namelijk teruggerekend worden naar een budget voor het (lopende) kalenderjaar en eventueel worden afgestemd met de budgethouder.

3.3.5 Zorg thuis in combinatie met behandeling

3.3.5.1 Afbakening behandeling

In de Wlz heeft een cliënt recht op Wlz-specifieke behandeling. Dat is geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die nodig is in verband met de aandoening, beperking of stoornis waarvoor iemand een Wlz-indicatie heeft gekregen. Wlz-behandeling richt zich op de specifieke problemen die hieruit voortkomen en vragen om speciale deskundigheid, kennis en vaardigheden van de behandelaar. Wlz-behandeling gaat nooit om medisch specialistische zorg, die wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voor een doelmatige en effectieve inzet van behandeling beschrijven we eerst het onderscheid met begeleiding. Vervolgens wordt toegelicht in welke situaties een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) geconsulteerd kan worden en welke procesafspraken daarbij gelden. Tot slot worden de processtappen beschreven voor inzet van Wlz-behandeling bij een cliënt in de thuissituatie.

Wanneer is er sprake van behandeling?

In de Wlz is behandeling vaak niet gericht op herstel bij een cliënt, maar op het voorkomen van gevolgen en complicaties (nieuwe problemen) of het ontstaan van een gerelateerde stoornis.

Wlz-behandeling heeft als belangrijkste doel:

- Diagnostiek;
- Verbetering of het tegengaan van behandelbare verslechtering van de aandoening, beperking, stoornis of handicap;
- Het voorkomen van het ontstaan van complicaties of een gerelateerde stoornis;
- Het leren omgaan met de gevolgen van een aandoening, stoornis of beperking. Soms kan een behandeling zich ook richten op de mantelzorger of verzorger, die leert dan vaardigheden of gedrag aan voor het omgaan met iemand die bijvoorbeeld een verstandelijke beperking of dementie heeft.;
- Het aanleren van nieuw (sociaal) gedrag of een nieuwe vaardigheid (bijvoorbeeld op gebied van communicatie).

Wat is kenmerkend voor Wlz-behandeling?

Wlz-behandeling:

- Kan individueel (1:1) of in groepsverband (dagdelen) worden gegeven;
- Kan alleen via Zorg in natura worden ingezet en nooit via een Persoonsgebonden budget worden ingekocht;
- In groepsverband (dagbehandeling) wordt ingezet als het doelmatig is om mensen in groepsverband te behandelen en/of het groepsproces onderdeel is van de behandeling.
- In groepsverband bevat ook de noodzakelijke persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, verpleging, eten en drinken en individuele behandeling (denk aan inzet van een logopedist of fysiotherapeut);
- Wordt gegeven via een programmatische en gestructureerde aanpak die door de beroepsgroep is geaccepteerd. Dat wil zeggen dat er een concreet behandel doel/ verbeterdoel is én de stappen (methode) die nodig zijn om het doel te bereiken zijn bekend;
- Wordt, wanneer nodig, geëvalueerd en bijgesteld;
- Is (per definitie) tijdelijk;
- Is onlosmakelijk onderdeel van de integrale zorg en wordt ingezet zolang dat nodig is. Dat kan in een aaneengesloten periode maar ook via onderbroken (intermitterende) perioden;
- Gaat over in begeleiding als de cliënt via behandeling een bepaald niveau (doel) bereikt heeft. Met begeleiding wordt dit niveau onderhouden. Verslechtert de situatie van een cliënt (plotseling), dan kan weer behandeling worden ingezet. Bij een stabiele achteruitgang van een ouder wordende Wlz-cliënt zal eerder gekozen worden voor begeleiding dan voor behandeling. De grens tussen deze twee termen zit ook in de snelheid van de achteruitgang: geleidelijk is begeleiding, plotseling is behandeling.

Wanneer is er sprake van begeleiding?

Begeleiding wordt ingezet als er is sprake van het (herhaald) oefenen en het laten inslijten 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 in het dagelijks leven. Begeleiding is in tegenstelling tot behandeling niet begrensd in de tijd.

Wat wordt er verstaan onder behandeling op de achtergrond?

Onder Behandeling op de achtergrond valt het bijstaan van een individuele zorgverlener(s) in de zorgverlening, het opstellen van een zorgplan of een kort behandelmoment dat weinig inzet vraagt en incidenteel is. Behandeling op de achtergrond komt voor in de tarieven voor VPT en in de logeertarieven.

Behandeling en zintuiglijke handicap

Heeft iemand een indicatie voor een zorgprofiel, anders dan een zorgprofiel voor zintuiglijke handicap (ZG), én is behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap? Dan wordt deze behandeling vergoed vanuit de Zvw⁷⁵ als de Wlz-behandelaar niet de competenties heeft om de noodzakelijke behandeling⁷⁶ 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.

3.3.5.2 Consultatie SO of AVG naast zorg thuis

Consultatie⁷⁷ door een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG):

1. Bij een behandelvraagstuk rondom een patiënt kan de huisarts een SO-arts of AVG-arts om een behandeladvies vragen (consultatie). Dit kan voor iemand met óf zonder Wlz-indicatie. De huisarts kan zijn vraag rechtstreeks aan de SO of AVG stellen of vanuit het multidisciplinair overleg (MDO) rond een cliënt;
2. Voor betaling vanuit de Wlz, moet iemand altijd beschikken over een actueel Wlz-indicatiebesluit. Omdat het om een beperkt aantal contacten op jaarbasis gaat (niet structureel), is voor deze consultatie geen specifieke zorgtoewijzing nodig. Deze behandeladviezen komen dus niet ten laste van het beschikbare budget. De reden, de inhoud en de aanvrager van de consultatie wordt wel altijd goed vastgelegd in het (digitale) zorgplan van de cliënt. De NZa heeft voor deze consultatie aparte behandel-prestaties beschikbaar gesteld;

⁷⁵ Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/zintuiglijk+gehandicaptenzorg>

⁷⁶ Screening (vaststellen of er een probleem is) hoort tot taak van de huisarts, SO of AVG

⁷⁷ Daaronder wordt ook uitgebreide diagnostiek gerekend en uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek.

3. Onder verantwoordelijkheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is het mogelijk om voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonen ook andere disciplines kortdurend te consulteren, bijvoorbeeld een gedragswetenschapper⁷⁸. Dit kan alleen wanneer inzet van andere disciplines nodig is om de huisarts een passend antwoord te geven. De SO of AVG heeft in deze situaties de regie (de aanvraag moet via een SO of AVG lopen) en blijft eindverantwoordelijk voor deze discipline. De SO of AVG is op de achtergrond voortdurend aanwezig en draagt zorg voor terugkoppeling aan de huisarts en juiste declaratie. De huisarts blijft hoofdbehandelaar;
4. Consultatie van een SO of AVG is ook mogelijk bij iemand met een indicatie voor een GGZ-W zorgprofiel waarbij er sprake is van PG of VG-problematiek.

3.3.5.3 Algemene procesafspraken voor Wlz-behandeling

Wlz-behandeling kan (tijdelijk) worden ingezet bij iemand die zijn zorg krijgt via MPT, PGB of een VPT zonder behandeling. De beschikbare financiële ruimte voor inzet van behandeling is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Per zorgprofiel kan dit bedrag er dus anders uitzien. De financiële ruimte wordt bepaald door bij een bepaald zorgprofiel het verschil te berekenen tussen het tarief voor VPT met behandeling en het tarief voor VPT zonder behandeling. De aanbieder kan de rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen.

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

- Kinderen tot 18 jaar met een psychische stoornis én een lichamelijke beperking of chronische aandoening kunnen zorg en ondersteuning krijgen vanuit de Jeugdwet, Zvw of Wlz. Het CIZ beoordeelt of een kind in aanmerking komt voor de Wlz;
- Komt een kind (<18 jaar) met VG-problematiek in aanmerking voor de Wlz én is er ook behandeling nodig voor een psychische stoornis? Wordt dit al bij de indicatiestelling vastgesteld? Dan wordt de behandeling voor de psychische stoornis uit de Wlz betaald als die samenhangt met de behandeling van de verstandelijke beperking én door dezelfde verblijfsinstelling wordt gegeven. Staat de behandeling voor de psychische stoornis los van de rest van de behandeling, dan valt die niet onder de Wlz maar onder de Jeugdwet;
- Bij kinderen < 18 jaar wordt behandeling vanuit de Wlz voor maximaal 3 jaar toegekend. Dat komt 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';
- De inzet gaat uitdrukkelijk over specifieke Wlz-behandeling en niet over GGZ-behandeling door psychiaters of klinisch psychologen (deze behandeling valt onder de Zvw);
- In het (digitale) zorgplan wordt de onderbouwing voor inzet van behandeling (groep of individueel) vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO.

⁷⁸ Een huisarts heeft de mogelijkheid om een gedragswetenschapper buiten de SO om te benaderen voor een oudere. Dat kan ook alleen als de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.

De motivatie in het (digitale) zorgplan bevat 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;
- Waarom de aangevraagde behandeling geen onderdeel is van de Zorgverzekeringswet.

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

3.3.5.5 Procesafspraken voor behandeling naast MPT (of PGB)

- Het basisbudget MPT is altijd zonder behandelcomponent. Dat komt omdat het MPT-budget voor een bepaald zorgprofiel is afgeleid van het PGB-budget voor dat zorgprofiel. Landelijk is bepaald dat behandeling nooit mag worden ingekocht met een PGB;
- Behandeling (individueel of groep) kan dus alleen via Zorg In Natura worden geleverd;
- Voor Behandeling groep en Begeleiding groep geldt volgens de kaders van de Wlz een gezamenlijk maximum van 9 dagdelen. Dit maximum is geen harde grens bij de feitelijke zorginzet voor overbruggingszorg of het MPT. Het aantal dagdelen kan naar behoefte en noodzaak worden ingezet en mag meer zijn dan 9 dagdelen. Dit op voorwaarde dat het past binnen het beschikbare budget. Daarnaast mag het niet ten koste gaan van de overige noodzakelijke zorg thuis zoals verpleging of persoonlijke verzorging;

- Is in het tarief voor een bepaald zorgprofiel rekening gehouden met inzet van een standaard aantal dagdelen Begeleiding groep, maar heeft een cliënt behoefte aan Behandeling groep? Dan wordt eerst gekeken of de noodzakelijke zorg en/of behandeling past binnen het beschikbare budget. Dat kan als behandeling bijvoorbeeld de enige zorg is die een cliënt nodig heeft;
- Past de noodzakelijke zorg binnen het basisbudget met de module behandeling? Dan hoeft in de AAT geen toeslag te worden aangevraagd.

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. Behandeling is vaak kortdurend daarom wordt het weekbudget dat hiervoor in de AAT moet worden opgenomen, teruggerekend op basis van een kalenderjaar. Resteert er onvoldoende ruimte, dan is er extra budget beschikbaar;
- Bij behoefte aan extra financiële ruimte, selecteert de zorgaanbieder in de rekenmodule een behandelprestatie (individueel of groep) die past bij het geïndiceerde zorgprofiel. Het basisbudget (en percentage) in de rekenmodule wordt dan automatisch opgehoogd met een component voor behandeling. Dit is het nieuw beschikbare budget. Met de ophoging komt het beschikbare budget uit op een percentage dat hoger is dan 100%;
- Geldt dat het extra budget voor behandeling niet ingezet wordt voor andere Wlz-zorg;
- Past de noodzakelijke behandeling binnen het budget (inclusief behandelcomponent) dan vraagt de CZT de behandeling direct aan via een AAT. In deze situaties is vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor en hoeft er geen rekenmodule of Adviesformulier te worden aangeleverd;
- Om te voorkomen dat het zorgkantoor deze aanvragen toch gaat beoordelen vult de CZT in de AAT het veld Doelmatig met Ja en het veld Verantwoord met Ja. Dit is een praktische oplossing omdat het veld Doelmatig Ja, normaal alleen van toepassing is als het MPT-budget dat nodig is, gelijk is aan het basisbudget (gerelateerd aan het PGB budget);
- 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);
- Past de noodzakelijke zorg met behandeling niet binnen het beschikbare budget? Dan overlegt het zorgkantoor altijd met de CZT over een doelmatige inzet van middelen voor de overige zorg (of er nog ruimte of een andere verdeling mogelijk is in de aangevraagde zorg).

Ook wordt afgestemd of de behandeling noodzakelijk is voor het gehele jaar. Is dat niet het geval dan wordt de inzet van behandeling niet op weekbasis maar op jaarbasis berekend (kalenderjaar);

- Is er sprake van een combinatie ZIN met PGB? Dan overlegt het zorgkantoor ook altijd met de budgethouder⁷⁹ over doelmatige inzet van middelen omdat het PGB geen verworven recht is. Net zoals bij het MPT wordt besproken of er binnen het PGB nog ruimte is om middelen anders te verdelen. Het PGB is daarop, in overleg met de budgethouder of gewaarborgde hulp, door de zorgkantoren flexibel aan te passen (toepassen van zorg op maat voor het uitzetten van PGB);
- Is er niet genoeg budget beschikbaar voor alle noodzakelijke zorg en/of behandeling? Is in het tarief voor het zorgprofiel dagbesteding inbegrepen maar wordt dit hiervoor niet of niet volledig benut? Dan wordt het beschikbare budget verminderd met dit (standaard⁸⁰) bedrag voor de dagbesteding dat onderdeel is van het zorgprofiel. Vervolgens wordt het budget opgehoogd met het bedrag voor de behandeling die nodig is (individueel of groep);
- De mindering op het budget geldt dus voor het deel dagbesteding waarvan geen gebruik wordt gemaakt omdat er sprake is van inzet (dag)behandeling. Dat gebeurt tegen het tarief dat voor dagbesteding in PGB beschikbaar is. Er wordt op het beschikbare budget dus géén Zorg in natura tarief voor de inbegrepen dagbesteding in mindering gebracht;
- Is er dus naast de Behandeling groep (dagbehandeling) ook Begeleiding groep (dagbesteding) nodig? Dan wordt het bedrag naar rato gekort;
- Past de noodzakelijke zorg en behandeling niet binnen het basisbudget met de module behandeling? Dan kan de toeslag Extra kosten thuis (inclusief module Behandeling) worden aangevraagd (zie paragraaf 3.3.6);
- Is dit budget niet voldoende dan kan gekeken worden naar de overige extra toeslagen voor zorg thuis die dan ingezet kunnen worden (zie vanaf paragraaf 3.3.7);
- Het zorgkantoor toetst achteraf de noodzaak en periode van inzet behandeling. Het zorgkantoor houdt daarbij rekening met de leeftijdsgroep. Voor de doelgroep kinderen (< 18 jaar) wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met de ontwikkelingsfase. Als langere inzet van (tijdelijke) behandeling nodig is en de aanbieder twijfelt over akkoord van het zorgkantoor op deze verlenging? Leg deze vraag dan via het Notitieverkeer voor bij het zorgkantoor.

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

Iemand met een hogere zorgbehoefte kan er veel baat bij hebben om thuis te blijven wonen, ook als zorg thuis meer kost dan het basisbudget dat hoort bij een bepaald zorgprofiel. De toeslag Extra kosten thuis (EKT) is daarom voor iedereen beschikbaar die zorg thuis kan krijgen via een MPT en/of PGB⁸¹. Dat geldt zowel voor reguliere zorg thuis als voor overbruggingszorg thuis.

⁷⁹ Of zijn gewaarborgde hulp. Dit is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel.

⁸⁰ Dit is terug te vinden in de tabel voor het PGB tarief per zorgprofiel.

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

Zo kan betere aansluiting worden gezocht bij de zorg of begeleiding die een cliënt via zijn zorgverzekeraar of gemeente kreeg. Of kan er thuis beter worden ingespeeld op een toegenomen zorgbehoefte, wordt extra belasting van mantelzorg voorkomen en/of kan een opname worden uitgesteld of voorkomen.

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

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

- in een geclusterde woonvorm verblijft die gefinancierd wordt via ZIN (of PGB). Bijvoorbeeld in een PGB-wooninitiatief (ouderinitiatief). Omdat de toeslag EKT juist bedoeld is om iemand langer thuis te laten wonen, in zijn gezinssituatie. Bovendien kan binnen een geclusterde woonvorm zorg efficiënter georganiseerd worden dan wanneer een cliënt nog in zijn gezinssituatie woont. Hier wordt rekening mee gehouden bij de beoordeling van een aanvraag voor de toeslag EKT door het zorgkantoor;
- onderdeel uitmaakt van een gezin waar meerdere kinderen/personen aanspraak maken op zorg. In deze situaties is ook in redelijkheid te verwachten dat er enige doelmatigheid kan worden bereikt bij de in te zetten zorg (het wordt niet als redelijk beschouwd dat voor elk kind of persoon standaard gerekend wordt met maximaal 125%). Het zorgkantoor houdt hier rekening mee bij de beoordeling;
- continue toezicht nodig heeft. Continue toezicht (24 uur zorg rond, 1:1) kan niet bekostigd worden met de verruimde EKT-regeling⁸²;
- 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;
- Het extra budget dat beschikbaar komt is afhankelijk van het zorgprofiel. Elk zorgprofiel heeft namelijk een eigen tarief (x 1,25%);
- Bij een aanvraag voor EKT is vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor als de zorg thuis verantwoord geleverd kan worden.

⁸² Toezicht dat 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 dat niet vertaald kan worden naar een functie, zoals aanwezigheid bij verblijfszorg, valt hierbuiten.

Het is niet nodig om een Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren. De Rekenmodule wordt door de zorgaanbieder gebruikt om vast te stellen of er sprake is van EKT. De zorgaanbieder levert wel een rekenmodule aan bij het zorgkantoor als een cliënt zijn zorg regelt via een combinatie MPT/ PGB;

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

3.3.7 Overige toeslagen extra zorg thuis

Heeft iemand een intensieve zorgvraag, is thuis wonen verantwoord maar is de toeslag EKT (inclusief module Behandeling) niet toereikend voor de noodzakelijke zorg? Dan zijn er andere toeslagen beschikbaar waarmee extra budget kan worden aangevraagd naast MPT (en/of PGB).

Uitgangspunten aanvraag extra budget

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

- De toeslag EKT (met module behandeling) altijd voorgaat op een van de andere toeslagen;
- Een van deze andere toeslagen niet boven op de toeslag EKT mag worden gestapeld;
- Een toeslag verwijst naar de belangrijkste reden/ bijzondere situatie waarvoor er extra budget nodig is om de noodzakelijke zorg thuis in te regelen. De zorgaanbieder legt deze reden, met onderbouwing vast in het (digitale) zorgplan;
- Niet alle extra zorg die nodig is hoeft een directe (1:1) relatie te hebben met één bijzondere reden. Er kan bij een cliënt dus sprake zijn van een combinatie van bijzondere redenen. Bijvoorbeeld: voor iemand met een hogere zorgvraag werd al gebruik gemaakt van de toeslag EKT. Later is bij deze cliënt gespecialiseerd verpleegkundig handelen nodig.

Alle zorg die nodig is om verantwoord (én doelmatig) thuis te wonen, past daardoor niet meer binnen de toeslag EKT. Het noodzakelijke budget wordt nu aangevraagd via de toeslag Gespecialiseerd verpleegkundig handelen, omdat deze dan het meest bepalend is om extra ruimte toe te staan;

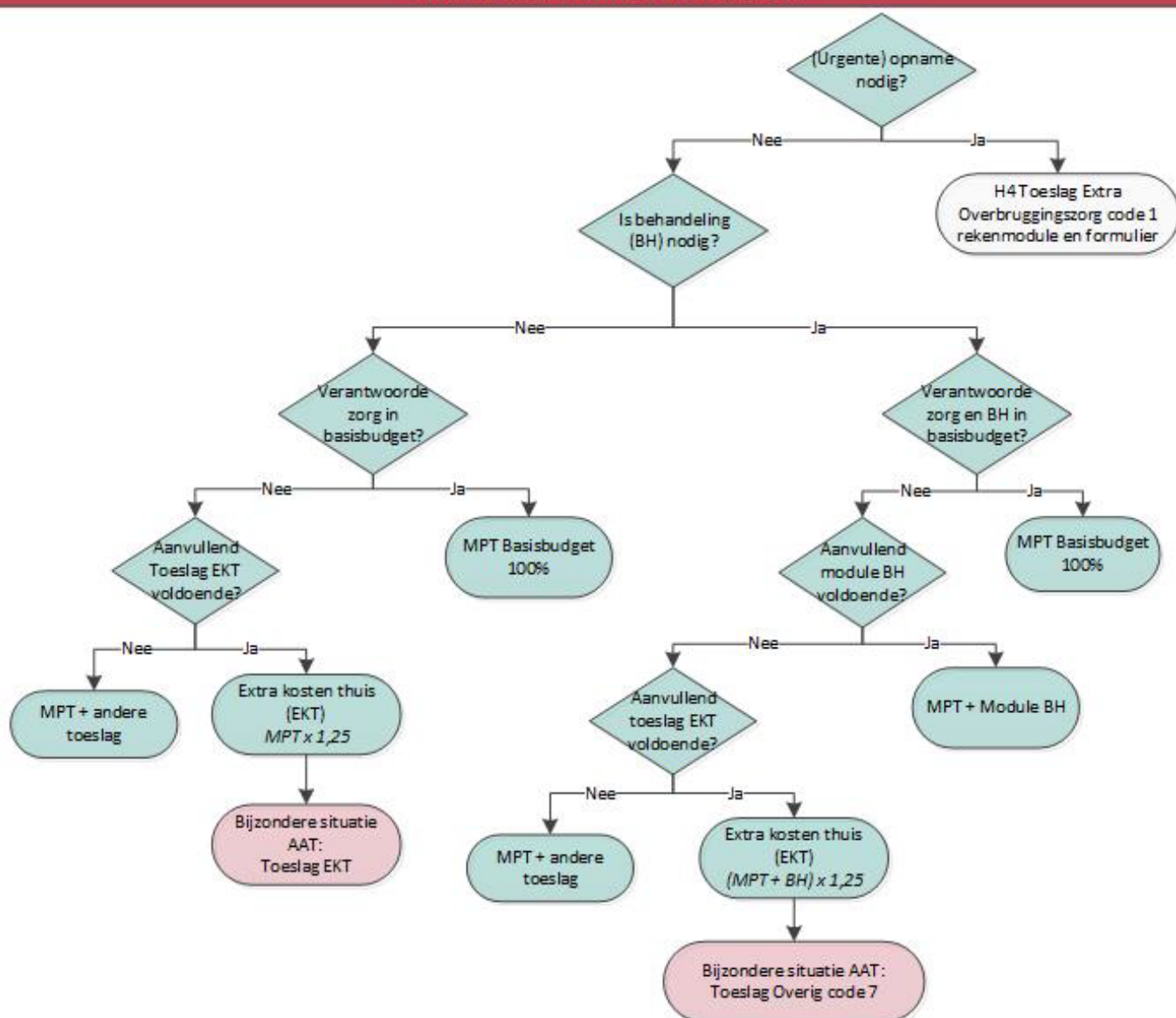
- Onderstaande toeslagen niet met elkaar mogen worden gecombineerd (de meest bepalende toeslag wordt gekozen. Daarbij wordt altijd de afweging gemaakt of passend verblijf beschikbaar en gewenst is, of dat de zorg thuis gewenst en verantwoord is;
- Onderstaande toeslagen een vaste volgorde hebben. Past de noodzakelijke zorg niet binnen/ bij een (voorliggende) toeslag, dan wordt beoordeeld of de opvolgende toeslag een oplossing biedt.
- Bij een deel van deze toeslagen gevraagd wordt om een Rekenmodule aan te leveren en/of het Adviesformulier voor onderbouwing van de aanvraag. In onderstaande procesflows staat bij welke toeslagen dit noodzakelijk is.

De extra toeslagen die mogelijk zijn naast MPT (en/of PGB):

- Ademhalingsondersteuning thuis of
- Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis of
- Palliatief terminale zorg thuis of
- Thuiswonend kind met ontwikkelperspectief < 18 jaar of
- Maatwerktoeslag Logeeropvang
- Maatwerktoeslag thuis voor dure begeleiding en behandeling of
- Meezorg thuis (MPT) of
- Extra overbruggingszorg (deze toeslag wordt verder behandeld in hoofdstuk 4, maar is hier voor het volledige beeld wel opgenomen)

Modulair Pakket Thuis (verantwoord thuis)

Aanvullende module en toeslagen



Figuur 12a Modulair pakket thuis basisbudget en toeslag extra kosten thuis

Modulair Pakket Thuis (verantwoord thuis) deel 2

Aanvullende module en toeslagen



Figuur 12b Modulair pakket thuis met overige toeslagen

3.3.8 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. In bijlage A staat een verdere beschrijving van het PAB. Een PAB kan alleen geregeld worden met PGB en wordt door de cliënt zelf aangevraagd. Het (aanvraag)proces PGB wordt in dit voorschrift verder niet verder uitgewerkt.

Een ademhalingstoeslag boven op het basisbudget voor MPT (en/of PGB) is mogelijk omdat deze zorg niet is gebonden aan verblijf in een instelling. Een cliënt komt hiervoor in aanmerking als hij bij opname ook is aangewezen op deze zorg. Het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel kan dan maximaal worden opgehoogd met een van de intramurale toeslagen voor ademhalingsondersteuning⁸³. De benodigde zorg kan worden ingezet via ZIN en/of PGB.

Zorgtoewijzingsproces aanvraag ademhalingstoeslagen

- Een ademhalingstoeslag is niet van toepassing bij bijvoorbeeld een cliënt waar zuurstof incidenteel nodig is, zuurstof via een 'brilletje of flowsnor' wordt toegediend of waar het zuurstofgehalte in het bloed wordt gemeten;
- Het gaat bij deze groep om cliënten met chronische ademhalingsondersteuning bijvoorbeeld door slikproblemen (obstructie in de ademhaling), risico op acute zuurstofdaling door ademstilstand of risico op een zwaar epileptisch insult of shock. Het is dan noodzakelijk om de ademhaling over te nemen via (non-)invasief beademen door (mechanische) apparatuur. Dit gebeurt al dan niet volledig of ter ondersteuning, continue of met onderbreking (bij het wegvallen van de ademhaling wordt automatisch apparatuur ingeschakeld). Non-invasieve beademing gaat via een mond- of neuskapje. Invasieve beademing gaat via een tracheostoma;
- In deze situaties is altijd sprake van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en/ of behandeling (minimaal 2 zorgvormen worden er geleverd);
- De CZT borgt dat bij een cliënt uit deze groep wordt voldaan aan voorwaarden⁸⁴ 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;
- De zorgaanbieder registreert in het (digitale) zorgplan welk VSCA⁸⁵ -profiel passend is bij de cliënt en waarom. Het zorgkantoor kan hier een achteraf controle op uitvoeren;
- De VSCA onderscheidt 5 profielen (0 tot en met 4). Profiel 0 is uitgesloten voor inzet van de Ademhalingstoeslag thuis in de Wlz;
- De belangrijkste onderscheidende factor in de VSCA-profielen is de noodzakelijke responstijd wanneer er iets fout kan gaan met de beademing.

⁸³ Nza Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis (toeslagen chronische ademhalingsondersteuning).

⁸⁴ Deze voorwaarden zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren.

⁸⁵ VSCA: Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning.

Dat kan gaan om een probleem met de apparatuur maar ook bijvoorbeeld om een slijmprop in de luchtweg of een verstopte canule;

- Profiel 0: iemand heeft geen hulp nodig bij de beademing omdat hij zichzelf zelfstandig kan aan- en afsluiten van de beademingsmachine, uitzuigen en de canule kan verwisselen.
 - Profiel 1: iemand heeft toezicht en hulp 'op afstand' nodig. Het gaat dan veelal om planbare hulp (bijvoorbeeld bij sputumverwijdering) waarbij de responstijd van de zorgverlener < 30 minuten kan zijn.
 - Profiel 2: de responstijd in deze situaties is < 15 minuten. Er moet hulp op korte afstand van thuis of werk beschikbaar zijn voor de cliënt omdat hij bijvoorbeeld 24 uur per dag non-invasief beademd wordt.
 - Profiel 3: de responstijd in deze situaties is < 5 minuten. Er is toezicht en hulp in de nabije omgeving nodig. Het gaat hier meestal om cliënten met beperkte beademingsvrije tijd (5 - 15 minuten), die 24 uur per dag beademd worden.
 - Profiel 4: de responstijd in deze situaties is < 1 minuut. Direct toezicht en hulp is nodig. Het gaat hier meestal om cliënten met zeer beperkte beademingsvrije tijd (1 - 5 minuten), die 24 uur per dag beademd worden met gevaar voor decanulatie met directe en ernstige gevolgen.
- Bij een cliënt met ademhalingsondersteuning waarvoor extra budget nodig is, hoeft de CZT geen Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren als de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd én er alleen sprake is van ZIN;
 - Als bij een cliënt uit deze groep een deel van de zorg via PGB wordt ingekocht, dan levert de CZT wél een Rekenmodule en Adviesformulier aan. In het Adviesformulier wordt aangegeven welk VSCA-profiel van toepassing is, zodat hier rekening mee kan worden gehouden bij de berekening van het PGB;
 - Afhankelijk van het VSCA-profiel is er extra budget beschikbaar in de vorm van 3 toeslagen: Beademingszorg laag (VSCA-profiel 1 en 2), Beademingszorg midden (VSCA-profiel 3) en Beademingszorg hoog (VSCA-profiel 4). Deze toeslagen zijn nog niet beschikbaar in de Rekenmodule⁸⁶ (in de Rekenmodule staan de oude toeslagen invasieve en non-invasieve beademing). Het is dus niet mogelijk om in de Rekenmodule een passend VSCA-profiel te selecteren waardoor het beschikbare budget automatisch wordt opgehoogd met een extra bedrag voor het geselecteerde VSCA-profiel;
 - Om het totale budget (percentage) dat nodig is te bepalen, vult de zorgaanbieder de noodzakelijke prestaties en bijbehorende omvang in de Rekenmodule. Deze berekening wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan bij de registratie van het VSCA-profiel;
 - Het totale benodigde budget wordt vervolgens bij het zorgkantoor aangevraagd via een AAT. De CZT geeft daarvoor bij deze situaties in de AAT aan dat er sprake is van Doelmatige zorg: Nee, Verantwoord thuis: Ja. Afhankelijk van het type ademhalingsondersteuning vult de CZT bij Bijzondere situatie: Toeslag Beademing, non-invasieve beademing (code 1) of Toeslag Beademing, invasieve beademing (code 2). Afhankelijk van het VSCA-profiel dat van toepassing is voor de cliënt wordt gekozen voor een van de 3 toeslagen.

⁸⁶ De huidige Rekenmodule wordt vervangen, daarom wordt deze niet meer aangepast.

3.3.9 Toeslag Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis

Gespecialiseerde verpleging die door een medisch specialist is voorgeschreven vanwege medisch specialistische behandeling valt onder de Wlz-aanspraken als een medisch specialist zelf niet direct beschikbaar hoeft te zijn voor toezicht of interventie. In deze situaties neemt de huisarts het toezicht of de interventie van de medisch specialist over. Er wordt in deze situatie ook niet meer gesproken van medisch specialistische zorg thuis (MSVT) maar van gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH). Voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld complexe wondverzorging die wordt uitgevoerd door een gespecialiseerde wondverpleegkundige.

Vanaf 2018 wordt alleen nog gesproken over MSVT als gespecialiseerde verpleegkundige zorg wordt uitgevoerd onder directe aansturing⁸⁷ van een medisch specialist. Het gaat dan om uitzonderlijke situaties zoals bijvoorbeeld hemodialyse⁸⁸. Directe aansturing van de medisch specialist houdt in dat de medisch specialist de directe opdracht geeft voor de gespecialiseerde verpleegkundige handelingen, hierover rechtstreeks en onmiddellijk met de verpleegkundige moet kunnen schakelen en instructies moet kunnen geven én het toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de medisch specialist voldoende is geregeld. De medisch specialist zorgt ervoor dat hij of zijn vervanger (medisch specialist) 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 betaald⁸⁹;
- Past de zorg niet binnen het beschikbare budget, dan kan de CZT bij het zorgkantoor extra budget aanvragen als er ook sprake is van Gespecialiseerd Verpleegkundig Handelen (GVH);
- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. In het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, wordt GVH ingevuld (code 6);
- Is er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde zorg thuis, dan hoeft de CZT bij de AAT géén Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren (tenzij er ook sprake is van PGB);
- Om administratieve last bij de zorgaanbieder te voorkomen kan het budget voor GVH voor de duur van het indicatiebesluit worden aangevraagd bij het zorgkantoor.

⁸⁷ Er is sprake van directe aansturing als de medisch specialist de volgende vraag beantwoord met Ja. Wil ik, telkens, rechtstreeks en onmiddellijk met de verpleegkundige spreken over de actuele uitkomsten van mijn geneeskundig beleid en hem/haar op grond van die uitkomsten rechtstreeks en onmiddellijk instrueren? (Smart question ZiNL).

⁸⁸ Hemodialyse is een behandeling die een deel van de nierfunctie overneemt. Iemand wordt daarvoor aangesloten op een hemodialysemachine.

⁸⁹ Deze verpleging moet worden betaald met een bestaande, reguliere Wlz-prestatie.

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 toewijsp periode als het MPT. Dit is puur administratief en voorkomt dat er later weer een informatieve zorgtoewijzing naar een betrokken zorgaanbieder(s) wordt gestuurd bij verlenging van de PGB-beschikking. Ondanks een langere toewijsp periode, geeft het zorgkantoor voor deze zorg een PGB-beschikking af voor 3 maanden (de PGB-beschikking zelf wordt dus wel voor een kortere periode afgegeven). Deze PGB-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 omdat het GVH niet meer nodig is, dan wordt bij het zorgkantoor een AAT ingediend met een nieuwe verdeling van het budget (een aangepast %) en/of eventueel een gewijzigde toeslag.

Toeslag GVH voor kinderen

Gespecialiseerde verpleging voor kinderen (< 18 jaar) die dit kortdurend nodig hebben wordt geleverd door kinderthuiszorgorganisaties. Voorwaarde daarbij is dat de kinderthuiszorgorganisatie lid is van branchevereniging BINKZ.

Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag GVH voor kinderthuiszorgorganisaties

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

3.3.10 Toeslag Palliatief terminale zorg thuis (PTZ)

Palliatief terminale zorg is zorg die wordt gegeven in de laatste levensfase van een cliënt. Zijn gemiddelde levensverwachting is dan nog ongeveer 3 maanden.

De zorg aan deze cliënten is dan vaak gericht op behandeling of begeleiding bij pijn, benauwdheid en angst (symptoomlasten bestrijding). Daarnaast is het doel om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden voor de cliënt en zijn mantelzorg(ers).

Als iemand graag thuis wil overlijden wordt zijn wens zoveel mogelijk gevolgd. 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 PTZ⁹⁰ bij MPT (en/of PGB)

- De toeslag PTZ kan worden ingezet bij alle zorgprofielen die in aanmerking komen voor zorg thuis;
- Voor inzet van deze toeslag is geen andere indicatie van het CIZ nodig (geen specifiek zorgprofiel voor PTZ);
- Voorwaarde voor het leveren van PTZ thuis is dat de CZT en eventueel andere betrokken aanbieder(s) de landelijk vastgestelde richtlijnen voor palliatieve zorg⁹¹ volgt. De CZT bespreekt dit met de betrokken zorgaanbieder(s);
- De CZT kan deze toeslag aanvragen als de noodzakelijke zorg, begeleiding of toezicht⁹² niet met het beschikbare (basis)budget kan worden georganiseerd. Is het extra budget dat via de toeslag EKT beschikbaar komt niet voldoende en/ of is de verwachting dat er snel meer budget nodig is? Vraag dan direct de toeslag PTZ aan;

⁹⁰ PTZ voor een cliënt zonder Wlz-indicatie die thuis, in een hospice of in een instelling wil sterven is vanaf 2015 onderdeel van de aanspraak wijkverpleging of Eerstelijns verblijf (vanaf 2017) die betaald wordt vanuit de Zvw.

⁹¹ Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL): <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/richtlijnen>.

⁹² Rekening houdend met de mogelijkheden van mantelzorg, het (cliënt)netwerk en/of inzet van een lokale of regionale organisatie van vrijwilligers voor PTZ.

- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: Toeslag Extra kosten thuis óf ToeslagOverig, Palliatief terminale zorg (code 2);
- Is er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde PTZ thuis, dan hoeft de CZT bij de AAT voor het totale budget géén Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren. Tenzij er ook sprake is van PGB óf het zorgkantoor hier expliciet om vraagt. Dat kan bijvoorbeeld als het aangevraagde percentage (budget) erg hoog is. Met deze informatie kan het zorgkantoor een beeld opbouwen over inzet van PTZ door de zorgaanbieder(s);
- Het zorgkantoor wijst het aangevraagde budget in principe toe zonder verder inhoudelijke beoordeling vooraf. Dit gebeurt op basis van het principe high trust en op voorwaarde dat de onderbouwing van de extra zorginzet, met de ingeschatte levensverwachting volgens de behandelend arts, wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan;
- Bij inzet van zorg in natura is het voldoende als een (wijk)verpleegkundige de uitkomst van het gesprek met de arts over de terminale levensfase van een cliënt registreert in het (digitale) zorgplan. De (wijk)verpleegkundige legt daarbij ook vast wanneer dit gesprek met de arts heeft plaatsgevonden, inclusief de naam van de behandelend arts. Vanaf 2020 is er bij inzet van ZIN dus geen aparte verklaring van de behandelend arts meer nodig over de ingeschatte levensverwachting;
- 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 levensverwachting⁹³ wel vereist en een budgetplan dat gericht is op PTZ. Uit deze verklaring blijkt dan dat de behandelend (huis)arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een naderend overlijden bij de cliënt en dat de ingeschatte levensverwachting nog ongeveer 3 maanden is;
- Wil een cliënt PTZ deels zelf inkopen via een PGB, dan krijgt de zorgtoewijzing voor leveringsvorm PGB dezelfde toewijperiode als het MPT. Dit voorkomt later onnodige informatieve zorgtoewijzingen voor een betrokken zorgaanbieder(s) als het PGB wordt verlengd. Het toekennen van een beschikking voor PGB hoeft niet 1:1 overeen te komen met de duur van de zorgtoewijzing, omdat het een ander uitvoeringsproces is. In deze situaties wordt de beschikking PGB door het zorgkantoor namelijk voor maximaal 1 jaar afgegeven (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 waarbij de zorgvraag snel kan veranderen. Voorwaarde is wel dat de zorgaanbieder een nieuwe zorgtoewijzing aanvraagt bij het zorgkantoor als de gezondheidssituatie van de cliënt stabiliseert of verbetert en/ of er geen sprake meer is van een terminale levensfase⁹⁴. De zorgbehoefte wordt dan opnieuw bepaald. 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 een beter passend zorgprofiel beschikbaar is.

⁹³ De tekstuele beschrijving vervangt de term terminaliteitsverklaring. Veldpartijen zoeken naar een andere benaming.

⁹⁴ 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.

Voor de gewijzigde situatie wordt een nieuwe AAT aangevraagd met een passend percentage, een eventuele nieuwe verdeling van het percentage (budget) en met een andere toeslag als die nodig is;

- Zorgkantoren monitoren zorgaanbieders op de duur en inzet van ondoelmatige PTZ en toetsen zo nodig of er nog sprake is van een terminale levensfase.

Zorgtoewijzingsproces PTZ bij VPT

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

3.3.11 Toeslag Thuiswonend kind (<18 jaar) met ontwikkelperspectief

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

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

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

- Het kind jonger dan 18 jaar is. En;
- De ontwikkeling van het kind op de voorgrond staat. Vanuit dit perspectief gaat het ook altijd om tijdelijke inzet van extra budget. En;
- Er een zorgbehoefte is voor dure dagbesteding, dagbehandeling of individuele behandeling waarbij:
- de kosten van dagbesteding hoger liggen dan het bedrag dat daarvoor beschikbaar is in het (basis)budget, inclusief EKT. Met deze toeslag kan het prijsverschil worden overbrugd. De hoogte van de vergoeding voor dagbesteding in het basisbudget is terug te vinden in de Rekenmodule (tab) en de actuele Regeling langdurige zorg (Rlz);

- de noodzakelijke kosten voor behandeling bij een kind met complexe problematiek niet betaald kunnen worden vanuit het budget dat beschikbaar is voor de toeslag EKT met Module behandeling. Het resterende budget voor bijvoorbeeld de noodzakelijke verpleging en verzorging kan daardoor te weinig zijn.

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

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

Welke kinderen komen in aanmerking voor deze toeslag?

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

- zeer ernstig verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEMVB). Het IQ⁹⁵ 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);
- 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.

⁹⁵ 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.

Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag Thuiswonend kind <18 jaar

- De CZT kan deze toeslag aanvragen als de noodzakelijke dagbesteding, dagbehandeling en/of individuele behandeling niet met het beschikbare (basis)budget kan worden georganiseerd. Ook niet via de toeslag EKT inclusief de module Behandeling;
- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Thuiswonend kind met ontwikkelperspectief < 18 jaar (code 8);
- Gelijktijdig wordt een Rekenmodule en het Adviesformulier aangeleverd, waarin de motivatie en toelichting is opgenomen. De behandelaar moet de noodzaak voor de behandeling (individueel of in groepsverband) aan de cliënt goed onderbouwen, dat geldt ook voor inzet van dure dagbesteding (zie paragraaf 3.3.5);
- Uit de aanvraag wordt ook duidelijk dat er minimaal 1 gecontracteerde zorgprofessional betrokken is bij de cliëntsituatie, die doelgericht werkt aan de ontwikkeling van het kind (ZIN of combinatie ZIN/PGB). Dat geldt ook als er sprake is van alleen inzet van PGB;
- Had de cliënt voor afgifte van een indicatiebesluit al zorg vanuit het andere domein Jw en/of Zvw? En is het nodig om een deel van deze zorg (bij dezelfde aanbieder) te continueren dan wordt dat ook aangegeven op het formulier. Wil een cliënt graag deze aanbieder behouden dan wordt daar zoveel mogelijk rekening mee gehouden op voorwaarde dat deze aanbieder gecontracteerd is voor Wlz-zorg of als onderaannemer kan/wil werken;
- De aanvraag wordt maximaal voor een periode van 3 jaar toegekend omdat er nog sprake is van een ontwikkelingsfase die van invloed is op de intensiteit en frequentie van behandelen (toegewezen budget/percentage). Na deze periode kan de behandeling opnieuw worden verlengd als dat nodig is. De duur van de zorgtoewijzing is afhankelijk van het moment waarop een kind 18 jaar wordt;
- Bij een aanvraag voor verlenging van de toeslag wordt bij de aanvraag altijd een evaluatie toegevoegd waarin het behaalde resultaat tot dan toe wordt beschreven met de reden van verlenging (zie paragraaf 3.3.5).

3.3.12 Toeslag Maatwerk Logeeropvang

De toeslag Maatwerk Logeeropvang heeft als doel dat een cliënt langer thuis kan blijven wonen in de eigen vertrouwde omgeving. Door de hogere tarieven lukt het niet altijd om logeeropvang goed te regelen naast de noodzakelijke zorg thuis. Ook niet met een van de voorliggende toeslagen voor zorg thuis zoals de toeslag Extra kosten thuis (EKT). Met deze extra ruimte wordt daarnaast voorkomen dat er onnodig een aanvraag voor Meezorg wordt gestart.

Wanneer kan deze toeslag worden ingezet?

- Er is altijd sprake van een (dreigende) overbelasting van de thuissituatie of de thuissituatie moet worden ontlast voor een of meer mantelzorgers om dit te voorkomen en/of;
- Er is sprake van complexe problematiek bij een cliënt waardoor dit extra, specifieke eisen stelt aan de logeeropvang. Denk bijvoorbeeld aan een gezin met een kind met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (bijvoorbeeld zeer ernstige motorische beperkingen). De kosten hiervan kunnen bij zorg in natura aanzienlijk hoger liggen dan de bedragen die voor deze logeeropvang (ZEVMB) beschikbaar zijn in het basisbudget voor zorg thuis. Het resterende budget voor bijvoorbeeld de noodzakelijke verzorging en begeleiding thuis kan daardoor te weinig zijn.

Processtappen aanvraag toeslag Maatwerk Logeeropvang

- Bij de aanvraag van deze toeslag wordt altijd een Rekenmodule en het Adviesformulier aangeleverd met onderliggende motivatie en toelichting. Afhankelijk van de situatie gebeurt dit door de coördinator zorg thuis of de dossierhouder. Het zorgkantoor kan aan de hand van deze informatie vaststellen of de overige zorg door het logeren onder druk komt te staan en of het extra budget (maatwerk) noodzakelijk is;
- De logeerprestatie die wordt in gezet past bij de stoornis of beperking van een cliënt. In de Rekenmodule (aparte tab) is terug te vinden met welk bedrag gerekend wordt voor een bepaalde logeerprestatie;
- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Logeren (code 10);
- De aanvraag wordt voor maximaal de duur van het indicatiebesluit ingediend (tenzij iemand jonger is dan 18 jaar, dan wordt het aangevraagd tot het 18^e levensjaar. Zie ook 3.3.11).
- Let op: met deze toeslag kunnen geen extra logeerdagen (>156 nachten per kalenderjaar) worden aangevraagd voor een cliënt. Dit is zo in wet- en regelgeving geregeld;
- Onder paragraaf 3.3.15 wordt meer informatie gegeven over logeeropvang.

3.3.13 Toeslag Maatwerk dure dagbesteding en/of behandeling (individueel of groep)

De toeslag Maatwerk met dure dagbesteding en/of behandeling is bedoeld voor iemand die niet in aanmerking komt voor een van de voorliggende toeslagen maar waar wel behoefte is aan (meer) inzet van dagbesteding, dagbehandeling of individuele behandeling. De inzet hiervan komt (door de hoogte van de tarieven) boven de EKT-grens uit. Door inzet van zorg op maat is er 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 budget, inclusief EKT. Met deze toeslag kan het prijsverschil worden overbrugd en/of het tekort aan het noodzakelijke volume voor dagbesteding. De hoogte van de vergoeding voor dagbesteding 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 dure dagbesteding en/of behandeling

- Heeft een cliënt bijvoorbeeld extra of dure behandeling of dagbesteding nodig? En kan die niet (volledig) worden betaald via de toeslag EKT (inclusief de Module behandeling) of een van de andere voorliggende toeslagen? Dan vraagt de CZT dit aan bij het zorgkantoor en levert daarbij de onderliggende motivatie aan;
- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld Bijzondere Situatie: Toeslag Overig, Maatwerk in verband met dure dagbesteding, dagbehandeling en/of individuele behandeling (code 9);
- Gelijktijdig wordt een rekenmodule en het Adviesformulier aangeleverd, waarin de motivatie en toelichting is opgenomen;
- De aanvraag wordt voor maximaal de duur van het indicatiebesluit ingediend (tenzij iemand jonger is dan 18 jaar, dan wordt het aangevraagd tot het 18^e levensjaar. Zie ook 3.3.11);
- Is voor een cliënt extra budget nodig voor behandeling (individueel en/of in groepsverband) dan onderbouwt de behandelaar de noodzaak van deze aanvraag (zie paragraaf 3.3.5);
- Bij een aanvraag voor (dag)behandeling kijkt het zorgkantoor altijd naar de inzet van middelen die voor dagbesteding in het basisbudget beschikbaar zijn. Bij de beoordeling over het aantal dagdelen dagbehandeling worden die meegewogen en kan het daarvoor beschikbare bedrag worden ingezet voor (dag)behandeling.

3.3.14 Toeslag Meezorg thuis bij MPT (en/of PGB)

Wanneer is er sprake van toeslag Meezorg?

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

Wie kan beroep doen op de toeslag Meezorg thuis?

Iemand kan beroep doen op de toeslag Meezorg⁹⁶ MPT als hij beschikt over:

- een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud, 5ZGvis, 4GGZW of 5 GGZW én;
- het budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel en wat is opgehoogd met de toeslag EKT (inclusief module behandeling) óf een van de andere voorliggende toeslagen, niet passend is en/of onvoldoende financiële ruimte⁹⁷ biedt om de zorg verantwoord te organiseren.

⁹⁶ 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.

⁹⁷ Het criterium dat er voor de toeslag 25% meer zorgvolume nodig is dan de zorg die hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel vervalt vanaf 2020 voor zorg thuis via MPT en/of PGB. Maar geldt nog wel voor intramurale Meezorg en Meezorg die naast VPT wordt ingezet.

Wanneer kan er géén toeslag Meerzorg MPT worden aangevraagd?

De toeslag Meerzorg MPT kan niet worden aangevraagd als:

- het (basis)budget dat hoort bij een bepaald zorgprofiel (nog) niet volledig is ingezet voor directe zorglevering aan de cliënt. Inclusief de toeslag EKT (met behandeling);
- iemand een indicatie heeft voor een SGLVG-zorgprofiel, een LVG-zorgprofiel of een GGZB-zorgprofiel. Voor (een aantal van) deze profielen is wel een intramurale toeslag Meerzorg mogelijk (zie hoofdstuk 4);
- er sprake is van een aanvraag voor het regelen van 24-uurs toezicht⁹⁸ in de directe nabijheid. Meerzorg is bedoeld voor mensen die meer (aanvullende) zorg nodig hebben op grond van bijzondere cliëntkenmerken. Meerzorg is niet bedoeld om continue toezicht thuis te organiseren (dat is ondoelmatig en in een instelling beter te organiseren).

Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag Meerzorg MPT

- Voor een individuele aanvraag Meerzorg thuis bij (geclusterd) VPT wordt de intramurale Meerzorgprocedure gevolgd. Dit staat verder uitgewerkt in paragraaf 4.5;
- Bij een individuele aanvraag voor de toeslag Meerzorg MPT is alleen sprake van een aanvraag voor extra budget voor directe cliëntgebonden zorgkosten. Vergoeding van indirecte kosten is bij deze extramurale toeslag niet mogelijk;
- Wordt de toeslag Meerzorg MPT toegekend, dan vervalt een eventueel eerder toegekende toeslag (bijvoorbeeld EKT);
- Voor de beoordeling van een Meerzorgaanvraag kan het zorgkantoor besluiten om bij een cliënt op huisbezoek te gaan;
- Bij een Meerzorgaanvraag MPT voor een cliënt met (ernstige) gedragsproblematiek kan een externe partij zoals het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) om inhoudelijk advies worden gevraagd. Inschakelen van een externe partij is afhankelijk van de gedragsproblematiek bij een cliënt en zijn context;
- Het CCE heeft géén adviserende rol voor iemand zonder (ernstige) gedragsproblematiek. De volledige beoordeling ligt in deze situaties altijd bij het zorgkantoor;
- Het CCE start een adviestraject op als er een complete aanvraag beschikbaar is en er een gedragsdeskundige betrokken is bij de cliënt. In het advies ligt de focus op de vraag of de cliënt in deze context passende zorg krijgt én op noodzakelijke of mogelijke verbeteringen in de zorg(context). Als het mogelijk is, kan het CCE ook adviseren over het aantal uren zorg die nodig zijn en de looptijd;
- In een Meerzorgaanvraag voor alleen MPT loopt het contact met het CCE via de zorgaanbieder. Dit gebeurt pas nadat het zorgkantoor de aanvraag heeft beoordeeld en de noodzaak voor een adviestraject heeft afgestemd met de zorgaanbieder. Besluit over een Meerzorgaanvraag MPT wordt altijd door het regionale zorgkantoor genomen op basis van zorginhoudelijke redenen. Als het CCE (of een andere externe partij) om advies is gevraagd, wordt dit daarin meegenomen;
- In een Meerzorgaanvraag voor een combinatie MPT/PGB kan het CCE worden ingeschakeld door de zorgaanbieder (MPT) of het zorgkantoor (PGB). Het zwaartepunt van de zorgvraag en de bijbehorende financieringsvorm bepaalt welke partij contact opneemt met het CCE en welke procedure dan wordt gevolgd (procedure MPT of PGB);

⁹⁸ Bijvoorbeeld het regelen van toezicht in het kader van beveiliging.

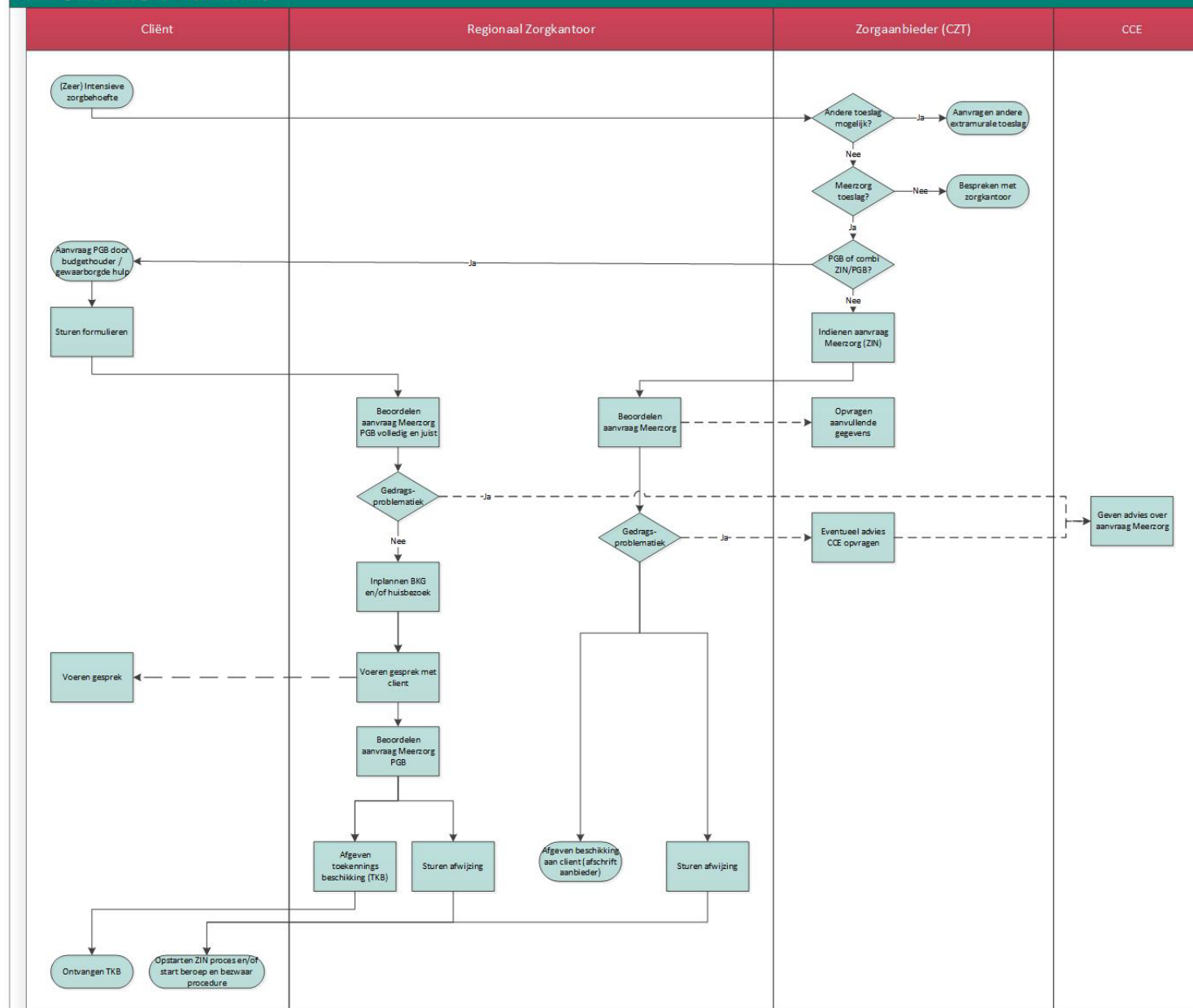
- In een Meerszorgaanvraag voor alleen PGB kan het zorgkantoor, na de 1^e beoordeling, contact leggen met het CCE voor advies.
Bijvoorbeeld als er twijfel is over het verantwoord inzetten van de zorg thuis. Het advies van het CCE wordt door het zorgkantoor vertaald naar een PGB.
- De zorgaanbieder gebruikt de actuele versie van de Rekenmodule⁹⁹ en vult daarin de tab Meerszorg onderbouwing bij MPT (in combinatie met PGB). Onder de tab Werkwijze Rekenmodule wordt hierover uitleg gegeven;
- Gebruikt de zorgaanbieder een verouderde versie van het formulier en/of de Rekenmodule dan neemt het zorgkantoor de aanvraag niet in behandeling. Dat geldt ook als;
 - In de Rekenmodule de tabbladen Adviesformulier, Rekenblad en/of Meerszorg MPT onderbouwing niet (goed) gevuld zijn;
 - Informatie ontbreekt over aard en omvang van de uren zorg of begeleiding die nodig zijn en het zorgprofiel overstijgen en onderbouwing van de noodzaak daarvan;
 - het dag/week schema ontbreekt waarin staat op welke momenten er zorg, begeleiding, dagbesteding en/of dagbehandeling wordt geleverd en door welke zorgaanbieder(s);
 - het actuele zorgplan ontbreekt;
 - bij een her-aanvraag geen informatie wordt aangeleverd over de systematische wijze waarop aan vooraf opgestelde doelen is gewerkt en welke resultaten behaald zijn;
 - de eventuele mogelijkheden voor inzet van gebruikelijke zorg, mantelzorg, (cliënt)netwerk, of respijtzorg ontbreekt.
- Zijn er meerdere zorgaanbieders bij een cliënt betrokken? Dan wordt bij een aanvraag Meerszorg MPT met de cliënt besproken wie de CZT is. Die vraagt de Meerszorg aan;
- De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Meerszorg (code 3);
- Is er sprake van een combinatie MPT met PGB? Volg dan de aanvraagprocedure PGB als de nadruk ligt op PGB. (Voor het MPT-gedeelte wordt in deze situaties ook altijd een rekenmodule ingevuld door de CZT anders heeft het zorgkantoor geen totaalbeeld van het budget.) Volg anders de aanvraagprocedure MPT;
- Het zorgkantoor legt het besluit over een aanvraag Meerszorg MPT vast in een individuele beschikking. In de beschikking staat of de aanvraag akkoord is;
- De ingangsdatum van een beschikking kan daarbij in principe niet voor de datum liggen dat de volledige aanvraag bij het zorgkantoor is ingediend. Start de Meerszorg later dan de aanvraagdatum, dan wordt de ingangsdatum hierop aangepast. Een aanvraag met startdatum in het verleden is niet mogelijk;
- Bij een negatieve beschikking geeft het zorgkantoor een inhoudelijke en juridische onderbouwing van het besluit. Bijvoorbeeld omdat in de aanvraag onvoldoende wordt aangetoond dat de zorgvraag niet past binnen het reguliere budget met een andere, voorliggende toeslag. De zorgaanbieder ontvangt deze toelichting via het Notitieverkeer;

⁹⁹ Voor een individuele aanvraag Meerszorg VPT gebruikt de zorgaanbieder de actuele Rekentool Meerszorg (zie paragraaf 4.5) en niet de Rekenmodule.

- Het zorgkantoor legt in de beschikking ook vast voor welke periode die is afgegeven. Afhankelijk van de casuïstiek is de maximale looptijd 3 jaar¹⁰⁰ (als het CCE is ingeschakeld adviseert het CCE ook over de looptijd);
- De beschikking voor een aanvraag Meezorg PGB of Meezorg MPT wordt door het zorgkantoor naar de cliënt gestuurd. De zorgaanbieder die de toeslag Meezorg MPT heeft aangevraagd, ontvangt bij een positief besluit de zorgtoewijzing. Daarnaast wordt via het Notitieverkeer de hoogte van het budget, de begin- en de einddatum doorgegeven;
- De zorgaanbieder meldt, bij een individuele Meezorgaanvraag, een relevante wijziging in het (digitale) zorgplan of de persoonlijke omstandigheden van de cliënt zo snel mogelijk bij het zorgkantoor via het Notitieverkeer. Het zorgkantoor beslist op basis van deze informatie of een nieuwe beoordeling voor Meezorg MPT noodzakelijk is;
- Is er een verlenging van de Meezorg nodig dan vraagt de zorgaanbieder die op tijd aan (bij voorkeur gebeurt dit 12 weken vóór afloop van de huidige beschikking zodat het zorgkantoor voldoende tijd heeft om de aanvraag te beoordelen en af te handelen);
- De zorgaanbieder voegt bij een aanvraag voor verlenging altijd een evaluatie van de ingezette extra middelen toe en de tot dan toe bereikte doelen (kritische reflectie/voorgangsrapportage). Bij een afwijkende aanvraag wordt die onderbouwd;
- De zorgaanbieder declareert voor Meezorg MPT de normale prestaties voor het MPT bij het zorgkantoor (meer volume). Dit is anders dan bij de intramurale toeslag Meezorg (VPT en verblijfszorg). Voor de intramurale toeslag Meezorg is een aparte prestatie geregeld;
- In paragraaf 4.5 staat de bezwaarprocedure beschreven die gevolgd moet worden als een cliënt het niet eens is met het besluit van het zorgkantoor. En hoe te handelen bij verhuizing van een cliënt naar een andere zorgkantoor regio.

¹⁰⁰ In uitzonderingsgevallen is een langere periode mogelijk als er sprake is van een stabiele, structurele intensieve zorgvraag (waarbij verandering of verbetering niet wordt verwacht binnen 3 jaar).

Toeslag Meezorg MPT (met PGB)



Figuur 13 Procesflow Toeslag Meezorg MPT (met PGB)

3.3.15 VPT, MPT of PGB in combinatie met logeren

MPT (en PGB) en logeren

Logeren (logeeropname) in een instelling is mogelijk om mantelzorg¹⁰¹ thuis te ontlasten, voor herstel na een ziekte om de zelfstandigheid te bevorderen of als voorbereiding op een opname.

3.3.15.1 Logeren (logeeropvang)

- Bestaat uit het (tijdelijke/logeer) verblijf in een veilige, beschermende woonomgeving. Tijdens dit verblijf is het schoonhouden van de logeerruimten en andere ruimten waar cliënten verblijven inbegrepen, net zoals eten en drinken en samenhangende zorg. Denk daarbij aan persoonlijke verzorging, individuele begeleiding verpleging en soms een deel individuele behandeling;
- Kan worden aangevuld met dagbesteding (begeleiding groep). Dat kan bij alle zorgprofielen als dit noodzakelijk is om een zinvolle dag invulling te geven en/of de dag te structureren;
- Inzet van dagbesteding tijdens het logeren mag als dit aansluit bij de definitie in de NZa-beleidsregel: 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.
- Kan in de Wlz voor maximaal 156 nachten per kalenderjaar worden ingezet bij MPT, PGB of VPT. Dat is wettelijk zo geregeld. Voor iemand die in een instelling verblijft kan geen logeeropvang worden ingezet die apart wordt betaald;
- Kan voor een korte periode worden ingezet of voor een langere (vakantie)periode. Inzet voor een langere periode is mogelijk omdat nachten mogen worden opgespaard;
- Kan gepland maar ook ongepland (onvoorzien) nodig zijn;
- Kan worden ingezet met een regelmatige frequentie maar er kan ook behoefte zijn aan incidenteel (af en toe) logeren of logeren met een onregelmatige frequentie;
- Vindt in de praktijk vaak regelmatig plaats bijvoorbeeld 2 of 3 nachten per week of 1 weekend per maand;
- Noemen we ook wel een logeeropname of logeervakantie als een cliënt kortdurend maar minimaal 4 nachten aaneengesloten verblijft. Bijvoorbeeld als de mantelzorger een operatie moet ondergaan, moet herstellen van een ziekte of op vakantie gaat om zo tijdelijk ontlast te worden;
- Wordt naar rato in gezet. Is een indicatie in de loop van een kalenderjaar afgegeven? Dan wordt bepaald hoeveel nachten logeeropvang in dat jaar kunnen worden ingezet binnen het indicatiebesluit. Het aantal weken dat het indicatiebesluit in dat jaar nog geldig is, wordt daarvoor vermenigvuldigd met maximaal 3 nachten per week;
- Valt voor de eigen bijdrage berekening door het CAK onder het MPT (of PGB).

¹⁰¹ Als logeeropvang via PGB wordt ingekocht, is het niet logisch om hiervoor mantelzorg in te schakelen omdat het ontlasten van de mantelzorg het belangrijkste doel is.

3.3.15.2 Zorgtoewijzingsproces voor logeren bij MPT (of PGB)

- Logeren maakt altijd onderdeel uit van de leveringsvorm MPT of PGB en wordt niet aangevraagd via de leveringsvorm Verblijf. De leveringsvorm MPT of PGB geldt dus voor kortdurend logeren én voor een langere logeeropname of logeervakantie;
- Het logeren wordt bekostigd vanuit het beschikbare (basis)budget voor het MPT en/ of PGB. Daarmee is er geen onderscheid tussen logeeraanvragen voor leveringsvorm MPT of PGB. Dat geldt zowel voor reguliere zorg als voor inzet van overbruggingszorg;
- Cliënten die hun indicatie volledig in PGB hebben omgezet, kopen ook het logeren in met dit budget. Wil een budgethouder logeren via MPT inkopen? Dan wordt dit altijd uit het totale beschikbare budget betaald. Het logeren via zorg in natura (ZIN) komt dus niet extra boven op het al toegekende (beschikte) PGB. Het budget PGB wordt aangepast op de noodzakelijke zorg die met het PGB wordt ingekocht (min de logeerprestatie zelf);
- Kan het logeren niet uit het beschikbare budget worden betaald en/ of is er een aangepaste zorgtoewijzing nodig? Selecteer in de Rekenmodule dan de logeerprestatie die het beste past bij de cliënt;
- Voor het aanvragen van een zorgtoewijzing geldt dat het gemiddelde aantal nachten per week dat een cliënt komt logeren wordt ingevuld in de Rekenmodule. Bespreek met de cliënt hoeveel etmalen hij/zij verwacht te komen logeren in een jaar. Bereken daarna het aantal nachten per week op basis van het verwachte aantal nachten dat een cliënt in een kalenderjaar komt logeren. (Bij onvoorzien logeren maakt de zorgaanbieder hiervoor ook een inschatting. Als dat lastig is, overlegt de zorgaanbieder met het zorgkantoor over een maatwerkoplossing. De zorgaanbieder doet daarvoor een voorstel met onderbouwing).

Voorbeeld: een cliënt wil graag 3x per jaar een week komen logeren. Aankomst op maandagmiddag en vertrek op maandagochtend (3x7 etmalen = 21 etmalen). Daarnaast wil de cliënt 1x per maand een weekend komen logeren. Aankomst op vrijdagmiddag en vertrek op maandagochtend (12x3=36 etmalen). Op jaarbasis wil de cliënt totaal 57 etmalen komen logeren. In de rekenmodule wordt dan ingevuld: 57 etmalen op jaarbasis:52 weken = 1,1 etmaal per week.

- Past het logeren in een kalenderjaar binnen het toegewezen budget (%)? Dan hoeft de coördinator zorg thuis (CZT) geen nieuwe zorgtoewijzing aan te vragen als het logeren een afwijkend patroon heeft van het gemiddelde aantal aangevraagde nachten per week. Bijvoorbeeld: voor een cliënt wordt gemiddeld 2 nachten per week logeren aangevraagd, maar effectief gezien wordt er verspreid over het jaar een aantal weekenden gelogeerd en daarnaast een langere periode omdat de mantelzorger op vakantie gaat;
- Past het logeren niet in het basisbudget dat voor een cliënt beschikbaar is? Gebruik dan de toeslag Logeren om extra budget aan te vragen (zie paragraaf 3.3.12);
- Krijgt een cliënt normaal gesproken zorg thuis via MPT, dan blijft de coördinator zorg thuis (CZT) tijdens de vakantieperiode het eerste aanspreekpunt voor de cliënt voor Wlz-zorg;
- Is bij het opstarten van MPT nog geen behoefte aan logeren, maar ontstaat deze later wel? Vraag dan een nieuwe zorgtoewijzing aan voor MPT als het logeren door een nieuwe aanbieder wordt geleverd of als de zorg niet past binnen het toegewezen percentage. Zonder toewijzing kan de nieuwe zorgaanbieder namelijk geen logeerprestatie declareren.

Bovendien kan het uitbreiden van zorg met logeren consequenties hebben voor de ruimte voor andere zorgprestaties binnen het MPT (of PGB). Vul daarom altijd de Rekenmodule in;

- Kan een passende logeerprestatie niet gedeclareerd worden bij het toegewezen zorgprofiel? Overleg dan met het zorgkantoor en vraag eventueel een bijpassende zorgtoewijzing aan. Zo kan bijvoorbeeld een logeerprestatie voor ouderenzorg niet gedeclareerd worden bij een toegewezen VG-zorgprofiel. Normaal gesproken is het voor inzet van MPT in de thuissituatie niet nodig om een toegewezen zorgprofiel aan te passen. Dat kan wel voorkomen bij de logeerprestaties, prestaties dagbesteding of dagbehandeling;
- Is er geen productieafpraak gemaakt voor de logeerprestatie die past bij het toegewezen zorgprofiel? Overleg dan met het zorgkantoor of de productieafpraak hierop aangepast kan worden.

Declareren van logeren

- De zorg die normaal gesproken thuis wordt geleverd via MPT, wordt tijdens een logeeropname of een logeervakantie niet door gedeclareerd omdat een cliënt afwezig is;
- Logeren valt onder leveringsvorm MPT maar wordt gedeclareerd via een intramurale prestatie voor logeerdagen (Z-prestatie);
- Voor het logeren geldt een integraal (totaal) tarief. Alle zorg die een cliënt tijdens een etmaal logeren krijgt, wordt in één tarief afgerekend. Het is dan niet meer mogelijk om voor de periode van logeren gelijktijdig nog andere extramurale prestaties te declareren. Uitzondering hierop vormt behandeling groep en begeleiding groep;
- De prestaties voor dagbesteding en/of behandeling naast het logeren hoeven niet te worden ingevuld in de rekenmodule als er sprake is van alléén zorg in natura¹⁰² én wordt voldaan aan de Nza beschrijving (zie subparagraaf 3.3.15.1). Dat geldt ook voor noodzakelijke Wlz-behandeling als die geen onderdeel is van de logeerprestatie¹⁰³. Het zorgkantoor kan bij de zorgaanbieder achteraf toetsen of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd en voldoet aan de voorwaarden;
- Voor de aanvraag in de rekenmodule geldt dat het gemiddeld aantal etmalen per week dat een cliënt komt logeren wordt ingevuld. Voor het aantal dagen dat logeren gedeclareerd mag worden, geldt dat de dag van aankomst (als aankomst vóór 20.00 uur) en de dag van vertrek¹⁰⁴ 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 per week in de rekenmodule, mag een zorgaanbieder 4 etmalen per week declareren¹⁰⁵.

3.3.15.3 Zorgtoewijzingsproces voor logeren bij VPT

- Cliënten die hun thuiszorg krijgen via een VPT kunnen ook gebruik maken van de mogelijkheid om te logeren;
- Logeren (naast VPT) wordt ook altijd aangevraagd met leveringsvorm MPT en wordt daarvoor naast het VPT toegewezen;

¹⁰² In de situatie dat ZIN gecombineerd wordt met PGB, is aanlevering van een rekenmodule wel noodzakelijk.

¹⁰³ Het zorgkantoor gaat uit van gepaste inzet van financiële middelen.

¹⁰⁴ 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.

¹⁰⁵ 156 etmalen logeren kan dan leiden tot maximaal 208 etmalen declareren.

- De dossierhouder (DH) vraag daarvoor, naast een regulier Toegewezen VPT, een reguliere zorgtoewijzing aan voor leveringsvorm MPT;
- De VPT-zorgaanbieder (DH) blijft tijdens de logeerperiode het eerste aanspreekpunt voor de cliënt voor de Wlz-zorg.

Declareren van logeren bij VPT

- Als een cliënt gebruik maakt van het VPT en daarnaast (periodiek) gaat logeren, dan mag de VPT-aanbieder 'afwezigheidsdagen' declareren tijdens het logeren. Zowel de logeerprestatie als de afwezigheidsdagen kunnen dan gelijktijdig gedeclareerd worden;
- Voor afwezigheidsdagen bestaat geen aparte prestatie. Tijdens de afwezigheidsdagen¹⁰⁶ mag het normaal ingezette VPT voor een cliënt worden door gedeclareerd, omdat er nog doorlopende kosten zijn voor de VPT-aanbieder. De cliënt maakt op dat moment dus geen gebruik van het VPT omdat hij/zij afwezig is door logeren. De VPT-aanbieder mag maximaal 42 'afwezigheidsdagen' per kalenderjaar declareren. Deze 42 dagen kunnen naar behoefte voor een korte of langere (logeer)periode aaneengesloten worden ingezet;
- Afwezigheidsdagen voor het VPT tijdens logeren, worden alleen betaald als iemand, voorafgaand aan zijn afwezigheid, al minimaal 14 dagen gebruik maakte van het VPT.
- Om afwezigheidsdagen te kunnen declareren moet de zorgtoewijzing voor het VPT open blijven staan. De zorgtoewijzing voor het VPT wordt tijdens het logeren dus niet direct beëindigd.

3.3.16 Eerstelijnsverblijf (kortdurend verblijf buiten eigen huis)

Eerstelijns verblijf wordt geregeld door zorgverzekeraars en is beschikbaar voor cliënten die thuis wonen en géén indicatie voor Wlz-zorg hebben. Dat geldt ook voor de groep cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel, die de keuze hebben gemaakt om uit te stromen naar een ander domein (zie bijlage D). In bijlage A staat een korte beschrijving van Eerstelijnsverblijf en respijtzorg. Voor respijtzorg kan iemand terecht bij de gemeente (Wmo).

3.3.17 VPT, MPT of PGB in combinatie met onderwijs

Wlz-zorg kan, bij schoolgaande kinderen met een Wlz-indicatie, gecombineerd worden met zorg in het onderwijs¹⁰⁷. Het gaat dan om persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding. Voorbeelden daarvan zijn: hulp bij eten en drinken, toiletbezoek, het bewegen en/of zich verplaatsen, hulp bij verzorging van een stoma, hulp bij het toedienen of gebruik van medicijnen of hulp bij communicatie (begrijpen wat anderen zeggen en jezelf begrijpelijk maken).

Procesafspraken bij zorg tijdens onderwijs

- Zorg tijdens het onderwijs kan geleverd worden via MPT (of via PGB). Deze zorg wordt betaald uit het beschikbare (basis)budget. De CZT vraagt dit via een AAT aan;
- Zorg tijdens het onderwijs kan ook geleverd worden naast VPT of verblijfszorg, via het tarief inclusief dagbesteding;

¹⁰⁶ Dat geldt ook voor verblijfszorg en incidenteel logeren bij DTV (naar rato van het aantal dagen Deeltijdverblijf). Dit op voorwaarde dat iemand al minimaal 14 dagen gebruik heeft gemaakt van de leveringsvorm Verblijf of DTV. Zie Informatiekaart afwezigheid in de langdurige zorg - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

¹⁰⁷ 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.

- Wil de cliënt zijn zorg tijdens het onderwijs van een zorgaanbieder? Dan is deze zorgaanbieder verantwoordelijk voor de zorg tijdens het onderwijs. Het gaat bij ZIN altijd om een zorgaanbieder die al bij de zorg voor een kind betrokken is. Zijn er meerdere zorgaanbieders bij de zorgverlening voor een kind betrokken? Dan kiest het kind en/of de ouder(s)/verzorger(s) zelf wie de zorg tijdens het onderwijs levert;
- De zorgaanbieder die de zorg tijdens het onderwijs levert, zorgt dat de afspraken hierover worden vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Deze afspraken worden ook samen met de school gemaakt;
- Kan een kind niet deelnemen aan het onderwijs door ziekte, dan is het mogelijk om de extra zorg thuis in te zetten of in de woonvorm. Dat geldt ook voor een vakantieperiode.

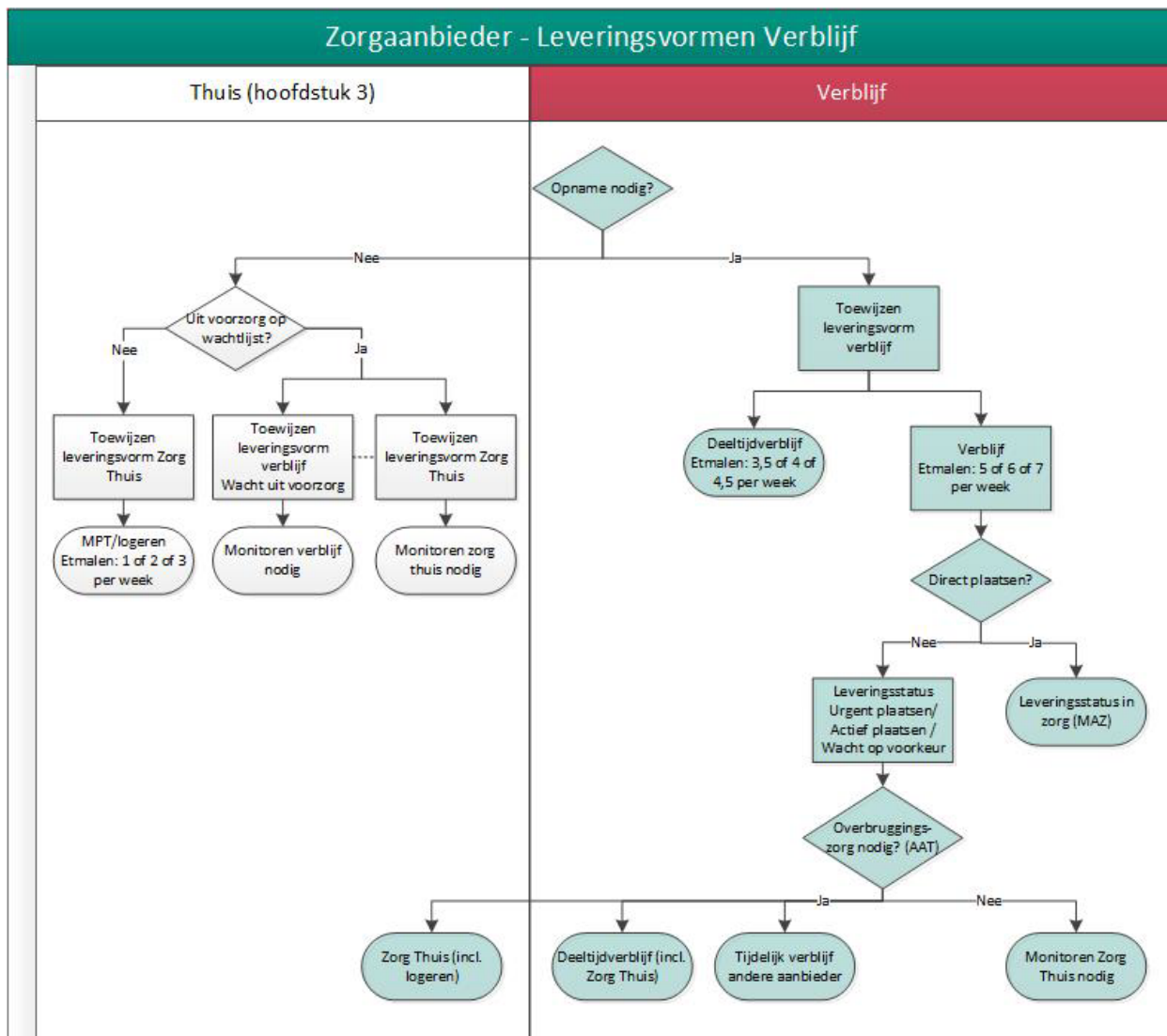
4. Wlz-zorg bij (deeltijd)verblijf in een instelling

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de algemene uitgangspunten voor het organiseren van verblijfszorg. Daarna volgen de specifieke uitgangspunten voor verblijfszorg bij een SGLVG- of LVG-zorgprofiel. Paragraaf 4.2 wordt afgesloten met de rol van de dossierhouder. Een voorbeeld over de rol van dossierhouder rondom wachtlijstbeheer voor verblijfszorg (en partneropname) is terug te vinden in Bijlage G.

Paragraaf 4.3 start met deeltijdverblijf (DTV). Deze leveringsvorm is onderdeel van hoofdstuk 4 omdat bij DTV de nadruk ligt op verblijfszorg en niet op de zorg thuis. Daarna wordt een voorbeeld uitgewerkt voor iemand die op de wachtlijst staat voor DTV. In de opvolgende sub paragrafen gaan we onder andere in op crisisopname, Partneropname en Palliatief terminale zorg. De crisiszorg wordt kort aangestipt en staat in hoofdstuk 5 verder uitgewerkt.

Hoofdstuk 4 wordt afgesloten met de regeling Meezorg (paragraaf 4.5). In deze paragraaf wordt beschreven wie een beroep kan doen op deze regeling, hoe de aanvraagprocedure en Meezorgmethodiek eruitziet voor iemand die gebruik maakt van verblijfszorg of VPT en welke processtappen hierbij horen.



Figuur 14 Leveringsvormen Verblijf

4.2 Verblijfszorg

4.2.1 Algemene uitgangspunten verblijfszorg

Mensen met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (V&V), de Gehandicaptenzorg (GZ)¹⁰⁸ of geestelijke gezondheidszorg (GGZ)¹⁰⁹ kunnen Wlz-zorg in een instelling krijgen.

Geestelijke gezondheidszorg

- Voor de GGZB-zorgprofielen geldt dat iemand alleen een beroep kan doen op de Wlz als hij meer dan 3 jaar in een GGZ-instelling verblijft die gericht is op behandeling. Een indicatie voor een GGZB-zorgprofiel volgt aansluitend op intramuraal klinisch verblijf, die de eerste 3 jaar betaald is vanuit de Zvw.
Een indicatiebesluit voor een GGZB-zorgprofiel wordt in de Wlz afgegeven voor maximaal 3 jaar omdat een behandeltraject in principe kortdurend is. Als de cliënt nog niet is uitbehandeld na deze periode kan een nieuw indicatiebesluit worden aangevraagd met een passend GGZB-zorgprofiel voor de situatie op dat moment;
- Is verblijf in een GGZ-behandelinstelling niet meer nodig? Dan vervalt het Wlz-recht, ook bij een nog geldig GGZB-indicatiebesluit. Behalve als iemand, op basis van zijn Wlz-indicatie, binnen 90 dagen¹¹⁰ terugkeert naar de GGZ-behandelinstelling. Of op basis van de Wlz-criteria een indicatie heeft voor een ander Wlz-zorgprofiel. Bijvoorbeeld een GGZW-zorgprofiel. In alle andere situaties is er sprake van onrechtmatig gebruik van de Wlz. Iemand met een indicatie voor een GGZB-zorgprofiel mag dus niet worden opgenomen in een V&V of GZ-instelling of Wlz-zorg thuis krijgen. Tenzij voor deze doelgroep specifieke afspraken zijn gemaakt en bijvoorbeeld in een VV- of GZ-instelling een aparte afdeling is gecreëerd en specifieke zorg wordt ingekocht;
- Voor cliënten met de grondslag Psychische stoornis wordt behandeling vergoed vanuit de Wlz als een cliënt in een Wlz-instelling verblijft die ook behandeling biedt (integrale bekostiging). Deze behandeling wordt daar dan gegeven door een klinisch psycholoog of psychiater. Denk bijvoorbeeld aan iemand met dementie en een daarmee samenhangende depressie. Of een posttraumatische stressstoornis bij iemand met een verstandelijke beperking;
- Voor cliënten met de grondslag Psychische stoornis wordt behandeling niet vergoed vanuit de Wlz als een cliënt in een Wlz-instelling verblijft die geen behandeling biedt. De behandeling door een klinisch psycholoog of psychiater wordt dan vergoed vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw). Dat wordt ook wel modulaire bekostiging genoemd. Modulair verwijst daarbij niet naar een Modulair pakket thuis maar naar woonzorg waar behandeling niet is inbegrepen. (Denk aan de situatie dat iemand een indicatie heeft voor een GGZW-zorgprofiel die in een beschermende woonvorm woont).

¹⁰⁸ De gehandicaptenzorg (GZ) onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

¹⁰⁹ De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kent vanaf 2021 zorgprofielen GGZ-B (klinisch verblijf) en GGZ-W (wonen).

¹¹⁰ Keert iemand na 90 dagen terug in een GGZ-behandelinstelling dan wordt het medisch noodzakelijk verblijf weer vanuit de Zvw betaald.

De regie-voerende of coördinerende begeleider vanuit de beschermende woonvorm is in deze situaties verantwoordelijk voor de coördinatie van de woonzorg, GGZ-behandeling en medische generalistische zorg (MGZ) die via de Zvw wordt geleverd. Via de Zvw wordt bijvoorbeeld inzet van een ambulant behandelteam zoals een FACT-team vergoed. De medische verantwoordelijkheid ligt bij de behandelaar zelf;

- Heeft iemand een indicatie voor een GGZW-zorgprofiel en wordt verblijfszorg of VPT geleverd? Dan mogen er maximaal 9 dagdelen dagbesteding via Zorg in natura worden ingezet¹¹¹, ook al is hier in het tarief geen rekening mee gehouden;

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)

- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is bedoeld voor kwetsbare ouderen en heeft als doel een oudere te helpen terugkeren naar de thuissituatie, om zo goed mogelijk deel te kunnen blijven nemen aan het maatschappelijke leven;
- GRZ is géén medisch specialistische zorg. GRZ duurt maximaal 6 maanden en wordt meestal ingezet na een ziekenhuisopname voor een medisch specialistische behandeling. Bijvoorbeeld na een acute aandoening zoals een beroerte, botbreuk, nieuwe heup of knie óf een acute stoornis in de mobiliteit of afname van zelfredzaamheid;
- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) valt als Herstelgerichte behandeling onder de Wlz, als de cliënt¹¹² al beschikt over een (overlappende) Wlz-indicatie. In deze situatie kan het CIZ een zorgprofiel VVgB indiceren voor herstelgerichte behandeling die vergoed wordt vanuit de Wlz. Uitgangspunt is dat iemand na de periode voor GRZ terugkeert naar reguliere Wlz-zorg. Ligt er geen vervolg indicatie voor de Wlz? Dan kan op het geldige indicatiebesluit VVgB nog tijdelijk Wlz-zorg worden ingezet, omdat iemand al beschikte over een Wlz-indicatie. Ervanuit gaande dat er opnieuw een Wlz-indicatie is/wordt aangevraagd en dat die wordt afgegeven. Uitzondering hierop vormt iemand met een indicatie voor een laag zorgprofiel die weer uitstroomt naar een ander domein (zie bijlage D);
- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) wordt ook vanuit de Wlz vergoed als iemand nog niet beschikte over een Wlz-indicatie, maar het CIZ al wel een ander zorgprofiel heeft geïndiceerd voor de periode ná de revalidatiezorg. Het CIZ kan bij de indicatiestelling voor een VVgB niet altijd inschatten welk zorgprofiel na de herstelgerichte behandeling nodig is. Een zorgprofiel voor de periode na de geriatrische revalidatiezorg wordt daarom niet altijd direct afgegeven bij de indicatie voor VVgB. Blijft iemand aangewezen op de Wlz, dan moet de zorgaanbieder dit op tijd bespreken met de cliënt en/of zijn naasten (impact eigen bijdrage, mogelijk ander zorgaanbieder). Er moet dan vóór het einde van de revalidatiezorg, een nieuwe indicatie aangevraagd zijn bij het CIZ (en afgegeven). In alle andere gevallen valt de GRZ namelijk onder de Zvw en mag deze niet vergoed worden vanuit de Wlz.

¹¹¹ Komt het aan te vragen % hierdoor boven de 100% uit, licht dit dan toe via een notitie.

¹¹² Een kwetsbare oudere cliënt. Het Zorginstituut beschrijft deze cliënt als iemand die moeilijk kan omgaan met lichamelijke of geestelijke belasting, waarbij er vaak sprake van multi-problematiek en verminderde leerbaarheid of trainbaarheid.

Overig

- Heeft iemand een geldige indicatie voor een laag zorgprofiel VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3¹¹³, ZGaud1 of ZGvis 1 (zie bijlage D)? En is die bij invoering van de Wlz (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 dus niet mogelijk om, tijdens een wachtperiode voor opname, overbruggingszorg thuis te krijgen die vergoed wordt uit de Wlz;
- Mobiliteitshulpmiddelen voor iemand die is opgenomen bij een Wlz-zorgaanbieder, worden vanaf 1 januari 2020 uit de Wlz vergoed en niet vanuit de WMO (gemeente). Dat geldt niet alleen voor verblijfszorg met behandeling maar ook voor verblijfszorg zonder behandeling. Het gaat dan om: een (aangepaste) rolstoel, een (aangepaste) scootmobiel, niet algemeen gebruikelijke fiets of een niet algemeen gebruikelijke buggy/duwwandelwagen voor een minderjarige. Een niet algemeen gebruikelijk aangepast autostoeltje is ook mogelijk voor een minderjarige als die hier vanwege zithouding of veiligheid op is aangewezen.

Maatwerk

- Het voorschrift gaat uit van een maatwerk pakket Wlz-zorg. Het zorgprofiel wordt bij inzet van zorg thuis om de wachtperiode tot opname te overbruggen, dus niet vertaald naar een standaard zorgarrangement maar in overleg met de cliënt ingevuld. Daarbij worden ook de mogelijkheden van de cliënt zelf, zijn mantelzorg en sociaal netwerk besproken en zo mogelijk ingezet (zie bijlage E);
- De kosten voor zorg om de wachtperiode te overbruggen mogen in principe niet hoger zijn dan de zorgkosten bij opname in een instelling. Is dit wel het geval dan gelden andere afspraken voor het zorgtoewijzingsproces (zie paragraaf 2.5 en 4.3);
- Ook bij wonen in een instelling wordt de zorgbehoefte van een cliënt op maat ingevuld. Bovendien kan een cliënt in de gehandicaptenzorg of geestelijke gezondheidszorg (GGZW) zijn dagbesteding of behandeling bij een andere aanbieder afnemen. Neemt een thuiswonende cliënt bijvoorbeeld al deel aan een dagprogramma en wil hij daar graag blijven als hij niet meer thuis kan wonen? Dan is dat mogelijk als die aanbieder voor de Wlz is gecontracteerd of als onderaannemer kan en wil werken.

4.2.2 Zorgprofiel SGLVG of LVG

- Een (SG)LVG-zorgprofiel wordt door het CIZ alleen geïndiceerd als er noodzaak is voor verblijfszorg met behandeling in een (SG)LVG-behandelcentrum en een cliënt nog niet is uitbehandeld. Is verblijf niet nodig, dan geeft het CIZ geen indicatie af voor een SGLVG- of LVG-zorgprofiel;
- Is er nog geen plaats voor een cliënt in een (SG)LVG-behandelcentrum? Dan mag thuis, tijdens de wachtperiode tot opname, de noodzakelijke overbruggingszorg worden ingezet door een zorgaanbieder die geen (SG)LVG zorg biedt. Dat kan via een VPT, MPT¹¹⁴ of DTV (als de cliënt hier al gebruik van maakt);

¹¹³ Is een indicatiebesluit voor zorgprofiel LG3 afgegeven na 1 januari 2015 dan valt die wel onder de Wlz.

¹¹⁴ Extra financiële ruimte voor inzet van (dure) dagbesteding/ behandeling naast een 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.

- In de situatie dat een cliënt thuis woont en er nog geen plaats beschikbaar is in het (SG)LVG-behandelcentrum, levert het behandelcentrum (DH) een MUT18 aan. De DH vult in het mutatiebericht bij de leveringsvorm Verblijf de **wachtstatus Actief plaatsen met classificatie Dreigende crisis thuis**. Deze combinatie geeft de noodzaak aan van een snelle opname vanuit de thuissituatie naar een (SG)LVG-behandelinstelling;
- In de situatie dat een cliënt al in een Wlz-instelling woont, zonder toelating voor het leveren van (SG)LVG-zorg, kan tot opname in het (SG)LVG-behandelcentrum ook overbruggingszorg worden ingezet. Dit gebeurt dan op basis van het zorgprofiel uit het vorige indicatiebesluit. Ook hier levert het behandelcentrum (DH) een MUT18 aan en vult in het mutatiebericht bij de leveringsvorm Verblijf de **wachtstatus Actief plaatsen met classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder)**.
Deze combinatie geeft aan dat de huidige zorgaanbieder geen passende zorg kan bieden aan de cliënt en dat doorstroom naar een (SG)LVG-behandelinstelling noodzakelijk is;
- Voor beide situaties van overbruggingszorg geldt dus dat een cliënt de wachtstatus Actief plaatsen krijgt voor de verblijfszorg in het (SG)LVG-behandelcentrum, maar met een andere classificatie (andere context). Vanzelfsprekend kan dat alleen als er géén sprake is van een (acuut) gevaarscriterium. Is er wel sprake van een (acuut) gevaarscriterium dan is de wachtstatus Urgent plaatsen van toepassing en kan er ook geen 13 weken gewacht worden (met eventuele verlenging);
- Uitgangspunt voor inzet van de (ruimere) overbruggingszorg thuis is dat deze maximaal 13 weken wordt ingezet. Deze periode kan, in overleg met het zorgkantoor, nog een keer worden verlengd met maximaal 13 weken waarbij enige extra uitloop mogelijk is als er zicht is op opname in een (SG)LVG-instelling. Een eventuele verlenging moet tijdig worden aangevraagd het zorgkantoor;
- Is duidelijk dat een cliënt met een (SG)LVG-zorgprofiel op korte termijn is uitbehandeld? Dan vervalt zijn recht op Wlz-zorg bij uitstroom uit de (SG)LVG-behandelinstelling. Daarom moet op tijd een nieuwe indicatie worden aangevraagd voor de Wlz, Zvw en/of Wmo. De vervolgzorg kan niet worden vergoed met de (SG)LVG-indicatie;
- Krijgt de cliënt een nieuwe Wlz-indicatie? Maar is er nog geen passende plaats bij een andere instelling beschikbaar? Dan kan de klant tijdelijk in de (SG)LVG-behandelinstelling blijven. Vanaf 1 januari 2020 kan het zorgkantoor deze overbruggingszorg dan maximaal 13 weken vergoeden via een van de nieuwe o-prestaties overbruggingszorg LVG of SGLVG. Is er na deze 13 weken nog geen plaats gevonden, dan kan deze periode eenmalig verlengd worden met nogmaals 13 weken. De zorgaanbieder stemt over noodzaak tot verlenging altijd af met het zorgkantoor;
- In de situatie dat doorstroom naar een andere instelling een probleem is, meldt de 'nieuwe' zorgaanbieder na ontvangst van de reguliere zorgtoewijzing dat hij nog geen plaats heeft (MUT18). Hij levert daarbij de **wachtstatus Actief plaatsen** aan met de **classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder)**. Deze combinatie wordt aangeleverd omdat de cliënt is uitbehandeld en zo snel mogelijk moet uitstromen van een (SG)LVG-behandelinstelling. Gelijktijdig vraagt hij overbruggingszorg aan voor de (SG)LVG-behandelinstelling;
- Het tijdelijke (SG)LVG-zorgprofiel wordt voor een kortdurende overbruggingsperiode toegewezen aan de (SG)LVG-behandelinstelling. De reguliere zorg moet in principe binnen 13 weken starten.

Zodra er plaats is in een passende Wlz-instelling plaatst deze zorgaanbieder een MAZ op het 'nieuwe', regulier toegewezen zorgprofiel. De zorgtoewijzing voor overbruggingszorg wordt hierdoor ingetrokken door het zorgkantoor;

- De overbruggingsprestaties beginnen in de beschrijving met een O en worden alleen afgesproken met (SG)LVG-behandelinstellingen. Deze prestaties worden direct gedeclareerd vanaf de dag dat de (SG)LVG-indicatie is vervangen door een nieuwe indicatiebesluit met een ander zorgprofiel. Deze declaraties stoppen op het moment dat de cliënt is verhuisd naar een passende Wlz-instelling;
- Deze O-prestaties mogen alleen worden ingezet bij cliënten die, direct na/aansluitend op een (SG)LVG-indicatie, een indicatie krijgen voor een van de volgende zorgprofielen: VV4 t/m VV9B, GGZB1 t/m GGZB7, VG3 t/m VG8, LG2 of LG4 t/m LG7, ZGaud2 t/m ZGaud4, ZGvis2 t/m ZGvis5;
- Voor declaratie van de overbruggingszorgprestaties wordt door de nieuwe voorkeuraanbieder een passend (SG)LVG-zorgprofiel aangevraagd via een AAT. Dit gebeurt in overleg met de (SG)LVG-behandelinstelling. Met passend wordt verwezen naar het zorgprofiel dat inhoudelijk het beste aansluit bij de cliënt nadat hij is uitbehandeld. Deze aanvragen worden altijd handmatig beoordeeld door het zorgkantoor;
- Geeft het CIZ geen nieuwe indicatie af voor de Wlz? Dan stroomt hij uit naar het andere domein(en). Is passende vervolgzorg niet direct inzetbaar of is hiervoor nog geen plaats beschikbaar? Dan kan het CIZ de (SG)LVG-indicatie maximaal drie maanden verlengen. De cliënt kan zo tijdelijk in de (SG)LVG-instelling blijven. Het zorgkantoor betaalt de (SG)LVG-zorgaanbieder gedurende 13 weken het tarief dat past bij de betreffende (SG)LVG-indicatie. Na 13 weken mag en kan het zorgkantoor geen declaratie voor deze cliënten meer vergoeden.

4.2.3 Dossierhouder

Dossierhouder algemeen

- De zorgaanbieder die een cliënt als 1e aanspreekpunt wil voor het organiseren van zijn verblijfszorg is de dossierhouder (DH). Dat geldt ook voor Deeltijdverblijf en VPT;
- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al dat er een zorgbehoefte is voor verblijfszorg of dat hij een voorkeur heeft voor verblijfszorg? Dan staat in het indicatiebesluitbericht bij VoorkeurCliënt, de waarde Verblijf (of Verblijf/ PGB);
- Is de voorkeuraanbieder bij de indicatiestelling bekend dan wijst het zorgkantoor het geïndiceerde zorgprofiel direct toe aan deze aanbieder, met leveringsvorm Verblijf, Opname Ja. Gelijktijdig wordt deze voorkeuraanbieder in de zorgtoewijzing ook gevuld in het veld Dossierhouder (DH);
- Het toe te wijzen % hangt af van de wens van een cliënt. Wil een cliënt alleen zorg in natura dan wordt bij leveringsvorm Verblijf 100% toegewezen. Wil een cliënt verblijfszorg combineren met PGB (voor dagbesteding) dan wordt 1% toegewezen bij de verblijfszorg. Dat heeft te maken met de combinatie ZIN/ PGB, het is belangrijk hierover goed af te stemmen met de cliënt (budgethouder) of zijn gewaarborgde hulp;
- De DH neemt na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt om afspraken te maken over de zorgverlening. Dit gebeurt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen twee werkdagen ná de dag waarop de zorgtoewijzing is ontvangen.

Bij dit contact met de cliënt kan een derde partij betrokken zijn, zoals een (wettelijk) vertegenwoordiger of (onafhankelijke) cliëntondersteuner;

- De DH is, samen met het zorgkantoor, verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van de noodzakelijke (overbruggings)zorg voor een cliënt en communiceert daarover met de cliënt;
- De DH bepaalt samen met de cliënt of verblijfszorg ook de best passende oplossing is. Dit voor het geval dat een cliënt denkt dat hij in de Wlz geen thuiszorg kan krijgen (geen keuzevrijheid heeft) en altijd moet kiezen voor verblijfszorg. Is zorg thuis (voorlopig) de gewenste en passende oplossing? Dan zet de DH dit proces in gang. Dit wordt verder uitgewerkt onder Processtappen zorgtoewijzing (zie paragraaf 4.3);
- Is bij een cliënt met een GGZW-zorgprofiel verblijfszorg de best passende oplossing? Dan is de DH (regie-voerend of coördinerend begeleider) ook verantwoordelijk voor afstemming met de GGZ-behandelaar (Zvw) bij eventuele inzet van GGZ-behandeling naast de verblijfszorg. Natuurlijk gebeurt dit altijd met toestemming van de cliënt;
- Is verblijfszorg de beste oplossing maar is er niet direct een plaats beschikbaar? Dan bespreekt de DH met de cliënt hoe zijn zorg tot opname het beste kan worden ingevuld. Hij houdt daarbij rekening met de zorg of begeleiding die een cliënt eerder heeft gehad (bijvoorbeeld vanuit de Zvw of Wmo). Was de cliënt daar tevreden over? Dan kan deze zorgaanbieder worden benaderd voor de overbruggingszorg. Dat kan alleen als hij ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg, of als onderaannemer kan/wil werken, of de zorg via PGB wil leveren;
- Bij de aanvraag van overbruggingszorg thuis via MPT geeft de DH aan wie de coördinator zorg thuis (CZT) wordt. In deze situatie is er altijd sprake van een DH én een CZT. De CZT kan dezelfde aanbieder zijn als de DH, maar het kan ook een andere aanbieder zijn;
- De DH is niet verantwoordelijk voor aanvragen die door de CZT (andere aanbieder) worden gedaan. De CZT kan zelf een gewijzigde AAT bij het zorgkantoor aanvragen als dat nodig is;
- De DH heeft regelmatig contact met de CZT (en/of gewaarborgde hulp of wettelijk vertegenwoordiger) over een cliënt. Afhankelijk van de cliëntsituatie en hoe die zich ontwikkelt is dat minimaal 2x per jaar;
- De DH heeft regelmatig contact met de cliënt over zijn mogelijkheden voor verblijfszorg (plaats op de wachtlijst en beschikbare plaatsen). De frequentie van dit contact is ook afhankelijk van de (ontwikkelingen in de) cliëntsituatie en de wachtstatus maar vindt minimaal 2 keer per jaar plaats. De DH houdt zo een integraal beeld van de cliënt en past zo nodig de wachtstatus en/of classificatie aan op de opnamebehoefte (zie paragraaf 2.5);
- De DH blijft het eerste aanspreekpunt als overbruggingszorg thuis niet (meer) verantwoord is en tijdelijke opname bij een andere aanbieder de aangewezen oplossing is. In deze situaties zoekt de DH, na overleg met de CZT en de cliënt, naar een passende zorgaanbieder. Hij zorgt ervoor dat bij de **leveringsvorm Verblijf** de wachtstatus **Actief plaatsen staat**, met de **classificatie Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar**. Zo nodig schakelt hij het zorgkantoor in voor hulp bij de bemiddeling naar een andere aanbieder. Hoe dit er in iWlz berichtenverkeer uit ziet is uitgewerkt in het voorbeeld van familie Yusuf (zie Bijlage G);
- De DH coördineert de gehele zorgverlening aan de cliënt bij verblijfszorg. Ook als er meerdere aanbieders bij de zorgverlening zijn betrokken of een deel van de zorg geregeld wordt met PGB (bijvoorbeeld dagbesteding). De DH houdt samen met de cliënt of zijn vertegenwoordiger het totaaloverzicht;

- De DH is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van geleverde (medische) zorg door andere zorgaanbieders die betrokken zijn bij de cliënt. Behalve als dit gebeurt in de constructie van onderaannemer en de DH de hoofdaannemer is;
- De DH is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die een budgethouder met PGB inkoopt. Maar de DH signaleert wel tijdig bij de cliënt, zijn gewaarborgde hulp en/of het zorgkantoor als dit leidt een onverantwoorde zorgsituatie.

Dossierhouder en wachtlijstbeheer (1)

De dossierhouder:

- Voert een gesprek met de cliënt over zijn zorgvraag. Blijkt dat de cliënt liever zorg thuis wil en is dit een verantwoorde en doelmatige oplossing? Dan levert de DH bij de AAT voor zorg thuis, gelijktijdig voor de leveringsvorm Verblijf een MUT12 aan om de status voor verblijfszorg te wijzigen naar Einde zorg. (De DH levert ook een MUT12 aan op de leveringsvorm Verblijf als de cliënt zijn zorg thuis volledig via PGB wil inkopen. De cliënt vraagt zelf zijn PGB aan. Dat loopt buiten de DH om.) Of;
- Levert in deze situaties een MUT12 aan met de **wachtstatus Wacht uit voorzorg** als de cliënt voor de toekomst wel in beeld wil blijven voor verblijfszorg maar hiervoor voorlopig nog geen aanbod wil krijgen. Omdat hij zich samen met zijn mantelzorg nog (goed) redt in de thuissituatie. De gewenste classificatie wordt in overleg met de cliënt bepaald. In deze situaties kan een regulier toegewezen leveringsvorm Verblijf (Opname Ja) gelijktijdig samengaan met een reguliere zorgtoewijzing voor zorg thuis;
- Is (de eerste keer) verantwoordelijk voor het aanvragen van een zorgtoewijzing voor reguliere zorg thuis (MPT of VPT) of DTV als de cliënt (voorlopig)afziet van verblijfszorg;
- Vertelt de cliënt dat hij bij zijn keuze voor een andere aanbieder eventueel begeleid kan worden door het zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner als ze er samen niet uitkomen. Dit is bijvoorbeeld van toepassing als een cliënt nog in een andere regio woont en de dossier-houder 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. De DH kan ook zelf besluiten het zorgkantoor in te schakelen voor bemiddeling als blijkt dat een cliënt bijvoorbeeld overal wordt afgewezen of er geen geschikt aanbod te vinden is;
- Is verblijfszorg de gewenste oplossing dan is de DH verantwoordelijk voor het tijdig opnemen van de cliënt en het regelen van noodzakelijke overbruggingszorg thuis (in ieder geval de eerste keer vraagt de DH dit aan);
- Blijft verantwoordelijk voor het tijdig en juist plaatsen van een cliënt als die tijdelijk bij een andere aanbieder verblijft (in situatie van overbruggingszorg, crisiszorg of vakantie opname). De voorkeur van de cliënt blijft daarin leidend;
- Meldt via een MUT 18, tijdig bij het zorgkantoor dat een cliënt met de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen niet binnen de streefnorm geplaatst kan worden én er geen vooruitzicht is op plaatsing. Ook niet op korte termijn na verstrijken van de streefnorm. De DH levert bij de status een passende classificatie aan (zie paragraaf 2.5). Bij een cliënt met ondoelmatige of onverantwoorde zorg thuis, zoeken betrokken partijen dan samen naar een tijdelijke opname bij een andere aanbieder (actief bemiddelen door zorgkantoor);

- Is verantwoordelijk voor het actueel houden van de status en classificatie in iWlz zodat de (landelijke) wachtlijstinformatie klopt. De status en/of classificatie wordt 'op maat' geactualiseerd via een mutatiebericht. Dit gebeurt in overleg met de cliënt en/of CZT. De DH bespreekt ook de impact van een bepaalde status/classificatie met de cliënt;
- Regelt bij wijziging naar een andere voorkeuraanbieder voor Verblijf en al ingezette overbruggingszorg dat de overbruggingszorg niet opnieuw hoeft te worden aangevraagd. De DH draagt daarvoor alleen het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf via een AW39-bericht over naar de nieuwe dossierhouder via het iWlz-berichtenverkeer¹¹⁵. De al toegewezen leveringsvorm met overbruggingszorg wordt niet ingetrokken, maar wel informatief¹¹⁶ opnieuw toegewezen aan desbetreffende zorgaanbieder(s). De nieuwe dossierhouder heeft wel de verantwoordelijkheid om contact op te nemen met de cliënt en te vragen of de bestaande overbruggingszorg naar wens is. Is dat niet het geval, dan is het de verantwoordelijkheid van de nieuwe dossierhouder om dit aan te passen.

Dossierhouder en wachtlijstbeheer (2)

De dossierhouder:

- Is verantwoordelijk voor een juiste volgorde van opname. Cliënten met de wachtstatus Urgent plaatsen en Actief plaatsen gaan in principe voor op cliënten met de wachtstatus Wacht op voorkeur (zie paragraaf 2.5). De DH houdt bij de wachtstatus Urgent plaatsen en Actief plaatsen ook rekening met de prioriteit in de classificaties;
- Bewaakt dat een cliënt met de meeste wachtdagen voor een locatie, het eerste een plaats krijgt aangeboden als er sprake is van gelijke wachtstatus en gelijke geschiktheid van cliënten. Afhankelijk van bijvoorbeeld de aard van de zorgvraag en de context van de beschikbare plaats, kan een aanbieder hier gemotiveerd van afwijken;
- Zorgt ervoor dat iemand die oorspronkelijk de status Urgent Plaatsen of Actief plaatsen had én tijdelijk is opgenomen bij een andere aanbieder, (opnieuw) de status Actief plaatsen krijgt met classificatie Voorkeuraanbieder leidend. De cliënt wordt door de DH zo snel mogelijk geplaatst en gaat in principe voor op gelijke cliënten met de status Actief plaatsen. Ook zorgkantoren monitoren deze groep cliënten in het wachtlijstbeheer;
- Bij een cliënt met de wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen, kan voor de overbruggingszorg thuis extra budget worden aangevraagd bij het zorgkantoor, als er anders een onverantwoorde thuissituatie ontstaat. De CZT kan daarvoor een beroep doen op de toeslagen die thuis mogelijk zijn (zie paragraaf 3.7). De toeslag EKT gaat daarbij voor op de toeslag Extra overbruggingszorg;
- De CZT (of DH) gebruikt de rekenmodule om te berekenen of er sprake is van (on)doelmatige overbruggingszorg thuis (MPT en/of PGB) tijdens de wachtperiode;
- Wordt voor de overbruggingszorg een beroep gedaan op extra budget, bijvoorbeeld de toeslag EKT? Dan is dit géén reden om de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen te krijgen bij de toegewezen verblijfszorg. Deze toeslag is bij de reguliere zorg thuis ook gewoon voor iedereen beschikbaar. Tenzij de situatie thuis onverantwoord is maar er niet meer zorg ingezet hoeft te worden, bijvoorbeeld omdat dit wordt opgevangen door de aanwezige mantelzorg;

¹¹⁵ In een AAT kan ook altijd maar een leveringsvorm worden opgenomen

¹¹⁶ Op een informatieve zorgtoewijzing hoeft niet gereageerd te worden met een MAZ of MUT.

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

Geen dringende opnamebehoefte (Wacht op voorkeur)

- Heeft een cliënt geen dringende opnamebehoefte maar wel een opnamewens bij zijn voorkeuraanbieder én is hij bereid om binnen 1 jaar te verhuizen? Is overbruggingszorg thuis doelmatig en verantwoord te organiseren? Dan meldt de DH dit via een mutatiebericht: hij vult MUT18/ Wacht op voorkeur in het bericht en geeft zo aan dat hij de zorg nog niet kan leveren. Verder levert hij de classificatie aan die het beste aansluit bij de wens van een cliënt. Bijvoorbeeld een specifieke locatie omdat die gespecialiseerd is in bepaalde zorg (zoals autisme) of voldoet aan een bepaalde woonwens zoals dicht bij het huidige woonadres of de mogelijkheid om een huisdier mee te nemen. Of partneropname omdat de partner al is opgenomen op die locatie of omdat ze samen naar een locatie willen verhuizen. Gelijktijdig vraagt hij overbruggingszorg aan via een AAT;
- Is overbruggingszorg thuis verantwoord te organiseren doordat beroep wordt gedaan op de regeling EKT of andere toeslagen zoals genoemd in paragraaf 3.7? Dan geeft de dossierhouder dit ook gelijktijdig via een AAT door aan het zorgkantoor. In de AAT wordt het veld Doelmatig gevuld met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Bij het veld BijzondereSituatie vult hij de noodzakelijke toeslag;

- Bij een cliënt met de status Wacht op voorkeur wordt de overbruggingszorg voor de duur van het indicatiebesluit toegewezen. In de meeste gevallen zal de zorgtoewijzing voor de overbruggingszorg dan geen einddatum hebben. Tenzij er een reden is om hiervan af te wijken, bijvoorbeeld bij inzet van ondoelmatige overbruggingszorg. In deze situatie stemmen de zorgaanbieder en het zorgkantoor onderling af. In dit overleg wordt besproken of de huidige wachtstatus bij de cliënt nog wel passend is. De zorgaanbieder en het zorgkantoor monitoren het tijdig leveren van noodzakelijke zorg aan deze cliënten via een interne rapportage.

4.3 Vormen van verblijfszorg

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

1. Deeltijdverblijf
2. Verblijf in een instelling
3. Crisiszorg in een instelling
4. Verblijf in een instelling of VPT, met toeslag Meerzorg
5. Verblijf in een instelling, in combinatie met zorg thuis
6. Verblijf in een instelling (zonder behandeling), met (tijdelijk) behandeling
7. Overbruggingszorg in een instelling
8. Dagbesteding, naast verblijf in een instelling
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 óf geleidelijk wennen aan overgang naar volledige verblijfszorg. Deeltijdverblijf is een tussenoplossing als logeren (1, 2 of 3 etmalen per week) of volledig verblijf (5, 6 of 7 etmalen per week) (nog) niet de gewenste oplossing is.

Iemand kan zijn voorkeur voor DTV al bij de indicatiestelling aangegeven. Daarnaast kan er later ook altijd een aanvraag voor DTV worden gedaan. Is er nog geen plaats beschikbaar, dan kan iemand hiervoor op de wachtlijst worden geplaatst. Via de (landelijke) wachtlijstinformatie is de behoefte aan DTV zo in beeld te brengen.

4.3.1.1 Wat is deeltijdverblijf

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

Hoe kan dit vaste patroon er uit zien?

- Deeltijdverblijf in een wekelijkse combinatie met zorg thuis. Iemand krijgt dan gemiddeld 3,5 of 4 of 4,5 etmalen per week aaneengesloten verblijfszorg. Ofwel: per 2 weken woont iemand dan 7, 8 of 9 etmalen niet thuis. Op de overige dagen woont iemand thuis en kan hij MPT en/of PGB krijgen;

- Deeltijdverblijf kan ook week op week af worden ingezet. Iemand krijgt dan een hele week verblijfszorg. De week erna woont een cliënt thuis en kan thuis zorg krijgen. In deze situatie maakt iemand dan gemiddeld 3,5 etmaal per week gebruik van deeltijdverblijf;
- Een kamer voor deeltijdverblijf kan via een vast patroon gedeeld worden met een andere bewoner voor DTV of bijvoorbeeld ingezet worden voor logeeropvang (in het weekend). Uitgangspunt is dat de kamer zo volledig mogelijk wordt bezet.

(Medische) Zorg

Deeltijdverblijf:

- Kan worden ingezet voor iedereen die een Wlz-indicatie heeft en Wlz-zorg thuis kan krijgen;
- Kan niet als reguliere zorg worden ingezet bij de zorgprofielen: GGZB, SGLVG, LVG, VV9B, VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis1;
- Kan niet als overbruggingszorg worden ingezet bij de zorgprofielen: GGZB, SGLVG, LVG, VV9B, VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis1. Tenzij de cliënt al gebruik maakte van DTV vóórdat een indicatie voor een van deze zorgprofielen werd afgegeven;
- Wordt alleen geleverd via zorg in natura (het verblijfsdeel: DTV, Opname Ja);
- Kan alleen gecombineerd worden met een MPT, PGB of combinatie van MPT/PGB. Voor het MPT-deel geldt dat dit wordt aangevraagd via leveringsvorm DTV, Opname Nee;
- Kan niet gecombineerd worden met een VPT;
- Kan niet gecombineerd worden met structureel weekendverlof;
- Kan niet gecombineerd worden met structureel logeren (MPT);
- Kan wel gecombineerd worden met incidenteel logeren;
- Kan gecombineerd worden met een intramurale toeslag. Is er een aanvullende intramurale toeslag noodzakelijk? Neem dan contact op met het zorgkantoor om dit door te spreken. Een intramurale toeslag wordt nooit aangevraagd via een aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT);
- 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 gecombineerd worden met behandeling. Behandeling tijdens het deeltijdverblijf wordt via het MPT aangevraagd (of loopt via de Zvw, behandeling GGZW).

Declaratie-afspraken rondom DTV

- DTV wordt gedeclareerd als een aparte verblijfsprestatie zonder dagbesteding en zonder behandeling. Daardoor houdt een cliënt zijn eigen huisarts¹¹⁷, tandarts (mondzorg) en farmaceutische zorg (medicijnen)/ apotheek die vanuit de Zvw worden betaald;
- Bij DTV mogen afwezigheidsdagen worden gedeclareerd. Bijvoorbeeld als iemand tijdelijk is opgenomen bij een andere aanbieder voor medisch-specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ of revalidatiezorg.

¹¹⁷ 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).

- Voor het declareren van afwezigheidsdagen geldt wel als voorwaarde dat iemand voorafgaand minimaal 14 dagen gebruik heeft gemaakt van DTV volgens een vast wekelijks patroon. Het aantal afwezigheidsdagen dat hiervoor per kalenderjaar gedeclareerd kan worden is afhankelijk van dit wekelijkse patroon: bij 3,5 dag DTV/ 12 afwezigheidsdagen, bij 4 dagen DTV/ 14 afwezigheidsdagen en bij 4,5 dag DTV/ 16 afwezigheidsdagen;
- Net zoals bij logeren mogen er geen mutatiedagen worden gedeclareerd;
- Leegstand wordt niet vergoed;
- De wissel-dag van deeltijdverblijf naar huis kan niet gedeclareerd worden via een Deeltijdverblijf-prestatie. De inzet van zorg thuis op de wissel-dag kan wel gedeclareerd worden.

Vervoer, hulpmiddelen en roerende voorzieningen:

- Om een beroep te kunnen doen op bijvoorbeeld hulpmiddelen thuis, blijft de cliënt in het BRP ingeschreven op zijn thuisadres (en niet op het adres van de instelling voor DTV);
- Heeft iemand hulpmiddelen nodig als hij gebruik maakt van deeltijdverblijf? Thuis en/of in de instelling?
Dan worden deze vergoed door de gemeente, zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Welk hulpmiddel door welke partij wordt vergoed staat in bijlage F. 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;
- Een cliënt met een GGZW, LG, ZG of VG-zorgprofiel kan naast deeltijdverblijf ook dagbesteding of dagbehandeling krijgen van een andere zorgaanbieder. Het vervoer hiernaartoe, zowel vanuit huis als vanuit de instelling wordt altijd uit de Wlz betaald. Het vervoer wordt vergoed overeenkomstig de regelgeving rondom vervoer vanuit de Wlz. Meer informatie over vervoer naar deeltijdverblijf (wisseldagen) staat in bijlage F.

Eigen bijdrage CAK

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

- Krijgt een cliënt Deeltijdverblijf Opname Ja en ook Deeltijdverblijf opname Nee? Dan geven alle betrokken zorgaanbieders in de MAZ de leveringsvorm DTV door én hetzelfde aantal etmalen DTV dat voor het verblijfsdeel wordt ingezet;
- In de MAZ voor DTV kan namelijk niet worden doorgegeven of het om DTV Opname Ja of Opname Nee gaat. Voor de eigen bijdrage heffing door het CAK is de leveringsvorm DTV relevant en het aantal etmalen per week.

4.3.2 Zorgtoewijzingsproces Deeltijdverblijf

Zorgtoewijzingsproces DTV

- Het zorgkantoor vult bij toewijzing van DTV de voorkeuraanbieder in het veld dossierhouder (DH) omdat deeltijdverblijf gezien wordt als een verblijfsvorm;
- Als een cliënt voorkeur heeft voor DTV dan wijst het zorgkantoor dit (de eerste keer) altijd toe met een percentage van 1% en een vast aantal etmalen van 3,5 bij DTV Opname Ja. Het percentage van 1% is een trigger voor zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor om goed met de cliënt over deze aanvraag te overleggen en de verwachtingen te managen. DTV is namelijk een relatief nieuwe zorgvorm en is nog niet ruim beschikbaar;
- Het niet direct toewijzen van een percentage van 100% is ook een trigger om de aanvraag goed voor te bereiden. Zeker als DTV gecombineerd wordt met zorg thuis en er op de dagen dat iemand DTV krijgt dagbesteding en/of behandeling nodig is (zie rekensystematiek);
- Door DTV wel direct aan de voorkeuraanbieder toe te wijzen loopt het zorgtoewijzingsproces geen onnodige vertraging op. De aanbieder kan alvast contact opnemen met de cliënt om zijn wensen te bespreken voor inzet van DTV (eventueel bij een andere aanbieder) of (tijdelijk) alternatieve mogelijkheden te bespreken;
- Om ervoor te zorgen dat er een juiste verdeling van het toe te wijzen percentage staat bij Deeltijdverblijf, Opname Ja en Deeltijdverblijf, Opname Nee, levert de aanbieder altijd een rekenmodule aan. Als het vullen van de rekenmodule problemen oplevert dan kan het zorgkantoor daarbij helpen;
- Om te beoordelen of op de andere dagen de zorg thuis (Deeltijdverblijf, Opname Nee) verantwoord geleverd kan worden, levert de DH ook het Adviesformulier aan. Daarvoor zijn afspraken met de huisarts en de aanwezigheid van juiste hulpmiddelen en roerende voorzieningen thuis relevant. Vul deze velden daarom altijd in het Adviesformulier;
- Na de eerste zorgtoewijzing voor Deeltijdverblijf, Opname Ja aan een zorgaanbieder (dossierhouder), kan alleen de DH via iWlz een nieuwe AAT (AW39-bericht) aanvragen, zowel voor deeltijdverblijf als voor het deel zorg thuis. Dat kan niet worden gedaan door een CZT omdat DTV wordt gezien als een verblijfsvorm en er dan altijd sprake is van een DH. De aanbieders die bij een cliënt betrokken zijn stemmen dit onderling daarom goed af;
- Gaat dezelfde zorgaanbieder zowel het verblijfsdeel (DTV, Opname Ja) als het deel voor zorg thuis leveren (DTV, Opname Nee)? Dan wordt er één zorgtoewijzing aangemaakt voor DTV, Opname Ja (100%);
- Is DTV niet direct mogelijk maar wil en kan de cliënt hier wel op wachten? Dan vraagt de DH via een AAT overbruggingszorg aan, bijvoorbeeld MPT of VPT. Bij een aanvraag voor MPT vult de DH de aanbieder die het MPT gaat leveren in het veld Coördinator zorg thuis. De CZT kan voor het MPT dan gewoon wel zelf een AAT aanvragen als de zorgvraag wijzigt.

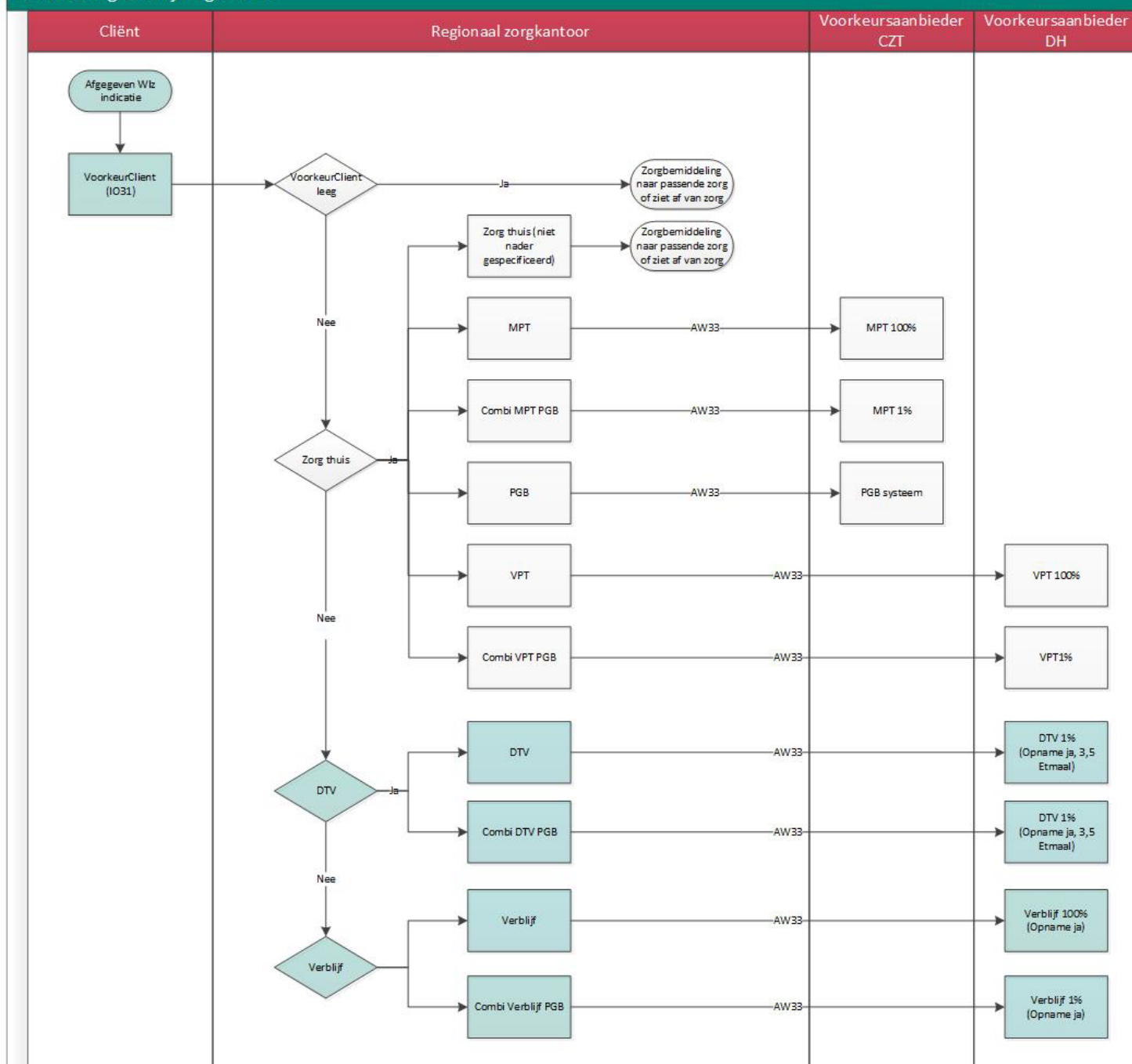
Zorgtoewijzingsproces van Zorg thuis naar DTV

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

Zorgtoewijzingsproces van DTV naar Verblijf

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

Eerste zorgtoewijzing AW33



Figuur 15 Van VoorkeurClïent (IO31) naar leveringsvorm in 1^e zorgtoewijzing (AW33)

Rekensystematiek DTV

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

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

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

Voorbeeld 4 Ingevulde aanvraag rekenmodule DTV

4.3.3 Voorbeeld wachtstatus Deeltijdverblijf

Sara Jansen heeft een verstandelijke beperking en woont thuis bij haar familie. Ze gaat 5 dagen per week naar zorgboerderij De Paarderij. Door een toenemende zorgvraag raakt het gezin overbelast. Er wordt een Wlz-indicatie aangevraagd met voorkeur voor Deeltijdverblijf bij De Klaproos, een zorgaanbieder in de buurt. Het CIZ indiceert zorgprofiel 4VG: Wonen met begeleiding en intensieve verzorging. Het zorgkantoor stuurt dezelfde dag een zorgtoewijzing.

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

Voorbeeld 5a

De Klaproos heeft nog geen plaats, Sara wordt op de wachtlijst geplaatst voor DTV. De Klaproos stuurt op 1 februari 2021 voor de leveringsvorm DTV een MUT18 op (Zorgaanbieder kan de zorg nog niet leveren), met **wachtstatus Wacht op voorkeur** en **classificatie Specifieke locatie/ woonwens**. Daarnaast wordt een AAT aangevraagd voor MPT (thuiszorg en dagbesteding) met startdatum 1 februari. De Klaproos gaat zelf thuiszorg leveren. De dagbesteding kan doorlopen bij Zorgboerderij De Paarderij omdat die ook gecontracteerd is voor de Wlz. Het zorgkantoor verstuurt op 3 februari 2021 de volgende zorgtoewijzingen (AW33).

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

Voorbeeld 5b

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

Vanaf 3 mei 2021 gaat De Klaproos DTV leveren (3,5 etmaal). Sara woont afwisselend een week bij De Klaproos en een week thuis. In de week dat Sara thuis woont, blijft de thuiszorg en dagbesteding ongewijzigd. De Klaproos stuurt op 29 april een AAT om de juiste percentages voor DTV aan te vragen. Het MPT wordt daarbij voor De Paarderij omgezet naar DTV, Opname: Nee. De Klaproos telt voor zichzelf het % DTV Opname: Ja en het % DTV Opname: Nee bij elkaar op én vraagt dit in één percentage aan onder DTV Opname: Ja.

Het zorgkantoor stuurt op 3 mei de aangepaste zorgtoewijzingen naar de zorgaanbieders Omdat de zorg thuis bij dezelfde aanbieders doorloopt, weten die dat de overbruggingszorg thuis overgaat in reguliere zorg thuis onder leveringsvorm DTV.

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

Voorbeeld 5c

Beide zorgaanbieders sturen op 3 mei nog een MAZ. Zorgboerderij De Paarderij vult in de MAZ 3,5 etmalen bij het DTV. Dit is hetzelfde aantal etmalen als bij DTV Opname: Ja. Het aantal etmalen DTV Opname: Ja, bepaalt de hoogte van de eigen bijdrage. Het zorgkantoor stuurt de informatie op naar het CAK om de start van het Deeltijdverblijf en het aantal etmalen door te geven. Het CAK concludeert op basis van de MAZ op MAZ-situatie dat het MPT beëindigd is.

De Klaproos en Zorgboerderij De Paardery hoeven bij het zorgkantoor geen MEZ (MUT-bericht) aan te leveren voor het MPT. Door de MAZ op het regulier toegewezen Deeltijdverblijf wordt de overbruggingszorg (automatisch) ingetrokken door het zorgkantoor.

4.3.4 Zorgtoewijzingsproces Verblijf

Heeft een cliënt een behoefte of wens voor intramurale zorg¹¹⁹ en kan de DH niet direct een plaats aanbieden? Dan plaatst de DH de cliënt op de wachtlijst voor deze locatie¹²⁰. De DH geeft via het mutatiebericht (AW39) de juiste wachtstatus en classificatie door aan het zorgkantoor en vraagt (gelijktijdig) de noodzakelijke overbruggingszorg aan.

Voorkeurlocatie zonder eigen agb-code

Heeft een zorgaanbieder niet voor elke locatie een eigen agb-code? Dan is het in iWlz niet mogelijk om een cliënt als wachtende te registreren bij een locatie zonder eigen agb-code. De cliënt staat in deze situaties op de wachtlijst bij een locatie die wel een agb-code heeft. Wordt de cliënt opgenomen, maar niet bij zijn locatie van voorkeur? En valt die locatie onder dezelfde agb-code, dan is de wens van een cliënt voorlopig alleen via een schaduw wachtlijst bij de zorgaanbieder zichtbaar te maken. Deze situatie blijft onder de aandacht voor een volgende iWlz-release.

4.3.4.1 Zorg thuis tot opname (DTV, VPT, MPT en/of PGB)

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

Zorgtoewijzingsproces Overbruggingszorg thuis

- Is er een zorgtoewijzing voor verblijfszorg aanwezig dan vraagt de DH de eerste keer altijd de overbruggingszorg aan. Bij MPT kan de CZT dit daarna overnemen, die hoeft daarvoor geen reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg te hebben;
- In één AAT kan één leveringsvorm worden aangevraagd. Een AAT kan bijvoorbeeld niet gelijktijdig de leveringsvorm Verblijf én MPT bevatten;
- Levert de DH zelf de overbruggingszorg in de vorm van een MPT, dan heeft hij de rol van DH én CZT. De aanbieder wordt gevuld bij het veld Dossierhouder (Verblijf) en bij het veld Coördinator zorg thuis (MPT);
- In de situatie dat meerdere aanbieders betrokken zijn bij het leveren van overbruggingszorg via MPT, bespreekt de DH met de cliënt wie hij als eerste aanspreekpunt wil. De DH vult deze aanbieder in het veld Coördinator zorg thuis in de AAT. De DH bewaakt dat de rol van CZT actief wordt opgepakt. Voor de DH moet duidelijk zijn met welke zorgaanbieder hij moet afstemmen over mogelijkheden tot plaatsing;

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

¹²⁰ Voor intramurale zorg of zorg in een geclusterde woonvorm staat voorkeuraanbieder gelijk aan voorkeurlocatie.

- Voor de aanvraag van overbruggingszorg, overlegt de DH met de voorkeuraanbieder over de inhoud van de AAT. Ze kunnen samen ook besluiten dat de DH hiervoor de eerste keer een percentage van 100% aanvraagt. De zorgaanbieder (overbruggingszorg) bespreekt daarna met de cliënt wat er precies nodig is en vraagt dit eventueel via een nieuwe AAT aan;
- De DH of CZT stelt het overbruggingszorg arrangement samen op basis van de feitelijke zorgbehoefte van een cliënt. Overbruggingszorg thuis wordt ook in een percentage (budgetcomponent) aangevraagd. Net zoals regulier zorg thuis (zie hoofdstuk 3);
- Om het aan te vragen % te berekenen wordt de rekenmodule gebruikt. Levert één zorgaanbieder de volledige overbruggingszorg en past die binnen het basisbudget dat beschikbaar is voor het geïndiceerde zorgprofiel? Dan vraagt hij een percentage aan van 100% bij de leveringsvorm (VPT of MPT), met soort zorgtoewijzing Overbrugging;
- Is (nog) niet het volledig beschikbare basisbudget nodig om de wachtperiode tot opname te overbruggen? Zet de zorg thuis dan doelmatig in. In deze situaties hoeft geen lager percentage¹²¹ bij het zorgkantoor te worden aangevraagd;
- De rekenmodule wordt ook gebruikt als er direct meerdere zorgaanbieders bij het leveren van overbruggingszorg betrokken zijn. Het noodzakelijke budget wordt dan verdeeld over deze zorgaanbieders en toegewezen met de berekende percentages;
- De rekenmodule wordt niet bij het zorgkantoor aangeleverd als de overbruggingszorg binnen het basisbudget past óf binnen de ruimte van de toeslag EKT. Dat geldt ook voor het Adviesformulier als de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd;
- De rekenmodule en het Adviesformulier worden wel bij het zorgkantoor aangeleverd als voor de overbruggingszorg een hoger % nodig is dan EKT (inclusief module Behandeling) en/of er geen andere toeslag voor zorg thuis passend is. In deze situaties is dan de Toeslag Extra overbruggingszorg thuis van toepassing;
- Let op: Is er sprake van hoge, ondoelmatige zorg thuis én maakte iemand nog géén gebruik van de toeslag Meezorg MPT? Vraag dan direct de toeslag Extra overbruggingszorg thuis aan. (Start dus niet de aanvraagprocedure Meezorg MPT op, dat scheelt onnodige administratieve last). In de situatie dat er al gebruik werd gemaakt van de toeslag Meezorg MPT hoeft dit ook niet aangepast te worden naar de toeslag Extra overbruggingszorg thuis;
- De CZT (of DH) moet altijd alle actuele zorg die voor een bepaalde leveringsvorm wordt geleverd opnemen in de AAT. Ook als er voor een zorgaanbieder niets verandert aan de geleverde zorg. Gebeurt dat niet, dan wordt deze periode niet opnieuw toegewezen. De zorgaanbieder loopt hierover een financieel risico omdat er geen zorg gedeclareerd kan worden zonder geldige zorgtoewijzing;
- Zorgkantoren regelen dat naast de wijziging voor leveringsvorm MPT of VPT, óók de actuele leveringsvorm Verblijf informatief wordt opgenomen in het zorgtoewijzingsbericht. Dit bericht (AW33) gaat naar alle aanbieders die op dat moment bij een cliënt zijn betrokken. Zo is iedereen op de hoogte van de actuele zorgvraag en zorginzet bij een cliënt;
- Een actuele, reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg wordt dus niet ingetrokken als in een AAT alléén zorg thuis¹²² wordt aangevraagd;

¹²¹ Zorgaanbieders kunnen er wel voor kiezen om het feitelijk noodzakelijke percentage(s) via een AAT aan te vragen als de eigen organisatie hierom 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.

¹²² Dat geldt niet alleen voor een aanvraag MPT maar ook voor een aanvraag VPT.

- Levert de DH de overbruggingszorg in de vorm van een VPT zelf, dan neemt hij zichzelf op als dossierhouder in de AAT voor het VPT met soort zorgtoewijzing Overbrugging;
- Het veld Dossierhouder kan per cliënt namelijk maar 1x worden gevuld in de AAT. In deze situaties ligt de rol van DH altijd bij de aanbieder waar de cliënt wacht op verblijfszorg. Die vraagt zo nodig ook een wijziging op overbruggingszorg aan voor de (andere) aanbieder(s) die het VPT levert;
- Wil de cliënt zijn overbruggingszorg (VPT) via een andere zorgaanbieder? Dan overlegt de DH met de cliënt wie zijn voorkeuraanbieder daarvoor is. Komen ze samen tot een goede oplossing, dan geeft de dossierhouder dit door via de AAT. Deze aanbieder kan dus niet worden gevuld in het veld DH bij de aangevraagde leveringsvorm VPT;
- Het moment van aanvraag van overbruggingszorg staat los van de start van overbruggingszorg. Uitgangspunt is dat noodzakelijke (overbruggings)zorg direct wordt ingezet bij een cliënt. Daarmee wordt niet gewacht totdat het volledige zorgarrangement thuis bekend is, afgestemd met andere betrokken aanbieders en via een AAT bij het zorgkantoor is aangevraagd. Dit voorkomt ook dat eventuele overdracht vanuit het andere domein onnodig stagneert.

Processtappen (aanvraag) overbruggingszorg

- Net zoals bij zorg thuis en deeltijdverblijf wijst het zorgkantoor ook een budgetcomponent toe voor Verblijf, uitgedrukt in een percentage. De eerste keer is dat altijd 100%;
- Het percentage 100% voor verblijfszorg verwijst naar het maximale NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel (verblijf inclusief dagbesteding en/of inclusief behandeling);
- Na de eerste zorgtoewijzing voor verblijfszorg, levert de DH de juiste status aan via een MAZ (In zorg) of MUT-bericht (wachtstatus). Dit gebeurt uiterlijk binnen 10 werkdagen na de zorgtoewijzing voor verblijfszorg als er een overbruggingszorgarrangement moet worden samengesteld. Anders geldt hiervoor een periode van maximaal 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing;
- Bij een wachtlijst voor opname kan overbruggingszorg gelijktijdig met een MUT¹⁸ worden aangevraagd en/of later¹²³ via een apart AW39-bericht als hiervoor meer tijd nodig is;
- Vraagt de CZT bijvoorbeeld meer budget aan voor overbruggingszorg of wijzigt (de verdeling van het MPT over) het aantal betrokken aanbieders? Is er nog een actuele zorgtoewijzing voor verblijfszorg en verandert daarin niets? Dan blijft de zorgtoewijzing voor verblijfszorg ongewijzigd staan en hoeft er géén herbevestiging van de wachtstatus bij verblijfszorg te worden aangeleverd via een MUT-bericht;
- Neemt een cliënt deel aan dagbesteding? Dan kan dit via de overbruggingszorg gewoon doorlopen met leveringsvorm MPT, VPT, Deeltijdverblijf Opname Nee of PGB. Deze dagbesteding wordt bij zorg in natura via de AAT aangevraagd. Een cliënt kan de dagbesteding bij een (of meerdere) zorgaanbieders krijgen en/of deels via PGB inkopen;
- Wil een cliënt de dagbesteding na opname continueren bij een andere aanbieder (en/ of via PGB)? Dan vraagt de DH daarvoor een aparte zorgtoewijzing aan (Verblijf, Opname Nee). Dat kan alleen bij zorgprofielen die geïndiceerd worden voor de GZ of GGZW;
- De toegewezen dagbesteding met leveringsvorm MPT of VPT (overbruggingszorg) kan dan niet op dezelfde manier gecontinueerd worden. Die wordt namelijk automatisch beëindigd (ingetrokken via een AW33) als bij het zorgkantoor een MAZ bekend is voor het regulier toegewezen Verblijf, Opname Ja;
- Na opname is er alleen nog sprake van een DH. Die is eindverantwoordelijk voor het gehele zorgarrangement (Verblijf, Opname Ja en Opname Nee). Het veld CZT wordt daarom niet gevuld bij dagbesteding via leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee;
- Verblijft een cliënt in een instelling en krijgt hij dagbesteding via een andere zorgaanbieder (Leveringsvorm Verblijf, Opname Nee)? En gaat een cliënt weer zelfstandig thuis wonen (MEZ voor Verblijf, Opname Ja)? Dan moet de zorgtoewijzing voor dagbesteding met leveringsvorm Verblijf, Opname Nee worden beëindigd en omgezet naar leveringsvorm MPT of VPT. De DH¹²⁴ of CZT vraagt die in deze situatie opnieuw aan via een AAT. Dit is belangrijk voor een juiste eigen bijdrage heffing (zorg thuis in plaats van verblijfszorg).

¹²³ Vanaf iWlz 2.0 is de AAT losgekoppeld van het doorgeven van een mutatiebericht/ wachtstatus. Een zorgaanbieder hoeft daardoor bij een AAT, een wachtstatus niet opnieuw te bevestigen als die ongewijzigd is.

¹²⁴ 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.

Overbruggingszorg thuis in een combinatie van ZIN en PGB

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

4.3.4.2 Tijdelijk bij andere zorginstelling opgenomen tot definitieve opname

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

Een cliënt kan het zorgkantoor of de DH zelf vragen om bemiddeling naar een tijdelijke, andere instelling totdat de voorkeuraanbieder een plaats beschikbaar heeft. Dit kan de DH of het zorgkantoor ook zelf met de cliënt bespreken.

Afhankelijk van de status biedt het zorgkantoor de cliënt deze mogelijkheid aan als de cliënt benaderd wordt bij het wachtlijstbeheer. Het zorgkantoor stuurt hier actief op als duidelijk is dat de voorkeuraanbieder geen passende plaats beschikbaar krijgt binnen de streefnorm voor de wachtstatus Actief plaatsen.

Processtappen tijdelijke opname bij andere zorgaanbieder

- De DH vraagt de tijdelijke opname bij een ander instelling aan via een AAT. Bij de leveringsvorm Verblijf (Opname Ja) wordt soort zorgtoewijzing Overbrugging gevuld omdat de cliënt wil blijven wachten op een plaats bij zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder. Wijzigt er niets aan de reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg bij de voorkeuraanbieder, dan hoeft die niet in de AAT te worden opgenomen. Het zorgkantoor laat in deze situaties de reguliere zorgtoewijzing voor Verblijf gewoon staan en trekt deze niet in;
- Afhankelijk van de status wordt overbruggingszorg voor maximaal een half jaar (Actief plaatsen) of maximaal een jaar (Wacht op voorkeur) toegewezen aan de tijdelijke verblijfsinstelling. De oorspronkelijke voorkeuraanbieder (DH) past zo nodig de wachtstatus en/of classificatie aan bij zijn reguliere zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf. Het maakt daarbij niet uit dat een cliënt al tijdelijk is opgenomen bij een andere zorgaanbieder

- Heeft de oorspronkelijke voorkeuraanbieder plaats? Dan levert die een MAZ aan bij het zorgkantoor. Deze MAZ is voor het zorgkantoor de trigger om de zorgtoewijzing bij de tijdelijke verblijfsinstelling in te trekken (te beëindigen). Omdat de zorgtoewijzing wordt ingetrokken, hoeft die aanbieder geen MEZ aan te leveren. Door de intrekking eindigt de zorg namelijk op de einddatum van de zorgtoewijzing. Vanaf iWlz 2.0 maakt het zorgkantoor bij deze situaties zelf een 'melding einde zorg' aan in het eigen systeem;
- Is de cliënt tevreden met zijn tijdelijke zorgaanbieder en wil hij niet meer terug naar zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder? Dan moet de zorgtoewijzing voor de overbruggingszorg worden omgezet naar een reguliere zorgtoewijzing. De oorspronkelijke voorkeuraanbieder (DH) levert in deze situatie een mutatie-bericht aan op zijn eigen reguliere zorgtoewijzing voor Verblijf, Opname Ja (MUT12, Einde Zorg). Gelijktijdig vraagt hij een nieuwe reguliere zorgtoewijzing aan voor de gewijzigde voorkeuraanbieder en vult hij deze zorgaanbieder in het veld Dossierhouder. Na verwerking van deze aanvraag, wordt de zorgtoewijzing voor overbruggingszorg ingetrokken.

4.3.4.3 Overbruggingszorg thuis na overdracht uit een ander domein

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

Dit op voorwaarde dat:

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

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

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

- mag de cliënt tijdelijk zijn aanbieder(s) uit het andere domein houden als het zorgkantoor uitvoering kan geven aan de wens van de cliënt en deze zorgaanbieder hier uitvoering aan kan of wil geven. En de zorg die in het andere domein is geleverd past binnen de bestaande Wlz-prestaties. Of;
- mag de cliënt tijdelijk zijn PGB continueren zonder aan bepaalde voorwaarden¹²⁵ 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;

¹²⁵ Onder verwijzing naar artikel 5.7a RLz

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

4.3.4.4 Langdurige opname

Te leveren zorgprofiel is gelijk aan geïndiceerd zorgprofiel

De zorgaanbieder levert de geïndiceerde en toegewezen zorg als:

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

Processtappen zorgtoewijzing

- Het zorgkantoor wijst het geïndiceerde zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf toe aan de voorkeuraanbieder met een percentage van 100%. Het veld Opname heeft de waarde Ja en de soort zorgtoewijzing blijft Regulier;
- Intramurale toeslagen, intramurale Meezorg of vervoer worden niet via iWlz aangevraagd en/of toegewezen. Deze zorg is daarmee nooit onderdeel van een toe te wijzen percentage;
- Het percentage 100% gaat uit van het (maximale) NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel. Afhankelijk van het zorgprofiel is dit een tarief inclusief dagbesteding en behandeling;
- Is er sprake van een percentage inclusief dagbesteding en behandeling, dan mag de zorgaanbieder deze niet standaard inzetten en declareren. Dat mag alleen als de zorg nodig is voor de cliënt en deze ook echt wordt geleverd aan de cliënt¹²⁶. Zo is het bijvoorbeeld niet toegestaan om een tarief inclusief dagbesteding te declareren als een cliënt deelneemt aan onderwijs (en tijdens het onderwijs geen zorg nodig heeft) of wanneer een cliënt aangepast werk heeft en dus geen dagbesteding afneemt;

¹²⁶ En is daarnaast ook afhankelijk van het zorginkoopbeleid van het regionale zorgkantoor.

- Voor bepaalde zorgprofielen uit de GZ¹²⁷ en GGZ, kan een cliënt zijn dagbesteding van een andere zorgaanbieder (en/of via PGB) krijgen. De DH bespreekt dit altijd zelf met de cliënt.
- Wil een cliënt alle zorg (inclusief dagbesteding) van dezelfde zorgaanbieder, dan wordt dit aangevraagd via Verblijf, Opname Ja met een percentage van 100%;
- Als de cliënt zijn dagbesteding (deels) van een andere zorgaanbieder wil, vraagt de DH dat via een AAT aan bij het zorgkantoor. Het percentage voor Verblijf, Opname Ja, verandert door deze situatie ook (< 100%) en moet opnieuw worden aangevraagd;
- Voor de dagbesteding wordt in deze situaties leveringsvorm Verblijf aangevraagd en bij het veld Opname wordt Nee gevuld. Via de rekenmodule wordt het aan te vragen % berekend;
- Wil de cliënt zijn dagbesteding (deels) via PGB inkopen? Dan neemt de budgethouder of zijn gewaarborgde hulp rechtstreeks contact op met het zorgkantoor. Is er sprake van een combinatie van ZIN en PGB voor de dagbesteding? Dan vraagt de DH in de AAT een percentage voor de dagbesteding aan verminderd met het percentage voor PGB;
- Het is ook mogelijk om de dagbesteding door meerdere aanbieders te laten leveren en/of in combinatie met PGB. Bijvoorbeeld een deel door de aanbieder die ook het verblijf levert en een deel door een andere aanbieder. Of zelfs door 2 andere aanbieders (allebei anders dan de aanbieder die Verblijf¹²⁸ levert). Deze flexibiliteit verhoogt de keuzevrijheid van de cliënt;
- Het hoogste percentage verwijst in deze situaties altijd naar de leveringsvorm Verblijf, Opname: Ja. Het lagere percentage(s) verwijst naar dagbesteding en/of behandeling (Verblijf, Opname: Nee);
- Net zoals dagbesteding kan behandeling ook (tijdelijk) door een andere aanbieder worden geleverd. Dit wordt op dezelfde wijze aangevraagd als de dagbesteding (leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee met bijbehorende %). Uitzondering hierop vormt de behandeling die via een BORG instelling wordt geleverd. Dit loopt buiten het iWlz berichtenverkeer om;
- Wordt verblijfszorg geleverd exclusief dagbesteding en exclusief behandeling en wordt niet alle financiële ruimte voor behandeling benut? Dan wordt die resterende ruimte niet ingezet voor extra dagbesteding. Het budget voor de behandelcomponent is alleen in te zetten voor behandeling;
- Krijgt een cliënt verblijfszorg maar wil die overgeplaatst worden naar een andere zorgaanbieder? Dan levert de DH (latende zorgaanbieder) een mutatie-bericht (MUT₁₇) aan via om de overplaatsing te melden. Let op: een MUT₁₇ mag alléén worden aangeleverd als er voor deze cliënt direct een plaats beschikbaar is, voor dezelfde leveringsvorm, bij de andere zorgaanbieder. De leveringsstatus bij de oorspronkelijke aanbieder wijzigt dan namelijk van In zorg naar Einde zorg.
De mutatedatum is meteen de einddatum van de zorgtoewijzing voor deze aanbieder. Het zorgkantoor stuurt dit MUT/ MEZ-bericht niet door naar het CAK, omdat het uitgangspunt is dat deze zorg gecontinueerd wordt bij een andere zorgaanbieder¹²⁹. 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.

¹²⁷ Voor de VV, (S)LVG en GGZB-zorgprofielen kan in de rekenmodule het verblijf, dagbesteding en behandeling niet gesplitst worden over meerdere aanbieders. Het gaat hier om integrale zorgpakketten met een integraal tarief. Er bestaan hiervoor in de NZa beleidsregels geen losse (intramurale) prestaties bij deze zorgprofielen;

¹²⁸ Langdurig Verblijf (of VPT) wordt bij een cliënt niet over 2 aanbieder gesplitst.

¹²⁹ Het CAK heeft deze informatie niet nodig voor het factureren van de eigen bijdrage.

Als de zorg niet direct doorloopt bij de nieuwe zorgaanbieder óf er is sprake van een andere leveringsvorm, dan mag er geen MUT₁₇ worden gebruikt. De DH meldt dan via een MUT₁₉, de leveringsstatus Einde zorg en vraagt via een AAT de zorg aan voor de nieuwe zorgaanbieder.

Soort zorg	Te declareren prestatie	Etmalen/ dagdelen	Zorgaanbieder (agb-code)	Afgerond percentage
Verblijf	Z66o ZZP 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 6 Ingevulde rekenmodule verblijfszorg, dagbesteding en behandeling

Te leveren zorgprofiel wijkt af van geïndiceerd zorgprofiel

Heeft de cliënt bij een opnamebehoefte of -wens voorkeur voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel? En wil het zorgkantoor of de zorgaanbieder hiervoor geen productieafsprake maken? Dan is er sprake van een instellingsvreemd zorgprofiel voor deze zorgaanbieder. De zorgaanbieder informeert de cliënt over deze situatie en overlegt of een gecontracteerd, instellingseigen zorgprofiel past bij de zorgvraag van de cliënt (of een zorgarrangement thuis). De zorgaanbieder bespreekt met de cliënt ook of dit zorgarrangement leidt tot kwalitatief verantwoorde, passende zorg voor de cliënt. Is dit het geval en gaat de cliënt hiermee akkoord?

Dan vraagt deze zorgaanbieder aan het zorgkantoor om het geïndiceerde (regulier toegewezen) zorgprofiel om te zetten naar een instellingseigen zorgprofiel via een AAT. Dit wordt toegewezen ook met soort zorgtoewijzing Regulier. Voor deze omzettingen hanteren zorgkantoren uniforme uitgangspunten (zie bijlage C).

Is de cliënt niet tevreden met het voorstel of kan de zorg door deze aanbieder niet verantwoord worden geleverd? Dan geeft de zorgaanbieder de zorgtoewijzing gemotiveerd terug aan het zorgkantoor.

Het zorgkantoor neemt de zorgbemiddeling van de zorgaanbieder over en/of geeft advies over regionaal, passend zorgaanbod aan de cliënt. Heeft de cliënt voorkeur voor hulp van zijn voorkeuraanbieder bij het zoeken naar een nieuwe aanbieder, dan mag dit ook. Komen de voorkeuraanbieder en de cliënt er samen niet uit dan wordt alsnog het zorgkantoor ingeschakeld of een onafhankelijke cliëntondersteuner als de cliënt dat zelf wil.

Overbruggingszorg thuis bij ander, regulier toegewezen zorgprofiel

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

4.3.5 Crisisopname in een instelling

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

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

Crisisbedden zijn binnen de Wlz beschikbaar voor cliënten met een zorgprofiel voor VV, VG, LG en ZG. Een crisisopname in de GGZ loopt via de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de oorzaak van de crisis kan het gaan om verblijfszorg met behandeling of verblijfszorg zonder behandeling. In hoofdstuk 5 wordt de crisiszorg verder beschreven.

Crisisopname (crisiszorg)

Crisiszorg is erop gericht om een cliëntsituatie te stabiliseren en/of acute dreiging af te wenden, zodat de cliënt weer terug kan naar reguliere zorg. Een crisisopname kan een vrijwillige opname zijn maar ook een gedwongen opname, op basis van de Wzd of Wvvgg.

Een versnelde opname is niet aan de orde bij een geleidelijke achteruitgang, dan is er geen sprake van een crisissituatie. Daarvoor gelden de reguliere stappen in de Wlz-keten.

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

Afzonderlijke procedures crisiszorg V&V, GZ en GGZ

Door organisatorische verschillen (soort aanbieders, specifiek zorgaanbod) en inhoudelijke verschillen (doelgroepen, zorgvragen) geldt een apart uitvoeringsproces voor crisiszorg in de V&V, GZ of GGZ. Dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk 5.

4.3.6 Verblijf in een instelling in combinatie met zorg thuis

Een cliënt kan verblijfszorg (minimaal 5 of 6 etmalen¹³⁰) combineren met zorg thuis. Dit speelt bijvoorbeeld bij een kind of jeugdige die verblijfszorg krijgt maar in het weekend naar huis gaat.

¹³⁰ Een etmaal is een aaneengesloten periode van 24 uur.

In deze situatie is de DH samen met de cliënt verantwoordelijk voor het organiseren van de zorg thuis op de andere dagen. In deze situaties kan thuiszorg alleen via ZIN worden ingezet en niet via PGB.

4.3.7 Behandeling tijdens verblijf zonder behandeling

Medische zorg goed geregeld

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

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

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

Criteria voor het inzetten van behandeling:

- De inzet gaat uitdrukkelijk over Wlz-behandeling en niet over 'behandeling op de achtergrond'. (Behandeling op de achtergrond gaat over het bijstaan van een individuele zorgverlener(s) in de zorgverlening, het opstellen van een zorgplan of een kort behandelmoment dat weinig inzet vraagt en incidenteel is);
- In het (digitale) zorgplan wordt de onderbouwing voor deze inzet vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO;
- De onderbouwing in het (digitale) zorgplan geeft duidelijkheid over de inhoud van de in te zetten behandeling;
- De registratie in het (digitale) zorgplan bevat de duur en de te verwachten hoeveelheid uren;
- Het verschil (financiële waarde) tussen een ZZP met behandeling en een ZZP zonder behandeling voor een bepaald zorgprofiel geldt als financieel kader voor de inzet. De aanbieder kan de rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen.

Werkafspraken voor (tijdelijke) behandeling bij leveringsvorm Verblijf

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

- Hoeft vooraf géén toestemming te worden gevraagd bij het zorgkantoor als die (tijdelijke) behandeling past binnen de beschikbare financiële ruimte van het ZZP-tarief inclusief behandeling en alleen door dezelfde instelling (agb-code) wordt geleverd;

- Vraagt de DH wel een reguliere zorgtoewijzing aan voor behandeling als die door een andere zorgaanbieder wordt geleverd. De aanvraag voor behandeling bevat dan de leveringsvorm Verblijf, Opname Nee en het benodigde %. Betrokken partijen zien zo dat er sprake is van behandeling naast verblijfszorg. In de AAT wordt alle zorg met leveringsvorm Verblijf opnieuw aangevraagd, ook verblijfszorg met Opname Ja. Als deze wordt vergeten in de AAT, dan wordt die niet opnieuw toegewezen en kan de verblijfszorg niet worden geleverd of gedeclareerd;
- Toetst het zorgkantoor achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria die daarover bij het contracteren zijn gemaakt.

4.3.8 Partneropname

Wordt een cliënt opgenomen in een Wlz-instelling dan is het in de Wlz mogelijk dat de partner zonder Wlz-indicatie meeverhuist. Uitzondering hierop is een psychiatrische instelling. Een partner (zonder Wlz-recht) van iemand met een kortdurend indicatiebesluit, zoals een SGLVG-LVG of VVG zorgprofiel, komt ook niet in aanmerking voor een partneropname.

De meeverhuizende partner kan natuurlijk zelf ook een indicatie hebben voor Wlz-zorg.

Partner zonder indicatie voor Wlz-zorg

- Een partner kan in aanmerking komen voor een partneropname als dit een echtgenoot is of daarmee wettelijk gelijk is gesteld (geregistreerd partner of samenlevingscontract óf een ongehuwd meerderjarige die met een ongehuwd meerderjarige cliënt een gezamenlijke huishouding voert, tenzij het een bloedverwant in de eerste graad is¹³¹);
- Komt een partner niet in aanmerking voor Wlz-zorg, en wil die graag meeverhuizen naar een Wlz-instelling (intramuraal)? Dan vraagt de zorgaanbieder voor deze partner een ZZPo aan bij het CIZ. Dit kan direct via het ICT-systeem van het CIZ;
- De zorgaanbieder hoeft daarmee niet te wachten totdat er een geschikte wooneenheid beschikbaar is, maar kan het ZZPo aanvragen zodra deze wens bekend is. Vanaf dat moment kan er ook wachtlijst-informatie opgebouwd worden voor Partneropname;
- Een indicatiebesluit voor een ZZPo is een registratief besluit. Het ZZPo vertegenwoordigt geen zorgprofiel en staat los van een recht op Wlz-zorg. Het CIZ voert daarom geen inhoudelijke beoordeling uit op de aanvraag;
- Heeft de zorgaanbieder nog geen mogelijkheid om beide partners samen te plaatsen, dan kan bij allebei afzonderlijk, via de classificatie bij de wachtstatus, de wens voor Partneropname worden doorgegeven. Dat optie is alleen mogelijk bij de wachtstatus Wacht op voorkeur of Wacht uit voorzorg;
- Heeft de partner met Wlz-indicatie een (zeer)dringende zorgvraag (wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen) óf is hij al opgenomen? Dan kan deze wens alleen via de wachtstatus/ classificatie bij het ZZPo van de partner worden doorgegeven;
- Als de partner geen Wlz-zorgvraag heeft is alleen de status Wacht op voorkeur of de wachtstatus Wacht uit voorzorg van toepassing met classificatie Partneropname;
- Heeft een meeverhuizende partner (zonder Wlz-recht) zorg nodig? Dan wordt voor deze zorg een beroep worden gedaan op de andere domeinen (Wmo en/of Zvw);

¹³¹ Een broer of zus met wie iemand een gezamenlijke huishouding voert kan dus wel meeverhuizen naar een instelling, maar een zoon of dochter van een verzekerde waarmee hij of zij een gezamenlijke huishouding voert niet. (Bij een gezamenlijke huishouding hebben 2 personen hun hoofdverblijf in dezelfde woning en dragen ze zorg voor elkaar door een bijdrage te leveren in de kosten van de huishouding.)

- De meeverhuizende partner (zonder Wlz-recht) heeft pas recht op een partneropname als de partner met een Wlz-recht in een instelling verblijft;
- Overlijdt een opgenomen partner (cliënt) met Wlz-recht vóór partneropname? Dan heeft de partner met een ZZPo indicatie, geen recht meer op Partneropname¹³²;
- Overlijdt de cliënt of verhuist de cliënt naar een andere instelling en woonden de partners al samen in een instelling? Dan houdt de partner het recht om in de instelling te blijven wonen. Woont de partner in een wooneenheid met een intramurale toelating voor 2 plaatsen? Dan moet de partner binnen redelijke termijn naar een eenpersoons wooneenheid verhuizen. Hierover maakt de zorgaanbieder met de partner (vooraf) een duidelijke afspraak. De meeverhuisde partner blijft dan een eigen bijdrage voor het verblijf in de instelling betalen. De zorgaanbieder declareert deze verblijfscomponent bij het zorgkantoor;
- De meeverhuisde partner kan er ook voor kiezen om naar een wooneenheid te verhuizen zonder intramurale toelating. Bijvoorbeeld een zelfstandige wooneenheid (huur of koop) in of bij de intramurale instelling. De intramurale eigen bijdrage vervalt daarmee. Voor eventuele ondersteuning vanuit de Wmo geldt dan weer wel een eigen bijdrage;
- Ontstaat er behoefte aan Wlz-zorg dan wordt een reguliere indicatie bij het CIZ aangevraagd (ter vervanging van het ZZPo);

Beide partners met indicatie voor Wlz-zorg

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

4.3.9 Administratieve zorgtoewijzing (tijdelijk verblijf in andere instelling)

Met een administratieve zorgtoewijzing kan een zorgaanbieder verblijfszorg blijven declareren voor een afwezige cliënt als die tijdelijk in een andere instelling verblijft. De aanbieder mag in deze situaties de intramurale plaats tijdelijk beschikbaar houden voor terugkeer van de cliënt. De zorgaanbieder blijft in deze situaties 1^e aanspreekpunt (dossierhouder) voor de cliënt, ook al verblijft die in een andere intramurale instelling¹³³.

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 fysiek¹³⁴ andere plaats dan die zonder behandeling;
- Een cliënt verblijfszorg krijgt met behandeling maar tijdelijk naar een andere locatie met een toelating voor behandeling moet.

¹³² In geval van een schrijnende situatie kan voor deze achterblijvende partner, naar een (tijdelijke) maatwerk oplossing worden gezocht.

¹³³ En is dit via iWlz niet goed door te geven omdat de rol van DH gekoppeld wordt aan een reguliere zorgtoewijzing.

¹³⁴ De fysieke locatie is daarvoor leidend niet de agb-code.

Dit geldt specifiek voor situaties van revalidatiezorg (zorgprofiel VV9B). Deze revalidatiezorg mag nadrukkelijk niet op dezelfde locatie geboden worden als waar de cliënt normaal verblijft (de cliënt is op deze locatie afwezig).

Processtappen Administratieve zorgtoewijzing

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

Voorbeeld

Een cliënt heeft een langdurige indicatie voor zorgprofiel VV4 en krijgt verblijfszorg zonder behandeling. Omdat het herstel na een operatie niet goed verloopt, krijgt de cliënt voor een half jaar een indicatie voor zorgprofiel VV9B. Er is niet direct een geschikte plaats beschikbaar. Tot het moment van opname op een Wlz-plaats met behandeling, blijft de cliënt wachten bij zijn huidige zorgaanbieder. De wachtperiode wordt overbrugd met het huidige zorgprofiel. Vanaf het moment van opname (MAZ) op een Wlz-plaats met behandeling (VV9B), beëindigt de zorgaanbieder de zorgtoewijzing voor overbruggingszorg (VV4). En vraagt deze zorgaanbieder voor het vrij houden van de plaats een administratieve zorgtoewijzing aan.

Heeft de cliënt in zijn indicatiebesluit een indicatie voor VV9B (6 maanden), gevolgd door een indicatie voor VV4 (onbepaalde tijd) én is de cliënt na 4 maanden uitbehandeld? Dan levert deze dossierhouder een MEZ aan op de zorgtoewijzing voor VV9B.

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

4.4 Palliatief Terminale Zorg

Het CIZ geeft geen aparte indicatie af voor iemand met een Wlz-recht die in een terminale levensfase komt. Krijgt iemand verblijfszorg of zorg in een geclusterd VPT¹³⁵ en is er Palliatief terminale zorg (PTZ) nodig dan gelden de volgende afspraken.

PTZ voor een cliënt die voor de terminale levensfase thuis woonde

- Krijgt iemand PTZ thuis, maar is verblijfszorg aangewezen omdat thuis wonen niet meer verantwoord is? Of stroomt een terminale cliënt vanuit het ziekenhuis rechtstreeks door naar een instelling of geclusterd VPT? En was de cliënt nog niet bekend bij deze zorgaanbieder? Dan mag de zorgaanbieder de VV10-prestatie voor PTZ declareren ongeacht het geïndiceerde zorgprofiel. Dat geldt voor verblijfszorg of VPT, als dat voor het organiseren en afstemmen van juiste zorginzet en ondersteuning bij deze cliënt nodig is;
- In deze situaties hoeft niet aan specifieke voorwaarden te worden voldaan om een van deze prestaties te mogen declareren (zie volgend tekstblok¹³⁶).

PTZ voor een cliënt die al in een instelling of geclusterd VPT woont

- Voor iemand die al in een instelling verblijft of in een geclusterd VPT, wordt PTZ in principe betaald op basis van het geïndiceerde zorgprofiel. Stervensbegeleiding is gewoon onderdeel van de normale zorg (en daarmee het reguliere tarief). Het toegewezen zorgprofiel is dan het te declareren zorgprofiel (het toegewezen zorgprofiel kan daarbij afwijken van het geïndiceerde zorgprofiel);
- Verblijft iemand al langer in de instelling of geclusterd VPT en is er zeer intensieve 24-uurs zorg nodig? Dan kan de VV10-prestatie voor verblijfszorg of VPT gedeclareerd worden. Dat mag alleen als de PTZ niet verantwoord geleverd kan worden vanuit het beschikbare budget voor het geïndiceerde zorgprofiel. Situaties waarin dit zich voor kan doen:
 - Cliënten met zware pijn(bestrijding) en/of
 - Verwardheid en/of benauwdheid en/of
 - Onrust én
 - Complexe zorg waarbij inzet van verschillende disciplines en continue nabijheid van zorg noodzakelijk is
- Inzet van PTZ en declaratie van de prestatie VV10 kan in de beschreven situaties zonder specifieke zorgtoewijzing door het zorgkantoor, en is onafhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Dit op voorwaarde dat de onderbouwing van de extra zorginzet, met de ingeschatte levensverwachting door de behandelend arts, wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan. Hiervoor is dus geen aparte schriftelijke verklaring nodig van de behandelend arts.

¹³⁵ PTZ via MPT en/ of PGB wordt beschreven in paragraaf 3.3.10.

¹³⁶ En de meest actuele NZa-beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis).

4.5 Meerzorg bij Verblijf of (geclusterd) VPT

4.5.1 Inleiding

Wanneer is er sprake van intramurale toeslag Meerzorg?

Cliënten in de langdurige zorg krijgen een indicatie voor een zorgprofiel die het beste past bij de zwaarte van hun zorgvraag. Soms is er (tijdelijk) meer zorg nodig, omdat de kwaliteit van het bestaan van een cliënt met een complexe zorgsituatie onder druk staat.

Dat kan bijvoorbeeld door complex, onbegrepen gedrag (intensieve begeleidingsvraag) en/ of door ernstige lichamelijke problematiek.

Bij deze situaties kan, als een cliënt intramuraal verblijft of VPT krijgt, tijdelijk¹³⁷ extra budget worden aangevraagd via de regeling Meerzorg¹³⁸. De regeling Meerzorg staat ook open voor mensen die thuis wonen en zorg krijgen via een MPT en/ of PGB. Dit staat uitgewerkt in hoofdstuk 3, onder paragraaf 3.3.

4.5.2 Wie kan beroep doen op Meerzorg?

Meerzorg bij verblijfszorg of (in geclusterd) VPT kan worden aangevraagd voor:

- iemand met een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 4LVG, 5LVG, 1SGLVG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud, 5ZGvis, 4GGZW, 5GGZW, 6GGZB of 7GGZB én
- iemand die in uren minimaal 25% meer zorg nodig heeft dan is opgenomen in het (hoogst mogelijk) geïndiceerde of het toegewezen zorgprofiel (het zorgprofiel dat voor de bekostiging van de zorg wordt gebruikt¹³⁹).

Daarbij kan er sprake zijn van:

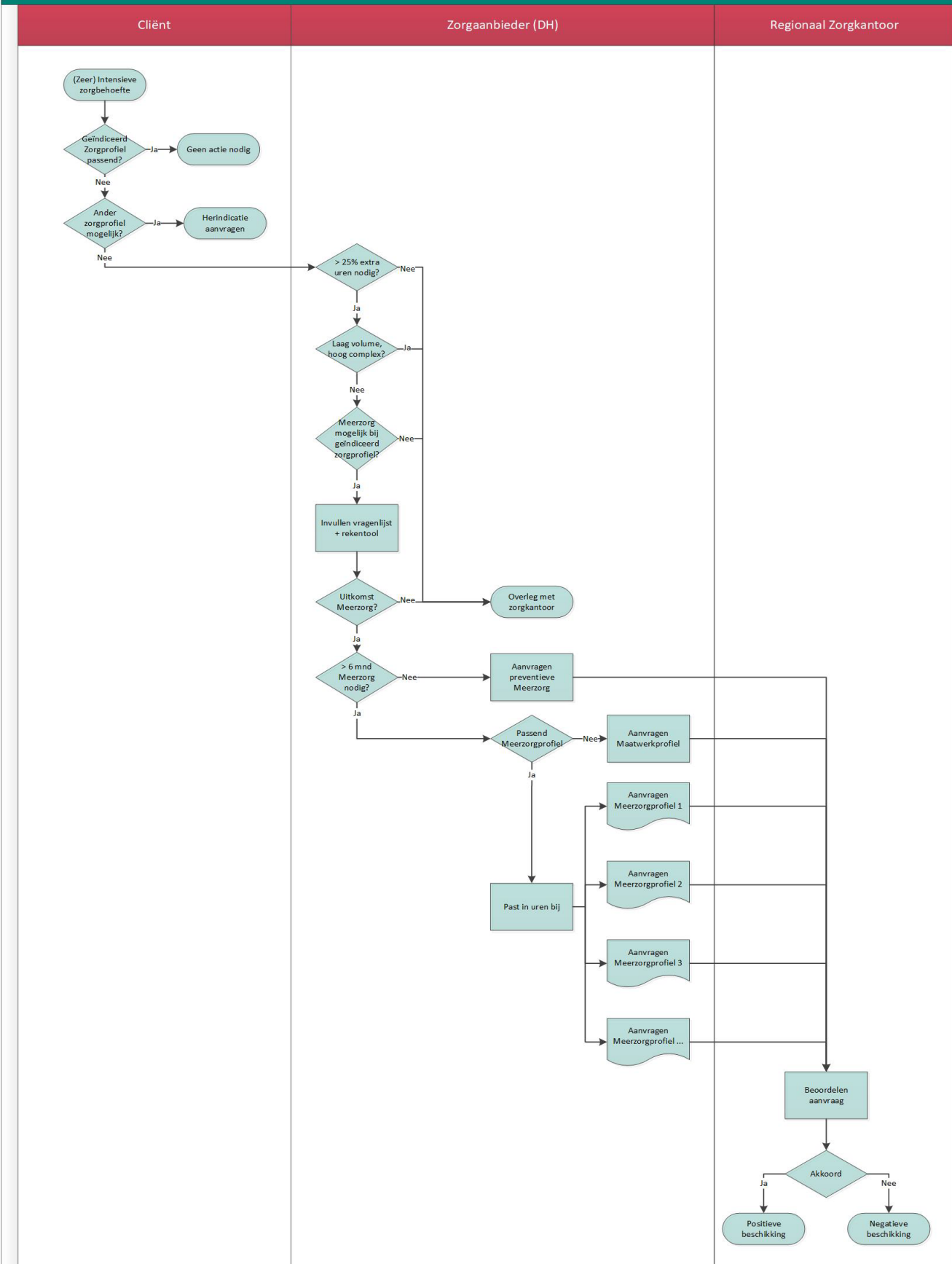
- Een zorgbehoefte die ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, chronisch non-invasieve beademing, klinisch intensieve behandeling, niet-strafrechterlijke forensische psychiatrie, CVA, Huntington, observatie óf;
- iemand die jonger is dan 23 jaar en in een instelling verblijft;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG of GGZ en zwaar complexe somatische problematiek.

¹³⁷ Meerzorg heeft in principe een tijdelijk karakter maar kan structureel worden ingezet bij een langdurig intensieve zorgbehoefte. Er zal altijd periodiek worden herijkt omdat de context of cliëntsituatie kan veranderen.

¹³⁸ De criteria voor Meerzorg zijn terug te vinden in artikel 2.2 van de Regeling Langdurige Zorg (RLZ). In het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.1.1, lid 2 wordt het verzekerd pakket en het recht op zorg omschreven.

¹³⁹ Dit geldt ook voor iemand die op 31 december 2014 een AWBZ-indicatie had en aan dezelfde voorwaarden voldoet.

Meerzorg bij verblijf of (geclusterd) VPT



Figuur 16 Meerzorgaanvraag verblijfszorg of (geclusterd) VPT

4.5.3 Meerzorgprofiel of Maatwerkprofiel

De zorg die iemand nodig heeft is altijd afgestemd op de individuele cliënt. Meerzorg kan worden aangevraagd als er sprake is van een zorgbehoefte die de uren van het geïndiceerde zorgprofiel ruim overstijgen. Of iemand in aanmerking komt voor Meerzorg wordt bepaald met behulp van een Vragenlijst en een Rekentool.

Via de Vragenlijst wordt een inhoudelijke onderbouwing gevraagd van:

- De huidige situatie van een cliënt.
(Is beeldvorming en diagnostiek helder bij de cliënt, wordt begrepen waarom de cliënt doet wat hij/zij doet, is duidelijk wat de invloed van de context is, is de huisvesting en samenstelling van de groep of het team passend, zijn er andere opties bijvoorbeeld interne of externe consultatie, wat is er al gedaan om Meerzorg te voorkomen en wat gebeurt er als Meerzorg niet wordt toegekend?);
- De gewenste situatie voor een cliënt
(Wat zijn de te bereiken doelen voor de cliënt om zijn kwaliteit van leven te verbeteren? Bijvoorbeeld hechting, intimiteit en seksualiteit, veiligheid, afbouw vrijheidsbeperkende maatregelen, stabilisatie van onverwerkte gebeurtenis(sen) of eigen regie vergroten);
- Het (ontwikkel)perspectief voor de cliënt en zijn/haar omgeving.
(Wat levert het op? Draagt Meerzorg bij aan verbetering of handhaving van voldoende kwaliteit van leven gezien de mogelijkheden en beperkingen van een cliënt, zijn het realistische, concrete en haalbare doelen voor de cliënt, is er sprake van een overzichtelijk tijdpad voor de cliënt en zijn/haar omgeving?) én
- De inzet om de gewenste situatie te bereiken.
(Hoe wordt het aangevraagde Meerzorg bedrag daadwerkelijk ingezet, wordt dit effectief en efficiënt gedaan? Hoe verhoudt het gewenste resultaat zich tot de kosten? Heeft de aanbieder de vereiste (stabiele) capaciteit en expertise binnen het team of de organisatie beschikbaar?)

Voor het toekennen van een extra bedrag vanuit de regeling Meerzorg wordt gewerkt met Meerzorgprofielen en Maatwerkprofielen. Per geïndiceerd zorgprofiel dat in aanmerking komt voor Meerzorg, zijn meerdere Meerzorgprofielen beschikbaar en/ of een Maatwerkprofiel. Het bedrag voor een Meerzorgprofiel of Maatwerkprofiel komt boven op het beschikbare bedrag voor het geïndiceerde zorgprofiel. Door het invullen van de Rekentool, die aansluit op de inhoud van de Vragenlijst, wordt automatisch een Meerzorgbedrag bepaald.

Waarvoor kan het extra bedrag worden ingezet?

Bij het Meerzorgprofiel, Maatwerkprofiel of Kortdurende/ Preventieve Meerzorg kan het extra bedrag worden ingezet voor:

- Directe zorg¹⁴⁰: (extra) uren begeleiding, verzorging, verpleging, dagbesteding en/of nachtzorg;
- Behandelaren: (extra) uren van de gedragsdeskundige, psychiater, SOG, AVG, geriater of overige behandelaren;

¹⁴⁰ Meerzorg gaat om Wlz-zorg en kan niet worden ingezet voor welzijnsactiviteiten.

- Context gebonden middelen in uren die direct toe te wijzen zijn aan de extreme zorgvraag: bijvoorbeeld voor extra overleg/ MDO, extra nabijheid van leidinggevende of gedragswetenschapper/ behandelaar, extra uren voor scholing/ intervisie/ training (geen reguliere trainingen). Deze uren zijn ook opgenomen in de Rekentool en tellen mee voor het bepalen van het Meerzorgprofiel voor een cliënt;
- Overige context gebonden middelen: eenmalige indirecte/ context gebonden kosten zoals bijvoorbeeld een kleine verbouwing. In principe maken deze kosten al onderdeel uit van het Meerzorgprofiel. Zijn deze kosten hoger dan 6,9% van het bedrag van het Meerzorgprofiel? Dan kan de zorgaanbieder, via de Rekentool, een verzoek om extra middelen indienen. Het zorgkantoor neemt dit verzoek in de beoordeling mee, en neemt hierover zo nodig contact op met de zorgaanbieder. Na een positieve beoordeling van de aanvraag wordt het toe te kennen bedrag verwerkt in de beschikking van de cliënt.

Meerzorgprofiel

- Een Meerzorgprofiel kent een bandbreedte aan uren (minimale en maximale aantal uren);
- Het voordeel van de bandbreedte in uren is dat deze flexibel kunnen worden ingezet (opschalen of afschalen binnen de bandbreedte). Er hoeft hierdoor minder snel een nieuwe Meerzorgaanvraag te worden ingediend of afstemming te worden gezocht met het zorgkantoor. Dat levert administratieve lastenverlichting op;
- Een Meerzorgprofiel wordt, net zoals een zorgprofiel, uitgedrukt in één gemiddeld (vast) bedrag per etmaal. Dit is het te declareren bedrag voor de Meerzorg;
- Het best passende Meerzorgprofiel wordt bepaald via de Vragenlijst (Word-document) en Rekentool (Excel document). De actuele versie van beide documenten wordt gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren. In de Rekentool is rekening gehouden met het tariefverschil tussen verschillende soorten zorg. Alle Meerzorgprofielen staan in paragraaf 4.5.12.

Maatwerkprofiel

Met een Maatwerkprofiel kan een uniek vast te stellen bedrag per etmaal worden aangevraagd voor een cliënt. Per zorgprofiel dat in aanmerking komt voor Meerzorg is één maatwerktarief vastgesteld. (Alle maatwerktarieven staan in de Rekentool.) Voor het bepalen van het extra beschikbare bedrag wordt een maatwerktarief vermenigvuldigd met het aantal extra uren dat noodzakelijk is. Deze extra uren zijn variabel in te vullen in de rekentool.

Het Maatwerkprofiel is beschikbaar voor 2 categorieën:

- Voor hoge zorgvragen, die niet in een van de Meerzorgprofielen passen;
- Voor zorgprofielen waarvoor de afgelopen jaren maar heel beperkt Meerzorg is aangevraagd. Hierdoor zijn er onvoldoende (financiële) gegevens beschikbaar om onderscheidende Meerzorgprofielen te maken, dat geldt bijvoorbeeld voor de GGZW-zorgprofielen. Alle Maatwerkprofielen staan in paragraaf 4.5.12.

Kortdurende Meerzorg/ Preventieve Meerzorg

Naast aanvraag van een Meerzorgprofiel of een Maatwerkprofiel is het mogelijk om Kortdurende of Preventieve Meerzorg aan te vragen. Deze Meerzorg is bedoeld om in individuele cliëntsituaties (verdere) terugval van functioneren te voorkomen of te beperken. Of om tegemoet te komen aan een Meerzorgvraag bij een crisissituatie op de eigen woonplek. Dat kan via snelle onderbouwde inzet van expertise en/of uitbreiding van de zorg voor een kortdurende periode van 3-6 maanden. Door flexibele inzet van deze extra zorg kan langdurige inzet van Meerzorg worden voorkomen.

Voorwaarden voor inzet van Kortdurende/ Preventieve Meerzorg

- Er ligt een concreet vraag/ doelstelling;
- De verwachting is dat met de kortdurende Meerzorg doelen bereikt worden of een context op orde gebracht waardoor een vervolg op Meerzorg niet nodig is;
- Voor de beoordeling van een aanvraag worden dezelfde criteria gehanteerd als voor reguliere Meerzorgaanvragen. Ook wordt hetzelfde Vragenformulier en Rekentool gebruikt;
- Er is/wordt een collega zorgaanbieder of het CCE bij deze cliëntsituatie betrokken én;
- Er is sprake van kennis- en handelingsbekwaamheid¹⁴¹ van de interne betrokkenen.

4.5.4 Uitgangspunten Meerzorg

Algemeen

- Het CIZ kan bij de indicatiestelling doorgeven dat er mogelijk sprake is van Meerzorg. Dat doet het CIZ alleen bij een cliënt die (non)invasieve ademhalingsondersteuning nodig heeft of bij een cliënt met een indicatie voor zorgprofiel VG5 of VG8 met complexe somatische problematiek waarbij permanent toezicht noodzakelijk is. Dit advies van het CIZ is niet bindend¹⁴² maar is voor de zorgaanbieder en het zorgkantoor een handvat bij de beoordeling van een Meerzorgaanvraag;
- Een zorgaanbieder kan alleen Meerzorg aanvragen als de basiszorg op orde is. Daarmee wordt bedoeld dat de zorgaanbieder de zorg kan leveren zoals die beschreven is voor de zorgprofielen waarvoor hij gecontracteerd is (en die aan hem worden toegewezen);
- Een Meerzorgaanvraag wordt pas ingediend als er geen andere oplossing mogelijk is of geen andere intramurale toeslag kan worden ingezet. Zo kan bijvoorbeeld voor een cliënt in de laatste levensfase geen Meerzorgaanvraag worden gedaan. Palliatief terminale zorg is dus een contra-indicatie voor Meerzorg (zie paragraaf 4.4 PTZ);
- Bij iemand die bekend is met Korsakov-problematiek én met een zeer complexe en omvangrijke zorgbehoefte, wordt eerst met het zorgkantoor overlegd of er een andere, specifieke oplossing voorhanden is via een expertisecentrum;
- Als door een nieuwe indicatie het geïndiceerde zorgprofiel wijzigt, dan vervalt een al afgegeven beschikking voor Meerzorg in alle situaties. Het nieuw geïndiceerde zorgprofiel kan namelijk meer ruimte bieden om de benodigde zorg in te zetten of mogelijk gecombineerd worden met een andere voorliggende intramurale toeslag. De zorgaanbieder of cliënt kan in deze situaties wel een nieuwe Meerzorgaanvraag indienen.

¹⁴¹ 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.

¹⁴² Het CIZ weegt de mogelijkheden van de sociale omgeving niet mee in de besluitvorming.

Context

- Bij een Meerzorgaanvraag wordt naar de individuele cliënt gekeken én naar de wijze waarop zijn context georganiseerd is. (Is de context al goed georganiseerd of is daarin bijvoorbeeld nog verbetering mogelijk.);
- Met context wordt de gehele situatie rondom een kwetsbare cliënt bedoeld. Bijvoorbeeld situering van de woning, met wie en met hoeveel mensen woont een cliënt samen, welke hulpmiddelen zijn er beschikbaar, welke vorm van zinvolle dagbesteding heeft de cliënt, welke partijen zijn betrokken in het systeem rondom de cliënt (denk aan familie, begeleiders, CCE), voelt het personeel zich voldoende veilig en wat is de deskundigheid en/of continuïteit van de begeleiders. Elke partij kan namelijk invloed hebben op de rest, dat kan zich vertalen in de mate van vastlopen of bewegen bij het beantwoorden van de zorgvraag van een cliënt;
- Door aandacht voor de context van een cliënt is het mogelijk om hiervoor, naast de zorg, extra budget aan te vragen. Dat kan zowel bij een individuele Meerzorg aanvraag als een aanvraag voor Groepsmeerzorg. Deze context gebonden kosten moeten net zoals de directe kosten doelgericht worden ingezet en ook bijdragen aan het verbeteren van kwaliteit van leven en het welbevinden van een cliënt. Het gaat daarbij niet om welzijnsactiviteiten.

Proces

- In het (digitale) zorgplan wordt vastgelegd of de zorgaanbieder namens de cliënt een Meerzorgaanvraag mag indienen en eventueel een bezwaarprocedure mag starten (na overleg met de cliënt en/ of zijn vertegenwoordiger en/ of zijn zaakwaarnemer;
- Een Meerzorgaanvraag wordt pas ingediend als deze vóóraf is besproken met de cliënt en/ of zijn vertegenwoordiger en/ of zijn zaakwaarnemer. De uitkomst van dit overleg wordt expliciet vastgelegd in het (digitale) zorgplan van de cliënt. In dit zorgplan wordt beschreven waarom de zorgvraag niet past binnen het geïndiceerde zorgprofiel en welke aanvullende zorg via Meerzorg wordt aangevraagd voor de individuele cliënt. Dit wordt beschreven via realistische, haalbare (Meerzorg)doelen. In het zorgplan worden de ontwikkelingen bijgehouden/ gevolgd via evaluaties en bijstelling van de geformuleerde doelen;
- Een Meerzorgaanvraag wordt ook pas ingediend als personeel daadwerkelijk beschikbaar is gezien de arbeidsmarktproblematiek. Let op: meerkosten voor personeel dat niet in loondienst is (PNIL) worden niet vanuit de Meerzorg regeling vergoed;
- Bij Meerzorg is altijd sprake van het (deels) overnemen van zorg door professionals. Er is een MDT (multidisciplinair team) betrokken om kwaliteit van leven van een kwetsbare cliënt te verbeteren of te handhaven. Betere kwaliteit van leven kan bijvoorbeeld zichtbaar worden in minder vrijheidsbeperking, hogere cliënttevredenheid, afbouw van MIC-meldingen¹⁴³ en/ of afbouw van medicatie;
- De zorgaanbieder legt voor de verantwoording vast op welke wijze de extra financiële middelen zijn ingezet voor een individuele cliënt. Het zorgkantoor kan zo altijd bij een materiële controle nagaan of de gedeclareerde zorg heeft plaatsgevonden. En of die zorg de juiste zorg is gezien de Meerzorgaanvraag. Of de Meerzorg die is toegekend volgens afspraak is ingezet, is ook relevant voor evaluatie van de Meerzorg;

¹⁴³ MIC-melding: deze Meldingen Incidenten Cliënten worden gebruikt om kwaliteit van zorg te verbeteren.

- Voor het tijdig en juist declareren van de ingezette Meerszorg bij een cliënt is één prestatie beschikbaar (deze prestatie kan alleen binnen de toekenningsduur van de beschikking worden gedeclareerd, tegen het toegekende dag).

4.5.5 Individuele Meerszorg of Groepsmeerszorg

Voor cliënten die verblijfszorg krijgen óf VPT (in een geclusterde woonvorm) kan een nieuwe Meerszorgaanvraag worden ingediend, een her-aanvraag Meerszorg of een wijziging op een bestaande Meerszorg-beschikking. Dat kan via:

- Een individuele aanvraag of
- Een aanvraag voor Groepsmeerszorg
- Een aanvraag voor Preventieve Meerszorg

4.5.6 Processtappen Meerszorgaanvraag zorgaanbieder

- Een individuele Meerszorgaanvraag voor één cliënt kan het hele jaar worden ingediend. Of een aanvraag betaald kan worden is afhankelijk van het nog beschikbare budget;
- Een aanvraag voor Groepsmeerszorg¹⁴⁴ wordt in principe één keer per jaar ingediend (de Groepsmeerszorg die voor jaar t wordt afgesproken gaat in op 1 januari van dat jaar);
- Alleen de zorgaanbieder waar een cliënt verblijft of die het VPT levert, kan Meerszorg aanvragen. Dat gebeurt bij het zorgkantoor dat een contract heeft afgesloten met de organisatie waar deze zorgaanbieder bij hoort;
- Treedt een zorgaanbieder ook op als zaakwaarnemer (eerste aanspreekpunt) voor een cliënt in de Meerszorgprocedure?
Regel dit als zorgaanbieder dan vooraf goed met de cliënt of zijn vertegenwoordiger en leg dit ook vast in het (digitale) zorgplan. Dit voorkomt bij eventuele gerechtelijke procedures onduidelijkheden;
- De zorgaanbieder checkt voor het opstarten van de aanvraagprocedure voor Meerszorg of inzet van (interne of externe) consultatie een Meerszorgaanvraag overbodig maakt. Of de basiszorg op orde is en/ of de diagnose al helder is. Als hierop nog actie nodig is, dan wordt dat eerst gedaan;
- Voor een Meerszorgaanvraag gebruikt de zorgaanbieder altijd de actuele Meerszorg¹⁴⁵ aanvraagprocedure waarin de Vragenlijst en de Rekentool is opgenomen. Deze worden gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren;
- Voor een aanvraag Groepsmeerszorg is een aangepaste Vragenlijst en Rekentool beschikbaar. De Vragenlijst sluit aan bij de individuele aanvragen maar geeft meer focus op de samenhang in de groep en context. In deze Vragenlijst wordt wel extra gevraagd naar de individuele en de groepsinzet om dubbele financiering te voorkomen;
- In de Rekentool voor een aanvraag Groepsmeerszorg kunnen meerdere cliënten worden ingevuld. Vervolgens wordt per cliënt een individueel Meerszorgprofiel óf Maatwerkprofiel berekend. Er wordt bij een Groepsmeerszorg dus géén gemiddeld (gelijk) bedrag per cliënt berekend maar voor iedere cliënt een uniek (eigen) bedrag;

¹⁴⁴ Als in een lopend jaar door capaciteitsuitbreiding substantiële groei van Groepsmeerszorg ontstaat, kan in overleg met het zorgkantoor de jaarlijkse afspraak voor Groepsmeerszorg worden bijgesteld. Dit gebeurt alleen in uitzonderlijke situaties.

¹⁴⁵ De gewenste ingangsdatum van de Meerszorg bepaalt de 'actuele' Meerszorg aanvraagprocedure.

- Een aanvraag voor Groepsmeezorg kan bestaan uit alleen Meezorgprofielen, een combinatie van Meezorgprofielen en Maatwerkprofielen of alleen Maatwerkprofielen;
- Is bij een Meezorgaanvraag sprake van een 1:1 of 2:1 begeleiding? Dan wordt dit altijd onderbouwd bij de aanvraag. Er wordt toegelicht waarom deze begeleiding nodig is, wat deze begeleiding oplevert, welke interventies gedaan zijn/worden om deze inzet te voorkomen en hoe deze inzet wordt afgebouwd (visie en/of plan voor afbouw);
- Als alle informatie in de Vragenlijst en Rekentool is ingevuld én een cliënt in aanmerking komt voor Meezorg, wordt de aanvraag met een getekend voorblad naar het zorgkantoor gestuurd. Dit gebeurt via het Notitieverkeer of via een andere beveiligde manier van informatie-uitwisseling als de zorgaanbieder hiermee akkoord is;
- Het zorgkantoor neemt een aanvraag alleen in behandeling als deze is ingediend via een volledig ingevulde vragenlijst en rekentool. Bij een onvolledige aanvraag stuurt het zorgkantoor die terug met het verzoek om aanvullende informatie. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van de beschikking;
- De ingangsdatum van een beschikking kan in principe niet voor de datum liggen dat de volledige aanvraag bij het zorgkantoor is ingediend.
Start de Meezorg later dan de aanvraagdatum, dan wordt de ingangsdatum hierop aangepast. Een aanvraag met startdatum in het verleden is niet mogelijk;
- Het zorgkantoor kan bij een aanvraag vragen om extra informatie of om een locatiebezoek (bijvoorbeeld bij een hoge Meezorgaanvraag);
- Het zorgkantoor koppelt besluitvorming over een aanvraag via het Notitieverkeer of via een andere beveiligde informatie-uitwisseling terug aan de zorgaanbieder;
- Is verlenging van de Meezorg noodzakelijk (her-aanvraag)? Dan vraagt de zorgaanbieder deze altijd minimaal 12 weken voor het verlopen van de beschikking aan bij het zorgkantoor. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Een aanvraag die te laat is ingediend kan gevolgen hebben voor de continuïteit en financiering van de Meezorg;
- Bij een her-aanvraag wordt weer de Vragenlijst en Rekentool gevuld. Daarin wordt aanvullend beschreven wat de Meezorg al heeft opgeleverd voor de cliënt en zijn omgeving (context) en waarom het logisch is om inzet van Meezorg te vervolgen. Daarnaast levert hij een gedegen schriftelijke evaluatie aan van de al toegekende Meezorg.

Processtappen beoordeling Meezorgaanvraag zorgkantoor

- Het zorgkantoor beoordeelt een 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 expertise van een externe partij (bijvoorbeeld het CCE) inschakelen en vragen om inhoudelijk mee te denken over een aanvraag. De externe partij heeft vanuit de inhoud een adviserende rol aan het zorgkantoor. In deze situaties neemt het zorgkantoor, op basis van alle informatie, binnen 12 weken een besluit (de streeftermijn is 10 weken);
- Het zorgkantoor legt het besluit op een Meezorgaanvraag vast in een beschikking en stuurt die beschikking, via een beveiligde route, naar de aanvragende zorgaanbieder. In de beschikking staat of de aanvraag voor een cliënt akkoord is;

- Is er een positieve beschikking afgegeven dan ontvangt de zorgaanbieder daarnaast informatie over het toegekende Meerszorg bedrag en de toegekende periode. Afhankelijk van het zorgkantoor gebeurt dit via de positieve beschikking of via een apart format;
- Afhankelijk van de zorgvraag wordt een looptijd gehanteerd van maximaal 3 jaar. Tenzij er redenen zijn om hiervan af te wijken. Dit is onder andere afhankelijk van de doelen en het perspectief van de cliënt en eventueel de groep;
- Een positieve beschikking op een aanvraag van kortdurende of preventieve Meerszorg geeft het zorgkantoor maximaal voor een half jaar af;
- Wordt het aangevraagde bedrag aangepast? Dan ontvangt de zorgaanbieder van het zorgkantoor een rekentool retour voor de onderbouwing hiervan;
- De zorgaanbieder legt de beschikking vast in het persoonlijke zorgplan¹⁴⁶ van een cliënt. En zorgt dat die altijd inzichtelijk is voor de cliënt en het zorgkantoor (materiële controle). 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;
- Bij een negatieve beschikking geeft het zorgkantoor hiervan een inhoudelijke en juridische onderbouwing bij de beschikking. Dat kan bijvoorbeeld omdat in de aanvraag onvoldoende is aangetoond dat de zorgvraag, de reguliere zorg overstijgt of omdat de basiszorg niet op orde is.

4.5.7 Processtappen Groepsmeerszorgaanvraag zorgaanbieder

Een aanvraag voor Groepsmeerszorg kan worden ingediend als:

- Minimaal 2 cliënten van één groep en/of op één (intramurale) locatie in aanmerking komen voor Meerszorg¹⁴⁷. Een groep bestaat dus uit 2 of meer cliënten. En;
- 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;
- Groepsmeerszorg een efficiëntere oplossing biedt (minder budget nodig) dan de combinatie van meerdere individuele aanvragen binnen de groep;
- Het om een homogene groep gaat waarbij de begeleidingsbehoefte van cliënten sterk overeenkomt en er instrumenten/interventies kunnen worden ingezet die de context verstevigen en het team gemotiveerd houden. Denk hierbij aan deskundigheidsbevordering voor hele specifieke doelgroepen, extra training voor specifieke zorgvragen, coaching op hoe om te gaan met extreme agressie, extra intervisie voor medewerkers die te maken hebben met (zeer) complex gedrag of kosten voor inventaris en kleine verbouwingen;
- Wanneer bij een cliënt de zorgvraag en zorgkosten sterk afwijken van de rest van de groep, dan kan hiervoor individuele Meerszorg worden aangevraagd. Dit kan naast de Groepsmeerszorg voor de andere cliënten in de groep.

¹⁴⁶ In bijlage A staat meer informatie over het (digitale) zorgplan uitgeschreven, zie ook hoofdstuk 3 en 4.

¹⁴⁷ PGB gefinancierde locaties zijn een contra indicatie voor een aanvraag Groepsmeerszorg.

Kenmerkend voor Groepsmeezorg

- Vanuit de groep kan beter naar de context worden gekeken en wat voor de gehele groep nodig is;
- Inzet van Meezorg is zowel afgestemd op de individuele cliënt als op de groep;
- Iedere cliënt krijgt een eigen beschikking. Afhankelijk van het zorgkantoor staat in de beschikking van een cliënt het individueel toegekende Meezorg bedrag (Meezorgprofiel of Maatwerkprofiel) en de duur van de individuele beschikking. Anders wordt deze informatie via een apart format met de zorgaanbieder gedeeld;
- Bij overlijden of invoegen van een nieuwe cliënt heeft dit geen invloed op de individuele beschikkingen van de rest van de groep. Omdat het een op de individu afgestemde beschikking/ bedrag is, hoeft er geen herberekening plaats te vinden voor de rest van de groep).

Wanneer context gebonden kosten bij Groepsmeezorg aanvragen?

- Voorwaarde voor een aanvraag van context gebonden kosten is dat deze altijd in relatie staan met de extreme zorgzwaarte van een cliënt of groep cliënten;
- Het budget moet daarvoor doelgericht worden ingezet en het gaat in deze situaties in het algemeen om incidentele kosten. Denk aan specifieke deskundigheidsbevordering, specifieke training of een kleine verbouwing;
- Verder mag een aanvraag voor deskundigheidsbevordering niet gaan over reguliere deskundigheidsbevordering, intervisie of over een gangbare methodiek.

4.5.7.1 Wat zijn de processtappen als de samenstelling van een groep wijzigt?

Mogelijke wijzigingen zijn dat:

- Een nieuwe cliënt bij de groep komt wonen die ook een extreme zorgvraag heeft.
 - Voor deze cliënt dient de zorgaanbieder tijdens het lopende jaar altijd eerst een individuele aanvraag voor Meezorg in, waarbij de naam van de groep in de aanvraag wordt vermeld¹⁴⁸. Het zorgkantoor geeft voor deze cliënt een individuele beschikking af. Bij de eerstvolgende evaluatie (Meezorgdialoog) wordt de samenstelling van de groep opnieuw besproken.
- Een cliënt verhuist naar een andere groep of locatie.

In deze situatie:

 - Neemt de cliënt bij verhuizing zijn Meezorgprofiel of Maatwerkbudget mee naar de andere groep of locatie voor de maximale duur van 6 maanden. (Zie paragraaf 4.5.11 Verhuizing);
 - Vervalt voor de bestaande groep het Meezorgprofiel van de vertrekkende cliënt inclusief het context gebonden gedeelte dat bij deze groep hoort. De zorgaanbieder kan voor deze cliënt namelijk geen declaraties meer indienen;

¹⁴⁸ Een nieuwe cliënt kan niet zonder meer instromen in een bestaande groep, tenzij dit vooraf met het zorgkantoor is afgestemd en daarvoor toestemming is.

- Wijzigen de individuele Meerzorgprofielen van de overblijvende cliënten in de groep niet. In bijzondere situaties gaat de zorgaanbieder met het zorgkantoor in gesprek, om tot een passende oplossing te komen (voor bijvoorbeeld het wegvallen van een gedeelte van de context-gebonden middelen).
- Een cliënt overlijdt. De overlijdensdatum wordt bij Meerzorg nog apart doorgegeven aan zorgkantoor. Wordt er na het overlijden van een cliënt, weer een nieuwe cliënt opgenomen met Meerzorg, dan worden de processtappen gevolgd onder 'Er komt een nieuwe cliënt wonen'.

4.5.8 Meerzorgplan

Vraagt een aanbieder Meerzorg aan voor meerdere individuele cliënten of groepen? Dan levert deze aanbieder 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:
 - 10 of meer individuele cliënten Meerzorg hebben.
 - Het zorgkantoor hier om vraagt bij minder dan 10 individuele cliënten met Meerzorg.
 - De aanbieder hiervoor zelf het initiatief neemt bij minder dan 10 individuele cliënten met Meerzorg.
 - Een of meerdere nieuwe Groepsmeerzorg worden opgestart.
- Wordt er nog geen Meerzorg geleverd? Dan wordt een Meerzorgplan aangeleverd als er:
 - Een of meerdere nieuwe individuele cliënten een beroep doen op Meerzorg en/of
 - Een of meerdere nieuwe groepen Groepsmeerzorg worden opgestart.

Doel Meerzorgplan

Het Meerzorgplan is een handvat voor gesprekken (Meerzorgdialoog) over verbetering van kwaliteit van leven voor de groep cliënten met Meerzorg. De zorgaanbieder vult hiervoor het Format Meerzorgplan in. Het Meerzorgplan heeft betrekking op de totale populatie Meerzorg cliënten van een zorgaanbieder.

In het Meerzorgplan¹⁴⁹ staat beschreven:

- Hoe de Meerzorgpopulatie afgelopen jaar was samengesteld: het aantal bestaande Meerzorg cliënten (inclusief her-aanvragen) en het aantal nieuwe Meerzorg cliënten;
- Hoeveel cliënten van de totale populatie een Meerzorgprofiel of Maatwerkprofiel hebben of komend jaar krijgen;
- Wat de visie van de zorgaanbieder is op Meerzorg en de relatie met de context;
- Hoe de zorgaanbieder het afgelopen jaar met Meerzorg is bezig geweest en aan welke ontwikkelingen is gewerkt;
- Welke successen er afgelopen jaar behaald zijn en welke zorgen liggen er nog voor de Meerzorgpopulatie (bijvoorbeeld beschikbaarheid van geschikt personeel);
- Op welke ontwikkelingen het komen jaar wordt ingezet en welke resultaten (kwaliteit, betaalbaarheid) de zorgaanbieder het komend jaar wil bereiken;

¹⁴⁹ Zorgkantoren publiceren een format voor invullen van het Meerzorgplan op de website.

- Hoe de afstemming (inschakelen van) met andere zorgaanbieders loopt rondom deze doelgroep en hoe de samenwerking met externe deskundigen zoals het CCE verloopt;
- Op welke wijze de zorgaanbieder de opgedane expertise in de diverse groepen verbreedt. Hoe er intern geleerd wordt van Meezorgtrajecten op andere plaatsen in de eigen organisatie en/ of bij andere zorgaanbieders (buiten de eigen organisatie). Hoe de opgedane expertise (voorbeelden) daarbij gedeeld wordt om van elkaar te leren en te blijven ontwikkelen.

Meezorgplan en Meezorgdialoog

Een Meezorgdialoog vindt plaats tussen het zorgkantoor, de zorgaanbieder die Meezorg levert en het CCE. Een Meezorgdialoog (evaluatie) vindt 1x per jaar plaats. Handvat voor het gesprek is het vooraf ingediende Meezorgplan (terugblik op voorgaande jaar en vooruitblik op lopend jaar). Het zorgkantoor neemt daarbij het initiatief voor de Meezorgdialoog¹⁵⁰. De Meezorgdialoog is onderdeel van de PDCA-cyclus¹⁵¹ rondom Meezorg.

Doel Meezorgdialoog

Het doel van de Meezorgdialoog is dat er jaarlijks wordt stil gestaan bij de ontwikkeling van Meezorg voor individuele cliënten en voor groepen (de zorgaanbieder legt daarover verantwoording af). In het gesprek wordt vastgesteld aan welke doelen gewerkt is en wordt in dat jaar, 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)Meezorg. 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 Meezorg.

Het zorgkantoor kan beslissen om de evaluatie schriftelijk uit te voeren. Het zorgkantoor kan ook beslissen om een extra Meezorgdialoog te starten op basis van eigen bevindingen.

In de Meezorgdialoog worden verder afspraken gemaakt over:

- Het aantal cliënten dat Meezorg krijgt, verdeeld naar het aantal Meezorgprofielen en/ of het aantal maatwerkprofielen per geïndiceerd zorgprofiel. Daarnaast het budget per cliënt (optelsom van directe en indirecte kosten).
- Het Meezorgbudget voor komend jaar, dit gebeurt op basis van de evaluatie over de gehele populatie. Het zorgkantoor bepaalt uiteindelijk altijd de looptijd en het totale budget;
- Het aantal nieuw op te nemen cliënten in het lopende jaar (prognose), met een doorkijk naar jaar t+1. Ofwel via Groepsmeezorg als daarvoor nog ruimte is ofwel via een individuele aanvraag;
- Inzet van het CCE bij ontwikkeltrajecten. Voor welke groepen, individuele cliënten en op welke thema's is dit nodig, als je kijkt naar kwaliteitsverbetering in samenhang met Meezorg;
- Een eventuele hernieuwde meting (na de nulmeting bij aanvang).

¹⁵⁰ Als het om een beperkt aantal cliënten gaat voor een zorgaanbieder of om een beperkt budget, kan het zorgkantoor er voor kiezen het Meezorgplan schriftelijk te beoordelen en af te handelen.

¹⁵¹ PDCA staat voor Plan Do Check en Act

4.5.9 Het Ontwikkeltraject

Voor iedere cliënt met Meezorg wordt via een vaste cyclus van overleg een kwaliteitsslag gemaakt bij de uitvoering van de regeling Meezorg. Hiervoor wordt het CCE inhoudelijke betrokken bij een cliëntsituatie¹⁵² in de vorm van een ontwikkeltraject. (Dat geldt ook voor situaties waar de Meezorg korter dan 3 jaar is toegekend en/of is verlengd.) Afstemming over de inhoud en het aantal ontwikkeltrajecten vindt plaats in de Meezorgdialoog en/ of tussen de betrokken zorgaanbieder en het CCE.

Een ontwikkeltraject bestaat uit 2 aparte bijeenkomsten. Deze worden bij voorkeur binnen een kalenderjaar georganiseerd. De zorgaanbieder neemt daarin het initiatief en bewaakt dat deze bijeenkomsten plaatsvinden. Voor de gesprekken worden de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger, het CCE en eventueel het zorgkantoor uitgenodigd. Een van de partijen kan daarbij (een) andere zorgaanbieder(s) vragen om deel te nemen aan een ontwikkeltraject gezien de aanwezige expertise bij deze aanbieder(s).

Doel ontwikkeltraject

Belangrijkste doel van het ontwikkeltraject is het evalueren van de resultaten, het verkrijgen van inzicht en het doorvoeren van verbeteracties op het gebied van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van het bestaan voor een cliënt. Daarvoor worden inhoudelijke thema's rondom de client en zijn context besproken. Dat gebeurt op basis van de huidige stand van zaken. Er wordt bepaald voor welke knelpunten in de zorg actie uitgezet moet worden, eventueel wordt de inzet/ aanvraag van Meezorg bijgesteld. Alle betrokkenen krijgen zo zicht op de gewenste verbetering in kwaliteit van leven en de context van de cliënt(en).

Daarnaast worden ook concreet afspraken gemaakt over hoe de aanbieder aan dit perspectief gaat werken en wanneer de voortgang weer geëvalueerd wordt. De leereffecten van deze ontwikkeltrajecten zijn bij voorkeur intern schaalbaar.

Kosten ontwikkeltraject

De kosten voor een ontwikkeltraject worden betaald door de aanbieder. De actuele kosten voor een ontwikkeltraject zijn terug te vinden op de website van het CCE.

4.5.10 Bezwaarprocedure

- Het zorgkantoor voorziet het besluit (beschikking) van een datum van dagtekening;
- Vanaf dagtekening van de beschikking Meezorg heeft de cliënt, of de zorgaanbieder namens de cliënt, 6 weken de tijd om bezwaar aan te tekenen tegen de beschikking;
- Het zorgkantoor heeft maximaal 21 weken voor het afhandelen van de bezwaarprocedure op voorwaarde dat het bezwaar voorzien is van een uitgebreide onderbouwing;
- Het zorgkantoor kan bij een zorginhoudelijk verschil van inzicht een externe deskundige inschakelen (bijvoorbeeld het CCE) en om inhoudelijk advies vragen. Eventueel kan een ander zorgkantoor gevraagd worden om mee te kijken;
- 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);

¹⁵² Is er geen sprake van gedragsproblematiek dan wordt het CCE niet ingeschakeld, maar kan de zorgaanbieder een andere externe deskundige/ organisatie inschakelen.

- 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.

4.5.11 Verhuizing

- Het zorgkantoor dat een zorgaanbieder heeft gecontracteerd voor het leveren van Meezorg, beoordeelt de (individuele) Meezorgaanvraag voor een cliënt die hij van deze zorgaanbieder ontvangt;
- Verhuist een cliënt tijdens de toekenningsduur van de beschikking naar een andere zorgaanbieder, binnen dezelfde zorgkantoorregio of naar een andere zorgkantoorregio? Dan beoordeelt de nieuwe zorgaanbieder het (digitale) zorgplan dat hoort bij de actuele Meezorg beschikking;
- Neemt de nieuwe zorgaanbieder het individuele (digitale) zorgplan niet integraal over? Dan vervalt het besluit en kan deze zorgaanbieder een nieuwe aanvraag Meezorg indienen bij zijn regionale zorgkantoor;
- Neemt de nieuwe zorgaanbieder het individuele (digitale) zorgplan wel integraal over? Dan blijft de geldige beschikking nog maximaal 6 maanden van kracht. Tenzij die beschikking eerder is afgelopen, dan geldt de einddatum van deze beschikking;
- Een periode van 6 maanden is voldoende voor de nieuwe zorgaanbieder om de zorgvraag (opnieuw) te beoordelen. Een cliënt verhuist veelal met een reden naar een andere zorgaanbieder. De zorgvraag en daarmee de inzet van de toeslag Meezorg kan er hierdoor heel anders uit komen te zien;
- Alle betrokken partijen bevestigen de verhuizing van een cliënt via het Verhuisformulier. Met het ingevulde en ondertekende Verhuisformulier wordt de overheveling van financiële middelen tussen zorgaanbieders en/ of zorgkantoren vastgelegd. Het verhuisformulier is onderdeel van de Rekentool. In sommige gevallen kan het zorgkantoor vragen om een nieuw sjabloon Meezorg toe te voegen;
- Het nieuwe regionale zorgkantoor stuurt daarom ook een nieuwe (kortdurende) beschikking naar de zorgaanbieder die de cliënt overneemt

4.5.12 Overzicht Meerzorgprofielen en Maatwerkprofielen

In onderstaand overzicht staat welk Meerzorgprofiel(en) en/of maatwerkprofiel mogelijk is per geïndiceerd zorgprofiel dat in aanmerking komt voor Meerzorg. De bandbreedte van uren die hoort bij een combinatie zorgprofiel/ Meerzorgprofiel en het bijbehorende tarief staan, net zoals de Maatwerkstarieven, in de Rekentool. Het is geen statisch overzicht. Door de opgedane ervaring met de gewijzigde methodiek kan dit veranderen.

Profiel	Meerzorg- profiel 1	Meerzorg- profiel 2	Meerzorg- profiel 3	Meerzorg- profiel 4	Meerzorg- profiel 5	Meerzorg- profiel 6	Maat- werk
VG5	○	○	○	○	○	–	
VG7	○	○	○	○	○	○	–
VG8	○	○	○	○	○	–	
VV7	○	○	○	○	○	–	
VV8	○	○	○	○	○	–	
LVG4	–	–	–	–	–	–	
LVG5	–	–	–	–	–	–	
SGLVG1	–	○	○	○	○	–	
LG5	–	–	–	–	–	–	
LG6	–	○	○	○	○	–	
LG7	○	○	○	○	○	–	
ZG3AUD	○	○	○	○	○	–	
ZG5VIS	–	–	–	–	–	–	
GGZ6B	–	–	–	–	–	–	
GGZ7B	–	–	–	–	–	–	
GGZW4	–	–	–	–	–	–	
GGZW5	–	–	–	–	–	–	

○	Meerzorgprofiel
–	Maatwerk

Tabel 14 Overzicht Meerzorgprofielen en Maatwerkprofielen

5. Crisiszorg

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt crisiszorg uitgewerkt voor iemand die (verwacht) recht heeft op Wlz-zorg. Voordat we hier verder op ingaan, beschrijven we eerst de directe redenen voor het ontstaan van een crisissituatie en de eventuele gevolgen daarvan (paragraaf 5.1). Daarna gaan we in op een acute crisissituatie die leidt tot een gedwongen opname via een Inbewaringstelling (IBS) of een crisismaatregel GGZ. Iemand kan natuurlijk ook crisiszorg krijgen zonder drang of dwang tot opname (vrijwillige crisisopname). Paragraaf 5.2 behandelt de situatie dat iemand crisiszorg nodig heeft maar nog niet beschikt over een Wlz-indicatie. Aansluitend wordt in paragraaf 5.3 besproken welke rol partijen hebben die betrokken zijn bij het regelen van crisiszorg voor een cliënt. Dit kan per sector anders ingevuld worden. Als dat het geval is, wordt dit verder uitgeschreven onder de crisiszorg voor desbetreffende sector (paragraaf 5.4 tot en met 5.6).

5.1 Crisissituatie

5.1.1 Ontstaan crisissituatie

Een crisissituatie kan ontstaan door:

- Een ernstige, plotselinge (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, ontregeling of uitval is onverwacht en expliciet te benoemen. Bij een acute, onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de cliënt is direct na de medische diagnostiek en behandeling al duidelijk dat de cliënt blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz;
- Overvraging, overbelasting of het (deels) wegvallen van het sociale netwerk in de thuissituatie;
- Escalatie van problematiek, bijvoorbeeld de ontwikkeling van ernstige gedragsproblemen. De oorzaak van een (dreigende) crisis bij, niet-begrepen gedrag van een cliënt, is vaak gelegen in de context waarin de cliënt verblijft (het systeem om een cliënt heen);
- Overbelasting van het professionele team, in de thuissituatie of bij de intramurale zorgaanbieder (woonsituatie van de cliënt).

Gevolg acute gebeurtenis

Door deze acute gebeurtenis is er sprake van:

- Een substantieel andere inhoud (zorg en/of plaats) en omvang van de benodigde zorg;
- Een eventueel verzwaarde zorgbehoefte die naar verwachting blijvend is;
- En een onaanvaardbaar gezondheidsrisico of ander gevaar voor de cliënt en/of zijn gezin en/of zijn woonomgeving (gevaarscriterium of risico op ernstig nadeel).

Deze (medische) risico's moeten worden voorkomen. Het gevaarscriterium (risico op ernstig nadeel) kan alleen opgelost worden met 24-uurs toezicht, maar dat is geen reguliere oplossing voor Wlz-zorg in de thuissituatie.

Gevaarscriterium

In de situatie van een gevaarscriterium (risico op ernstig nadeel) is er sprake van:

- Voortdurend, acute bedreiging van het leven waarbij iemand niet de volledige regie heeft over zijn eigen leven. Iemand kan niet zelfstandig buiten een instelling wonen en heeft zorg nodig die alleen in een professionele zorginstelling mogelijk is. Zonder die zorg is er sprake van ernstig gevaar voor zichzelf, ernstige zelfverwaarlozing, ernstig verstoorde ontwikkeling, een risico voor mensen in zijn omgeving (door agressief gedrag) of een risico voor de algemene veiligheid (spullen in zijn omgeving kapot maken). Het gedrag kan zó gevaarlijk zijn dat er wel moet worden ingegrepen. Ook als niemand dat eigenlijk wil. Bijvoorbeeld: brandgevaar als iemand het gas laat aanstaan of dat iemand rookt terwijl dat niet veilig kan, niet voldoende eten of drinken, problemen met juiste medicatie inname, dwaalgedrag, wegliep gedrag, etc.
- Voortdurend, acute bedreiging van het leven waarbij iemand wel de volledige regie heeft over zijn eigen leven en kan en wil deelnemen aan de samenleving. In deze situaties gaat het om iemand met zeer ernstige/ zware lichamelijke beperkingen (bijvoorbeeld ernstige ademhalingsproblematiek) die is aangewezen op zorg met zeer korte responstijd. 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. Als iemand niet in staat is om zelf te alarmeren dan wordt dit geborgd door medisch technologie.

Inzet crisiszorg

Een crisis kan zowel thuis als in een instelling ontstaan, bijvoorbeeld door ouderdoms- of gedragsproblematiek. In een crisissituatie kan crisisopname (verblijfszorg) in de Wlz een oplossing zijn maar dat is niet altijd noodzakelijk. Een crisissituatie kan thuis ook opgelost worden door bijvoorbeeld gedwongen behandeling of vrijwillige zorg via tijdelijke inzet van een expertteam zoals een FACT-team of een COT¹⁵³.

Doel inzet crisiszorg

Inzet van crisiszorg heeft een of meerdere doelen:

- **Rust** rond de cliënt en zijn leefsituatie te bewerkstelligen, met en zonder dagactiviteiten of onderwijsprogramma;
- **Observatie** en herschrijven van het zorgplan van de cliënt voor de zorg en begeleiding na terugkeer naar de eigen woonsituatie.
- **Behandeling** in een voor de crisissituatie passende omgeving. Behandeling op een crisisplaats richt zich alleen op het herstel van het evenwicht bij de cliënt en het krijgen van inzicht om herhaling van de crisis te voorkomen.
Het inregelen van medicatie kan daar onderdeel van zijn. Het doel van de behandeling is dat de cliënt terug kan naar de woonsituatie waar hij vandaan komt.

¹⁵³ FACT: Flexible, Assertive Community Treatment. COT: Crisis- en Ondersteuningsteam

5.1.2 Crisisopname en IBS

Vormt iemand een acuut, dreigend gevaar voor zichzelf en/of zijn omgeving (bijvoorbeeld een verwarde persoon in de wijk), is opname de aangewezen oplossing én is er sprake van weigering of verzet van de cliënt tegen opname? Dan kan de burgemeester¹⁵⁴ voor iemand een IBS/ Wzd¹⁵⁵ of Crisismaatregel/ Wvvgz afgeven voor een onvrijwillige, gedwongen opname. Een cliënt waarvoor een IBS of crisismaatregel GGZ voor verblijfszorg is afgegeven moet binnen 24 uur na afgifte zijn opgenomen.

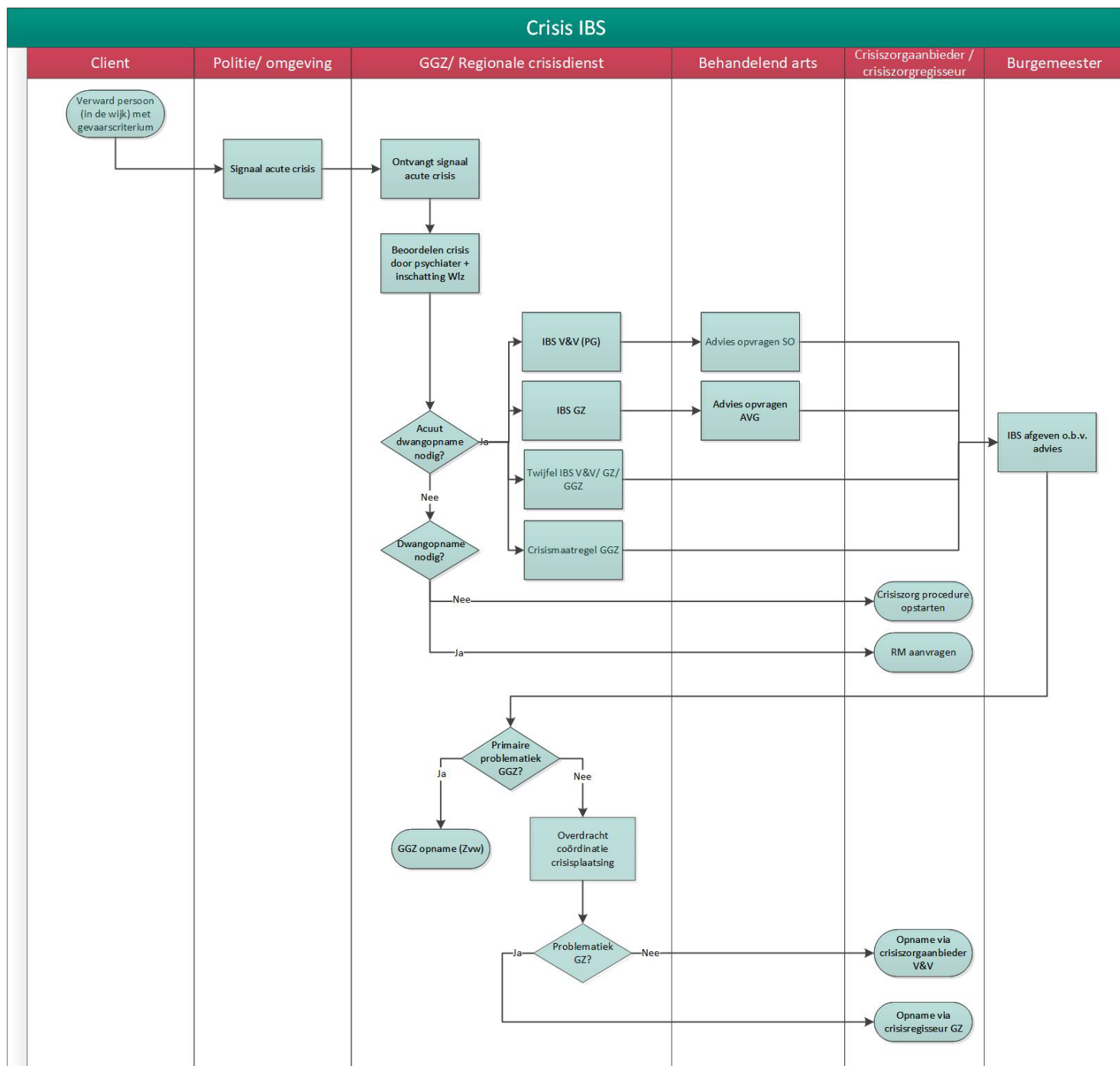
In deze situaties wordt na een crisismelding bij de dienstdoende GGZ-crisisdienst¹⁵⁶ eerst een triage uitgevoerd. Triage is een medische selectie of screeningsmethode. In de triage wordt beoordeeld welke problematiek op de voorgrond staat (GGZ, GZ of VV/ PG) én of afgifte van een IBS/ Crisismaatregel GGZ noodzakelijk is. Op grond van de uitkomst van de triage kan een psychiater van de dienstdoende crisisdienst de burgemeester adviseren om voor iemand een IBS of Crisismaatregel GGZ af te geven.

Voor plaatsing van iemand met een Crisismaatregel GGZ is de regionale GGZ-crisisdienst verantwoordelijk. Plaatsing van iemand met een IBS (VG of VV/ PG problematiek) wordt vooralsnog ook door de regionale GGZ-crisisdienst opgepakt, tenzij dit regionaal anders is bepaald.

¹⁵⁴ Een IBS wordt afgegeven door de burgemeester van de gemeente waar iemand op dat moment verblijft.

¹⁵⁵ IBS: Beschikking tot Inbewaringstelling.

¹⁵⁶ Dit kan een psychiater van de GGZ-crisisdienst zijn maar ook een psychiater die wordt ingeschakeld via een centraal meldpunt dat door een gemeente hiervoor is ingericht. Afhankelijk van de regio kan dit anders zijn ingevuld.



Figuur 17 Crisiszorg en IBS

5.2 Crisissituatie en nog geen indicatiebesluit

Heeft iemand nog geen Wlz-indicatie en woont die persoon bijvoorbeeld nog zelfstandig thuis, eventueel met zorg of ondersteuning vanuit een ander domein? Wijzigt een cliëntsituatie acuut naar een crisissituatie én is de verwachting dat de cliënt in aanmerking komt voor Wlz-zorg? Dan kan deze cliënt direct bij een zorgaanbieder worden opgenomen die gecontracteerd is voor Wlz-crisis zorg. Een Wlz-indicatie kan in deze cliëntsituaties met terugwerkende kracht worden aangevraagd bij het CIZ.

Indicatiestelling CIZ

- Door bijzondere omstandigheden (acute verandering in een cliëntsituatie) kan het CIZ een indicatiebesluit met terugwerkende kracht afgeven;
- De ingangsdatum¹⁵⁷ van de indicatie is dan de datum dat de aanvraag bij het CIZ is binnengekomen óf maximaal 5 dagen daarvoor als de zorg eerder is gestart dan de aanvraagdatum;
- Het CIZ stelt wel als voorwaarde dat de aanvraag voldoende is onderbouwd met diagnostiek en aanvullende (medische) informatie¹⁵⁸. Anders kan geen Wlz-recht worden bepaald;
- De aanmelder of (crisis)zorgaanbieder vraagt de indicatie zo snel mogelijk aan na het opstarten van de crisiszorg. Dit gebeurt via de spoedprocedure van het CIZ en wordt uiterlijk 5 werkdagen na de crisisopname gedaan, maar bij voorkeur op de eerstvolgende werkdag. In de aanvraag wordt expliciet vermeld dat het gaat om deze bijzondere omstandigheid;
- Wordt op de datum van de aanvraag al zorg verleend? Dan neemt het CIZ binnen 2 weken een besluit op de aanvraag. Geeft het CIZ geen indicatie voor de Wlz af, dan vallen de kosten voor (bemiddeling) van de crisisopname onder verantwoordelijkheid van de gemeente of zorgverzekeraar. Dit proces wordt verder niet in het voorschrift beschreven;
- Zolang er geen indicatiebesluit door het CIZ is afgegeven kan er geen zorgtoewijzing worden aangemaakt. De zorgaanbieder kan zonder zorgtoewijzing geen leveringsstatus of wachtstatus met classificatie doorgeven via het iWlz-berichtenverkeer. De crisiszorg kan zonder zorgtoewijzing ook niet gedeclareerd worden.

5.3 Rollen

Deze paragraaf gaat in op de rollen van diverse partijen die betrokken zijn bij het organiseren en regelen van crisiszorg¹⁵⁹ voor een cliënt. Als de crisiszorg in een bepaalde sector anders wordt uitgevoerd, dan is dit aanvullend beschreven.

¹⁵⁷ De ingangsdatum van het indicatiebesluit is normaal gesproken de datum waarop het CIZ een beslissing neemt (CIZ-beleidsregels indicatiestelling Wlz).

¹⁵⁸ Zie <https://www.ciz.nl/zorgprofessional/meer-informatie/overzicht-benodigde-aanvullende-informatie-bij-een-aanvraag>

¹⁵⁹ Het protocol Crisiszorg is vanaf 2017 geïntegreerd in het Voorschrift.

5.3.1 Het zorgkantoor

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor:

- Het formuleren van eenduidig beleid voor crisiszorg en het informeren van betrokken ketenpartners over dit beleid;
- Het inkopen van genoeg regionale crisisplaatsen (V&V/GZ) 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 organiseren van een landelijk, dekkend netwerk van onafhankelijke crisisregisseurs GZ én het inkopen van voldoende capaciteit Crisisondersteuningsteams (COT) in de regio's;
- Afstemming met zorgverzekeraars over het inkopen van voldoende acute psychiatrische zorg (GGZ) voor de Wlz. Zorgkantoren kopen zelf geen GGZ-crisisplaatsen in, dit loopt via de zorgverzekeraars;
- Het inkopen van voldoende vervolgzorg zodat een cliënt zo snel mogelijk doorstroomt naar reguliere zorg die past bij zijn/haar situatie. Dit voorkomt dat crisisplaatsen onnodig lang bezet zijn en niet beschikbaar komen voor nieuwe crisissituaties;
- Hulp en ondersteuning bij het regelen van crisiszorg of vervolgzorg tijdens kantooruren;
- Het publiceren van een overzicht op de website met contactgegevens en bereikbaarheid van regionale crisiszorgaanbieders, een regionaal coördinatiepunt (V&V) of regionale crisisregisseurs (specifiek GZ of GGZ). Deze publicatie wordt door zorgkantoren minimaal gecommuniceerd aan zorgaanbieders, politie, (GGZ-)crisisdiensten en SEH in de regio;
- Een rechtvaardige crisisopname. Cliënten (uit de regio) worden in volgorde van aanmelding en/of urgentie opgenomen. Er wordt daarbij bijvoorbeeld geen onderscheid gemaakt naar zorgverzekeraar (bij welke zorgverzekeraar een cliënt verzekerd is);
- Het betalen van terecht geleverde crisiszorg op voorwaarde dat er een geldige Wlz-indicatie aanwezig is. Bij een negatief indicatiebesluit worden de kosten niet door het zorgkantoor vergoed en kan een beroep worden gedaan op de gemeente en/of zorgverzekeraar.

5.3.2 Crisiszorgaanbieder

Een crisiszorgaanbieder:

- Levert, samen met andere regionale crisiszorgaanbieders, een uiterste inspanning om 24/7 bereikbaar te zijn voor aanmelding en/of beoordeling van een crisissituatie. Daarnaast wordt een uiterste inspanning geleverd om 24/7 over een crisisplaats te beschikken, zodat crisisplaatsing (inclusief IBS)¹⁶⁰ binnen de streefnorm kan plaatsvinden;
- Borgt dat er voldoende deskundig personeel beschikbaar is voor adequate crisiszorg;
- Neemt, na een crisismelding, het contact met een cliënt (of naaste) van bijvoorbeeld de behandelend (huis)arts over zodat die partij zoveel mogelijk wordt ontlast;
- Zorgt ervoor dat bij een crisissituatie de belasting van de cliënt en zijn omgeving wordt geminimaliseerd;
- Is gemandateerd voor het inhoudelijk beoordelen en plaatsen van een crisissituatie als er sprake is van een vrijwillige opname/ geen verzet tegen opname van de cliënt. Is voor crisisaanmeldingen een centraal coördinatiepunt ingericht, dan voert de crisiscoördinator of crisisregisseur (GZ of GGZ) deze inhoudelijke beoordeling (zoveel mogelijk) uit;

¹⁶⁰ Streefnorm IBS/GGZ crisismaatregel met Verblijf 0-24 uur. Streefnormen overige crisisplaatsingen: V&V 0-24 uur, GZ 0-48 uur, GGZ 0-72 uur. Zie ook paragraaf 2.5.5 Urgent plaatsen/Geen crisisbed beschikbaar.

- Vraagt aanvullende informatie op bij de bij de aanmelder/betrokken zorgprofessional als de crisiszorgaanbieder zelf de beoordeling uitvoert (hiervoor wordt eventueel een crisisformulier opgestuurd);
- Mag een cliënt (met Wlz-indicatie), die onvrijwillig moet worden opgenomen, **niet** weigeren als de vereiste Art. 21-verklaring voor de crisisopname nog niet aanwezig is. De crisiszorgaanbieder toetst altijd of de aanmelder hiervoor een aanvraag heeft ingediend bij het CIZ. Is dat nog niet gebeurd, dan wordt dit eerst gedaan door de aanmelder of crisiszorgaanbieder. LET op: de Wzd beschrijft dat zonder aanvraag of geldige Art. 21 verklaring een cliënt niet onvrijwillig mag worden opgenomen;
- Vraagt de aanmelder (altijd een zorgprofessional) of de cliënt al beschikt over een Wlz-indicatie. Bij een thuiswonende cliënt, weet de cliënt zelf en/of vertegenwoordiger en/of betrokken zorgaanbieder dit meestal wel. Is deze informatie niet bekend dan vraagt de crisiszorgaanbieder dit zelf na bij het zorgkantoor op de eerstvolgende werkdag;
- Beschikt een cliënt nog niet over een Wlz-indicatie? Dan wordt de aanmelder gevraagd om een Wlz-indicatie (en zo nodig een Wzd artikel 21 verklaring) aan te vragen. Als een persoon ondertussen al is opgenomen in een instelling, vraagt de crisiszorgaanbieder deze zelf aan. Dit gebeurt op de eerstvolgende werkdag via de spoedprocedure CIZ. De aanmelder levert hiervoor de beschikbare informatie zo spoedig mogelijk aan, zodat de crisiszorgaanbieder in staat is om een complete aanvraag in te dienen bij het CIZ;
- Overlegt met de dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT) als er een nieuwe indicatie (en Wzd artikel 21 verklaring) nodig is, omdat de huidige indicatie niet volstaat. De DH of CZT vraagt zo nodig een nieuwe indicatie aan als de cliënt of zijn naasten dit zelf niet kunnen. Dat geldt ook voor een artikel 21 verklaring. Dit gebeurt op de eerstvolgende werkdag via de spoedprocedure CIZ;
- Overlegt met de dossierhouder en het zorgkantoor over eventueel extra budget als een cliënt al gebruik maakte van de Meezorgregeling én het tarief voor crisiszorg niet voldoende is om verantwoorde zorg te leveren;
- Streeft ernaar om een crisisplaatsing zoveel mogelijk in de (sub)regio te laten plaatsvinden. Is plaatsing binnen de (sub)regio niet mogelijk dan wordt met het zorgkantoor overlegd over eventuele plaatsing buiten de (sub)regio;
- Neemt zo snel mogelijk contact op met het zorgkantoor als er op korte termijn geen crisisplaats beschikbaar is. Tenzij dit bij een crisisregisseur of regionaal coördinatiepunt is belegd. Beschikt de crisiszorgaanbieder in deze situatie al over een zorgtoewijzing voor verblijfszorg, dan wordt dit signaal via een mutatiebericht doorgegeven aan het zorgkantoor (MUT-code 18 met **de wachtstatus Urgent plaatsen en classificatie Geen crisisbed beschikbaar**);
- Legt bij crisisplaatsing de (maximale) duur van de crisisopname in de overeenkomst met de cliënt vast en bespreekt dit met de cliënt of zijn vertegenwoordiger. De crisiszorgaanbieder bewaakt dat iemand zo snel mogelijk wordt opgenomen op een reguliere vervolgplaats als terugkeer naar huis niet mogelijk is;
- Stelt de dossierhouder (of coördinator zorg thuis) op de hoogte van de crisisopname omdat deze aanbieder verantwoordelijk is voor het regelen van vervolgzorg. Deze taak ligt niet bij de crisiszorgaanbieder, tenzij de cliënt op de wachtlijst staat van deze locatie;

- Als bij de crisiszorgaanbieder geen informatie over een dossierhouder (of coördinator zorg thuis) bekend is, kan contact worden opgenomen met het zorgkantoor om deze te achterhalen óf voor hulp bij de zorgbemiddeling. Het realiseren van passende (vervolg)zorg is dan een gezamenlijke verantwoordelijkheid;
- Vraagt toestemming aan het zorgkantoor om de crisisopname te verlengen als er binnen de afgesproken termijn nog geen passende oplossing is (deze termijn varieert per sector). Tenzij dit bij een crisisregisseur of regionaal coördinatiepunt is belegd;
- Geeft zorg-, behandel- en/of begeleidingsadvies mee, bij doorplaatsing naar reguliere zorg;
- Houdt een registratie¹⁶¹ bij van iedere crisismelding zodat gevolgd kan worden of iemand binnen de streefnorm een (crisis)plaats heeft en waar deze (crisis)plaatsing heeft plaatsgevonden (bij welke zorgaanbieder, binnen of buiten de regio). Tenzij dit belegd is bij bijvoorbeeld een crisisregisseur of regionaal coördinatiepunt voor crisiszorg;
- Meldt een vrije crisisplaats aan bij de regionale crisisdienst, de regionale crisisregisseur of een ander centraal coördinatiepunt (volgens regionale afspraken);
- Declareert de kosten van crisisopname van een cliënt bij het zorgkantoor als er een Wlz-indicatie is afgegeven. Of declareert de geleverde crisiszorg bij de gemeente en/of zorgverzekeraar als het CIZ geen Wlz-indicatie afgeeft;
- Meldt leegstand crisisbedden aan het zorgkantoor in het kader van de verantwoording rondom de productieafspraken en betaling van deze leegstand (zorginkoop).

5.3.3 Dossierhouder

De dossierhouder (DH):

- Heeft zorgplicht voor een cliënt zoals het zorgkantoor die in de overeenkomst met de aanbieder overeen is gekomen;
- Probeert bij een thuiswonende cliënt zoveel mogelijk te voorkomen dat een crisisopname noodzakelijk is, door tijdig op een veranderende cliëntsituatie te reageren/handelen. Zo nodig wordt, via de betrokken coördinator zorg thuis (CZT), extra budget voor zorg thuis aangevraagd;
- Vraagt via een AAT extra budget voor zorg thuis aan, wanneer een crisisopname niet kan worden voorkomen, maar er nog geen plaats beschikbaar is. Met als doel om via extra zorginzet het gevaarscriterium te minimaliseren;
- Is verantwoordelijk voor het regelen van vervolgzorg¹⁶² (juiste plaatsing) als de DH niet zelf een crisisplaats kan aanbieden. Het dossierhouderschap stopt dus niet bij een crisisplaatsing, een crisiszorgaanbieder neemt deze rol niet over;
- Blijft RM-houder voor een cliënt, als de cliënt bij crisisplaatsing al beschikt over een Rechterlijke machtiging (RM). De dossierhouder regelt zo snel mogelijk vervolgzorg. Een RM is geen reden om een cliënt langer op een crisisplaats te houden dan nodig;
- Vraagt voor de crisiszorgaanbieder een zorgtoewijzing aan met soort zorgtoewijzing Overbrugging als de cliënt op een wachtlijst staat voor reguliere opname;

¹⁶¹ Deze registratie hoeft niet periodiek aangeleverd te worden bij het zorgkantoor. Als het nodig is kan het zorgkantoor hier achteraf om vragen (voor analyse of verantwoording inzet crisisbedden).

¹⁶² Vervolgzorg bestaat veelal uit doorplaatsing naar reguliere verblijfszorg maar dat kan ook zorg thuis zijn.

- Neemt zo snel mogelijk contact op met het zorgkantoor voor hulp bij de zorgbemiddeling, als op korte termijn geen reguliere verblijfszorg beschikbaar is en de doorstroom vanuit de crisisplaats een probleem is. Het zorgkantoor ontvangt dit signaal van de dossierhouder ook via een mutatiebericht (MUT-code 18) op de zorgtoewijzing voor verblijfszorg, met de **wachtstatus Urgent plaatsen en classificatie Doorstroom crisisbed;**
- Probeert een crisisopname bij een cliënt die al verblijfszorg krijgt zoveel mogelijk te voorkomen. Bij een dreigende crisis wordt tijdig extra expertise ingeschakeld of bijvoorbeeld extra deskundigheidsbevordering van medewerkers georganiseerd. Is crisisplaatsing niet te voorkomen dan wordt een cliënt tijdelijk overgeplaatst naar een andere locatie/orgaanbieder voor crisiszorg (observatie en behandeling). Om de plaats beschikbaar te houden voor terugkeer van de cliënt, vraagt de zorgaanbieder een administratieve zorgtoewijzing aan (zie paragraaf 4.3.9);
- Is niet verantwoordelijk voor de (medische) zorg bij een crisiszorgaanbieder die niet onder de verantwoordelijkheid van de eigen organisatie valt;
- Levert tijdig en juist iWlz-berichten aan zoals een MAZ of MUT-bericht (bijvoorbeeld met de juiste wachtstatus/classificatie).

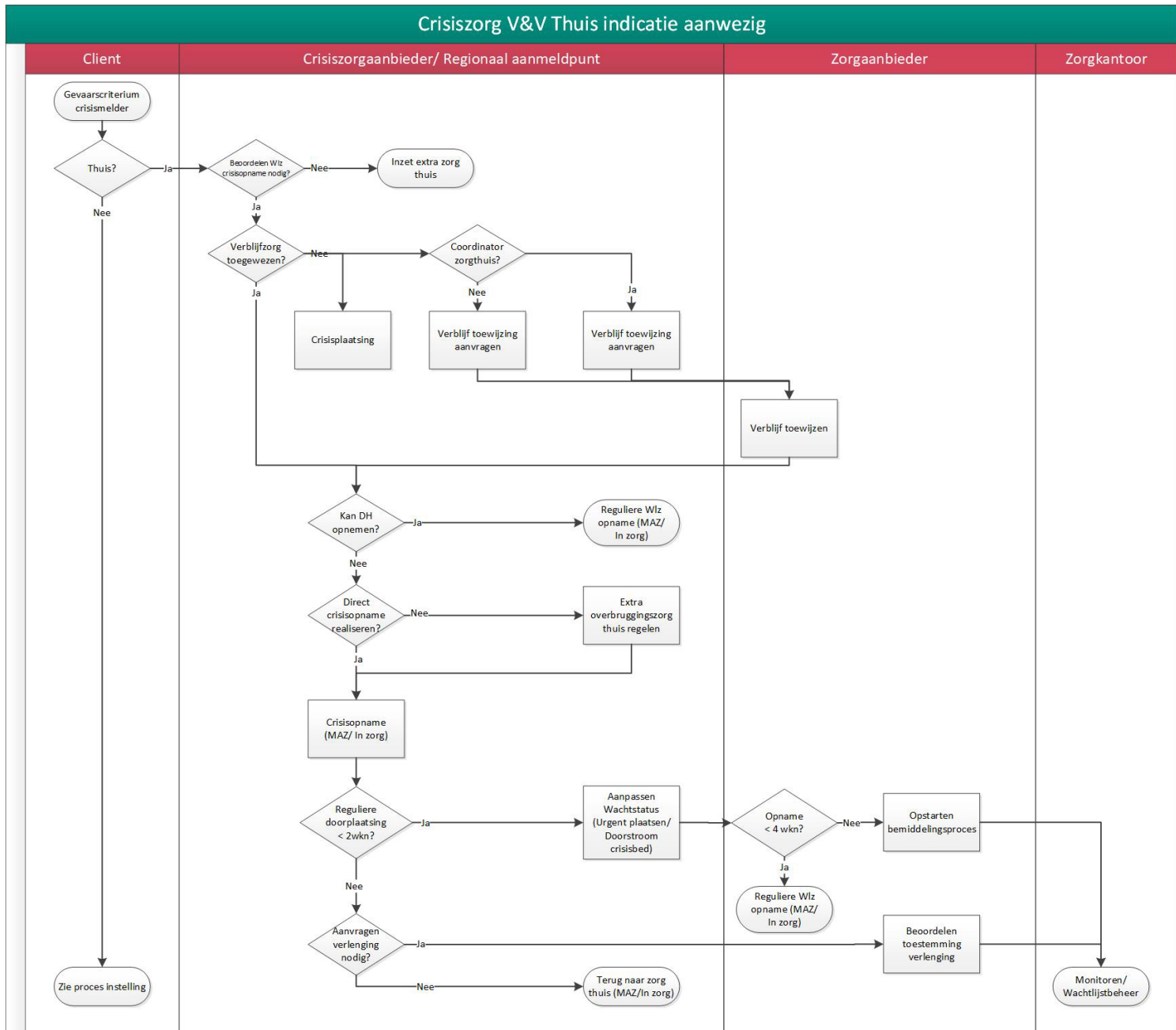
5.3.4 Coördinator zorg thuis

De coördinator zorg thuis (CZT):

- Heeft zorgplicht voor een cliënt zoals het zorgkantoor die in de overeenkomst met de aanbieder overeen is gekomen.
- Probeert zoveel mogelijk te voorkomen dat een crisisopname noodzakelijk is, door tijdig op een veranderende cliëntsituatie te reageren/handelen (zorg op te schalen);
- Signaleert tijdig het ontstaan van een dreigende crisissituatie thuis bij de huisarts en eventueel bij de dossierhouder.
- Regelt dat de zorg thuis tot crisisopname verantwoord wordt geleverd. Daarvoor kan kortdurend, extra overbruggingszorg worden ingezet. Als er sprake is van een acuut gevaarscriterium mag dit direct worden ingezet. Het zorgkantoor hoeft hier vooraf geen toestemming voor te geven (zie paragraaf 2.5);
- Heeft een cliënt nog geen zorgtoewijzing voor verblijfszorg én is (tijdelijke) opname noodzakelijk? Dan vraagt de CZT die zo snel mogelijk aan bij het zorgkantoor via een mutatiebericht (AAT);
- Regelt adequate vervolgzorg thuis als na de crisiszorg, een opname niet noodzakelijk is;
- Levert tijdig en juist iWlz-berichten aan zoals een MAZ of MUT-bericht (bijvoorbeeld met de juiste wachtstatus/classificatie).

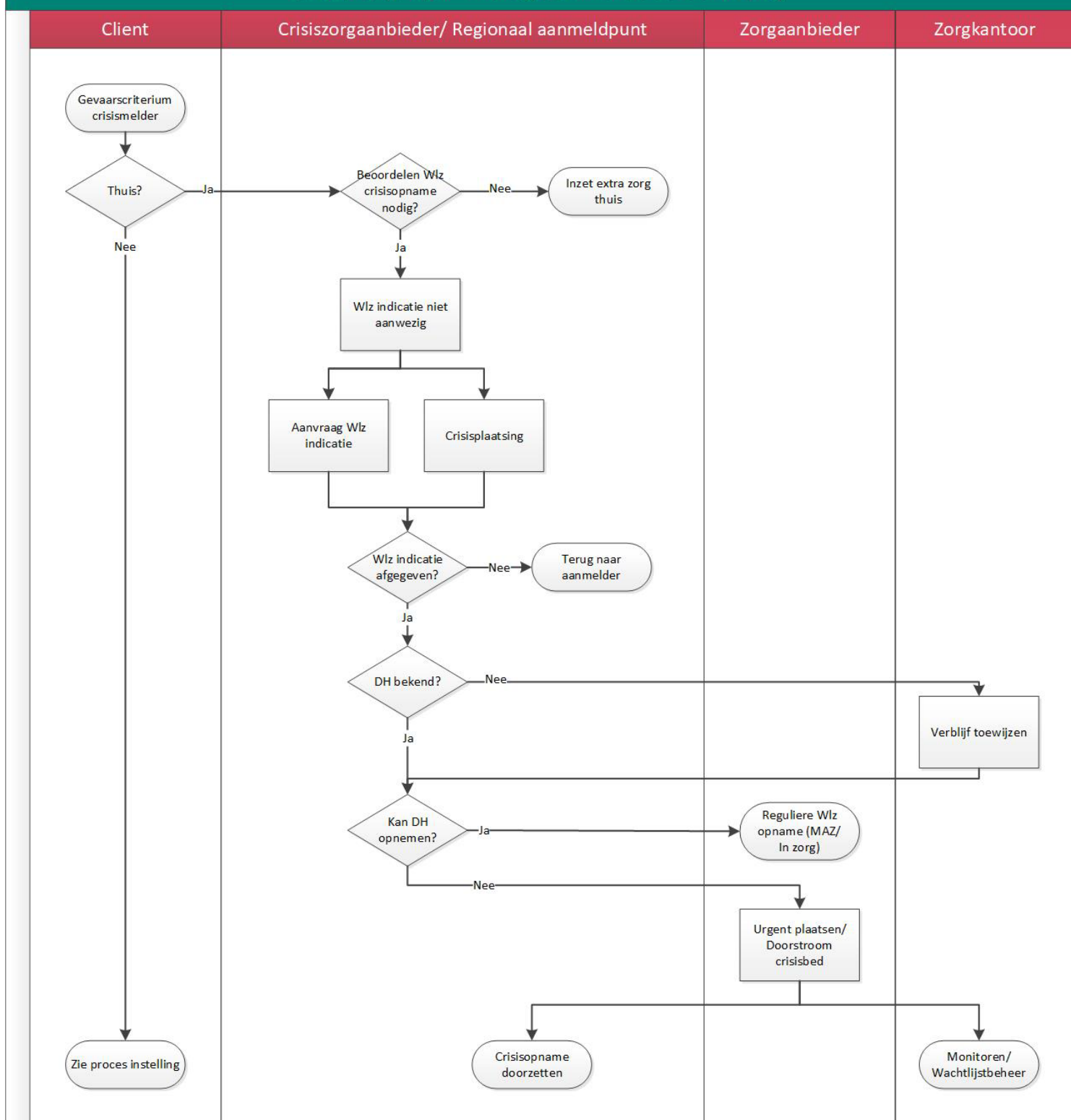
5.4 Processtappen crisiszorg V&V

Hoe de crisiszorg in de sector V&V wordt geregeld, is eerst uitgewerkt in een 3-tal procesflows. Daarna worden in een tabel de opvolgende processtappen nog een keer uitgeschreven.



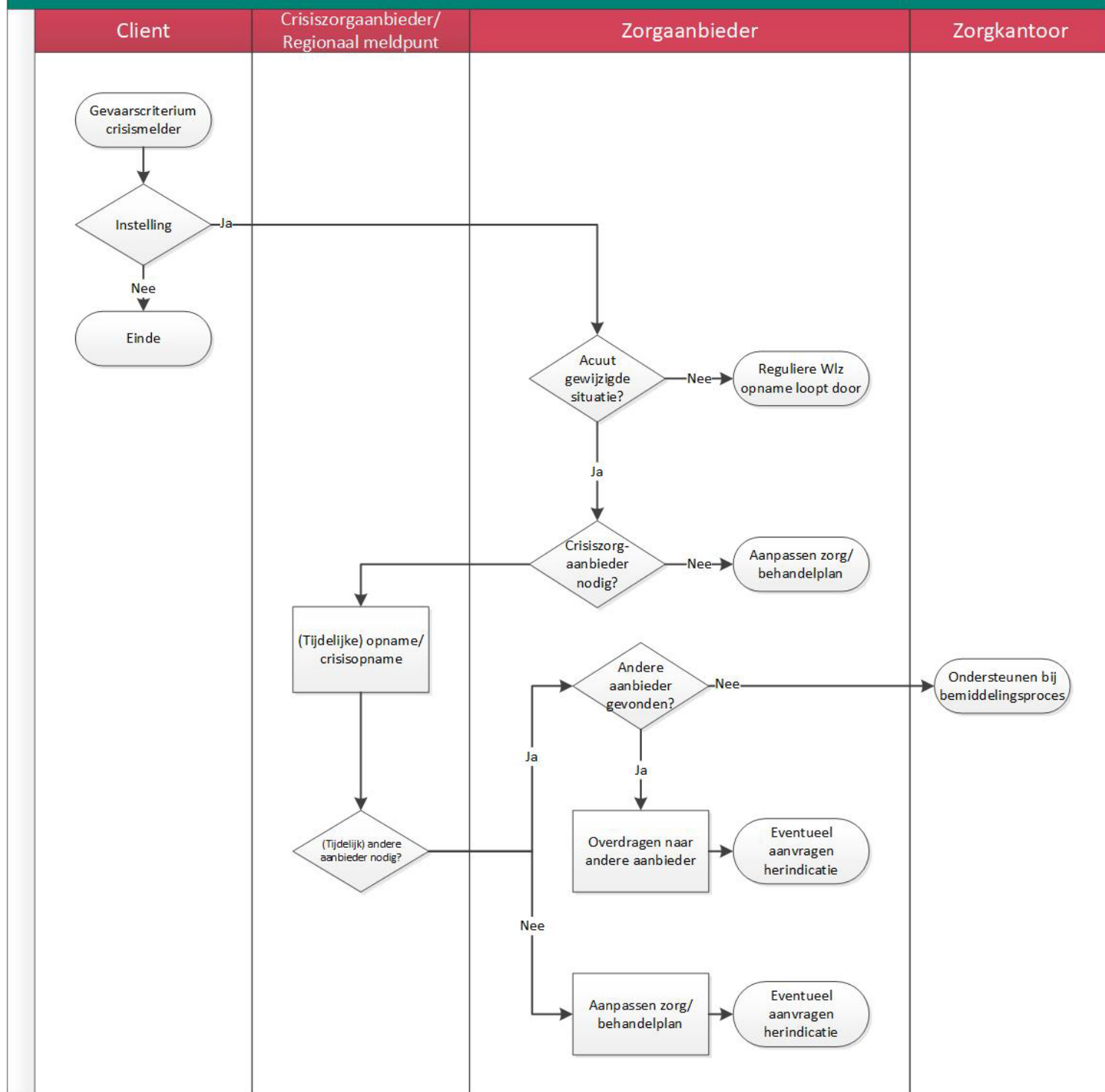
Figuur 18a Crisiszorg V&V Thuis (deel 1 Wlz-indicatie aanwezig)

Crisis zorg V&V Thuis geen indicatie aanwezig



Figuur 18b Crisiszorg V&V Thuis (deel 2 Geen Wlz-indicatie aanwezig)

Crisis zorg V&V Verblijf



Figuur 18c Crisis zorg V&V Verblijf

5.4.2 Processtappen met bijbehorende rollen (tabel V&V)

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Clïënt thuis	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt.	-	Medisch: Huisarts
Signaleren probleemsituatie	De huidige situatie wordt onverwacht en plotseling als probleem ervaren. Dit wordt door de cliënt of vertegenwoordiger van de cliënt bij de huisarts of betrokken wijkverpleging gesignaleerd. Een betrokken partij (zoals huisarts of wijkverpleging) kan dit ook zelf signaleren. Het kan incidenteel voorkomen dat een cliëntsituatie in een instelling acuut escaleert. Deze situatie wordt in de processtappen verder niet uitgewerkt. Zorgaanbieders streven ernaar om dit te voorkomen door hier vooraf al een oplossing voor te zoeken (in regionale afspraken/ afstemmingsoverleg).	Clïënt, mantelzorg, familie, huisarts, wijkverpleging, CZT of eventueel andere ondersteuners	Medisch: Huisarts
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: • Criteria crisisopname • Proces & procedure • Mogelijkheden m.b.t. te volgen stappen en alternatieven • Coördinator zorg thuis (CZT) • Dossierhouder (DH) • Beschikbare plaatsen	Zorgkantoor, zorgaanbieders	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie bepaalt de huisarts of er een vermoeden is van een crisissituatie waarbij een crisisopname de best passende optie is óf dat er nog andere alternatieven zijn waarmee een crisisopname kan worden voorkomen. Bijvoorbeeld inzet van extra (ondoelmatige) thuiszorg ¹⁶³ , respijtzorg of Eerstelijnsverblijf (ELV).	Huisarts	Huisarts

¹⁶³ Thuiszorgorganisaties zijn 24 /7 bereikbaar voor inzetten van aanvullende zorg in thuissituatie.

Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De huisarts zoekt met de cliënt, naaste/mantelzorger en/of wijkverpleging uit of de cliënt een geldige Wlz-indicatie heeft.	Huisarts, cliënt, familie, mantelzorg, wijkverpleging	Huisarts
Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	De huisarts schat in of de cliënt voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt en checkt daarvoor een aantal geldende criteria. Wordt crisisopname door de huisarts niet als meest adequate oplossing gezien? Dan valt verder verloop buiten scope van de Wlz. Einde proces crisisopname Wlz.	Huisarts (in overleg met wijkverpleegkundige)	Huisarts
Einde proces Wlz	De huisarts (HA) regelt een passend alternatief als een Wlz-crisisopname niet passend is. De HA benadert daarvoor bijvoorbeeld de (al betrokken) thuiszorgaanbieder, de zorgverzekeraar of gemeente en verzorgt de overdracht.	Huisarts	Huisarts
Beslismoment: aanvragen crisisopname	Verwacht de HA dat de cliënt in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie dan start hij de aanvraag Wlz-crisisopname op. De huisarts stelt daarvoor alle benodigde cliëntgegevens beschikbaar aan het Centrale regionale aanmeldpunt of Regionale coördinatiefunctie eerstelijnsverblijf (ELV). Is dit nog niet ingeregeld in de regio dan wordt contact opgenomen met een regionale crisiszorgaanbieder. De betrokken thuiszorgorganisatie kan eventueel aanvullende informatie ¹⁶⁴ verstrekken.	Huisarts(enpost), Spoed Eisende Hulp, regionale coördinatiefunctie ELV/GRZ of GGZ-crisisdienst	Huisarts
Beoordelen crisisopname	Het centrale aanmeldpunt/ Regionale coördinatiefunctie ELV of de crisiszorgaanbieder waar de cliënt wordt aangemeld, beoordeelt aan de hand van criteria (triage) of er aanleiding is voor crisisopname. Er is sprake van 24/7 bereikbaarheid, inzicht in beschikbare capaciteit en 24/7 beschikbaarheid consultatiefunctie van een SO, zodat de psychiater van de crisisdienst (IBS) deze kan raadplegen bij cliënten met multi-problematiek (wederkerigheid om elkaar te kunnen raadplegen).	SO (verlengde arm constructie mogelijk)	Crisiszorgaanbieder
Beslismoment: crisisopname nodig?	De Specialist Ouderengeneeskunde (SO) beslist of er daadwerkelijk sprake is van een crisissituatie of dat er sprake is van een IBS in het kader van de Wzd.	SO	Crisiszorgaanbieder
Geen crisisopname, terug naar aanvrager	Beoordeelt de SO dat er géén sprake is van een Wlz-crisisopname, dan neemt de SO contact op met de huisarts of andere aanmelder en geeft de aanvraag terug.	SO	Huisarts

¹⁶⁴ Hiermee worden ook de gegevens van de zorg bedoeld als de cliënt nog zorg krijgt vanuit de Wmo of Zvw.

Wel crisisopname: heeft de dossierhouder plaats?	Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling voor opname? Dan is die zorgaanbieder de DH. Komt de cliënt eerst bij de crisiszorgaanbieder terecht, dan neemt die contact op met deze zorgaanbieder (dossierhouder/DH)¹⁶⁵. De DH bekijkt vervolgens of de cliënt kan worden opgenomen op een reguliere of crisis plaats. Is dat niet mogelijk dan bespreekt hij dat met de crisiszorgaanbieder en stelt eventueel relevante gegevens over de cliënt beschikbaar. Komt een cliënt rechtstreeks bij de DH dan neemt die eventueel contact op met een crisiszorgaanbieder als de DH geen mogelijkheid heeft voor (crisis)plaatsing. Heeft de DH dus geen passende reguliere plaats beschikbaar, maar wel een crisisplaats? Dan neemt de DH de cliënt hier tijdelijk op.	Crisiszorgaanbieder	Dossierhouder en Crisiszorgaanbieder
Reguliere opname	Heeft de DH een passende reguliere plaats beschikbaar? Dan wordt de cliënt daarop geplaatst en is er feitelijk geen sprake van een crisisopname.	Dossierhouder	Dossierhouder
Regelen crisisopname	Is er geen DH bekend (omdat het bijvoorbeeld om een nieuwe Wlz-client gaat)? Dan wordt een crisisopname geregeld door een crisiszorgaanbieder (die bereikbaar is volgend regionale afspraken). Is er niet direct een crisisplaats of andere oplossing beschikbaar? Dan kan het zorgkantoor, tijdens kantooruren, helpen met het vinden van een crisisplaats.	Crisiszorgaanbieder	Crisiszorgaanbieder
Crisisopname gerealiseerd	De cliënt is opgenomen bij een zorgaanbieder die gecontracteerd is voor crisiszorg.	Crisiszorgaanbieder	Crisiszorgaanbieder
Aanvraag Wlz-indicatie bij CIZ	Ontbreekt er nog een Wlz-indicatie dan vraagt de crisiszorgaanbieder die zo spoedig mogelijk aan na crisisopname (zie paragraaf 12.2).	Crisiszorgaanbieder	Crisiszorgaanbieder
Beslismoment: positief indicatie-besluit voor Wlz-zorg	Heeft het CIZ een Wlz-indicatie afgegeven en daarin een (voorkeur)aanbieder gevuld? Is dit ook de feitelijke voorkeuraanbieder van de cliënt én niet de crisiszorgaanbieder?	CIZ	Crisiszorgaanbieder

¹⁶⁵ In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechterlijke machtiging.

	Dan neemt de voorkeuraanbieder (DH) contact op met de crisiszorgaanbieder om de mogelijkheden voor (reguliere) plaatsing te bespreken/ te regelen. Is in het indicatiebesluit niet de feitelijke voorkeuraanbieder opgenomen maar de aanvragende crisiszorgaanbieder? Dan wordt de crisiszorgaanbieder tijdelijk DH en stemt met de cliënt af wie zijn voorkeuraanbieder is. Vervolgens draagt de crisiszorgaanbieder de zorgtoewijzing zelf direct over aan deze aanbieder via een Mutatie-bericht (iWlz berichtenverkeer). Is er nog geen voorkeuraanbieder bekend en heeft de cliënt hulp nodig bij het maken van een keuze? Dan kan de crisiszorgaanbieder hiervoor het zorgkantoor inschakelen zodat zo snel mogelijk een DH bekend is voor reguliere plaatsing.		
Beslismoment: negatief indicatiebesluit voor Wlz-zorg	Wordt er, ondanks inschatting van de huisarts en de SO, geen Wlz-indicatie afgegeven door het CIZ? Dan zijn de crisiszorgaanbieder en de huisarts samen verantwoordelijk voor het regelen van een passend alternatief via de Wmo en/of Zvw. Einde proces.	Crisiszorgaanbieder/ huisarts	Crisiszorgaanbieder
Regelen doorplaatsing	De dossierhouder organiseert, zo nodig samen met het zorgkantoor, passende vervolgzorg naar een andere instelling of terug naar huis. Dit gebeurt binnen een termijn van 2 weken vanaf datum crisisopname. Eenmalige verlenging van de crisiszorgperiode (met maximaal 2 weken) kan ná overleg tussen de huisarts/ crisiszorgaanbieder/ DH en het zorgkantoor. Daarbij wordt aangetoond welke inspanningen zijn verricht om verlenging te voorkomen. Het zorgkantoor bevestigt de toestemming via het Notitieverkeer met vermelding van de einddatum. De DH levert de juiste wachtstatus met classificatie aan als er niet direct plaats is (Urgent plaatsen/ Doorstroom crisisbed).	Dossierhouder	Dossierhouder
Vervolgzorg gerealiseerd.	De cliënt heeft reguliere vervolgzorg. Einde proces.	Zorgaanbieder/ dossierhouder	Zorgaanbieder/ dossierhouder

Tabel 15 processtappen met bijbehorende rollen (tabel V&V)

5.5 Processtappen crisiszorg GZ

De crisiszorg binnen de GZ verschilt van de V&V doordat cliënten andere zorgbehoeften hebben en er sprake is van ander zorgaanbod. Daarnaast kent de GZ twee extra rollen: de onafhankelijke crisisregisseur en het crisisondersteuningsteam (COT)¹⁶⁶. Beide rollen worden in deze paragraaf verder beschreven. Aansluitend wordt de invulling van de overige rollen (aanmelder, DH, CZT en zorgkantoor) uitgewerkt in de tabel onder paragraaf 5.5.5.

Drie niveaus crisisplaatsen

De GZ kent drie niveaus binnen de crisisplaatsen. Deze drie niveaus zijn bedoeld om inhoudelijk en financieel een betere aansluiting te geven bij verschillende crisissituaties (mate van complexiteit in problematiek). De crisisregisseur bepaalt, aan de hand van de aard van de crisis, het niveau waarop een cliënt wordt geplaatst binnen de beschikbare plaats(en).

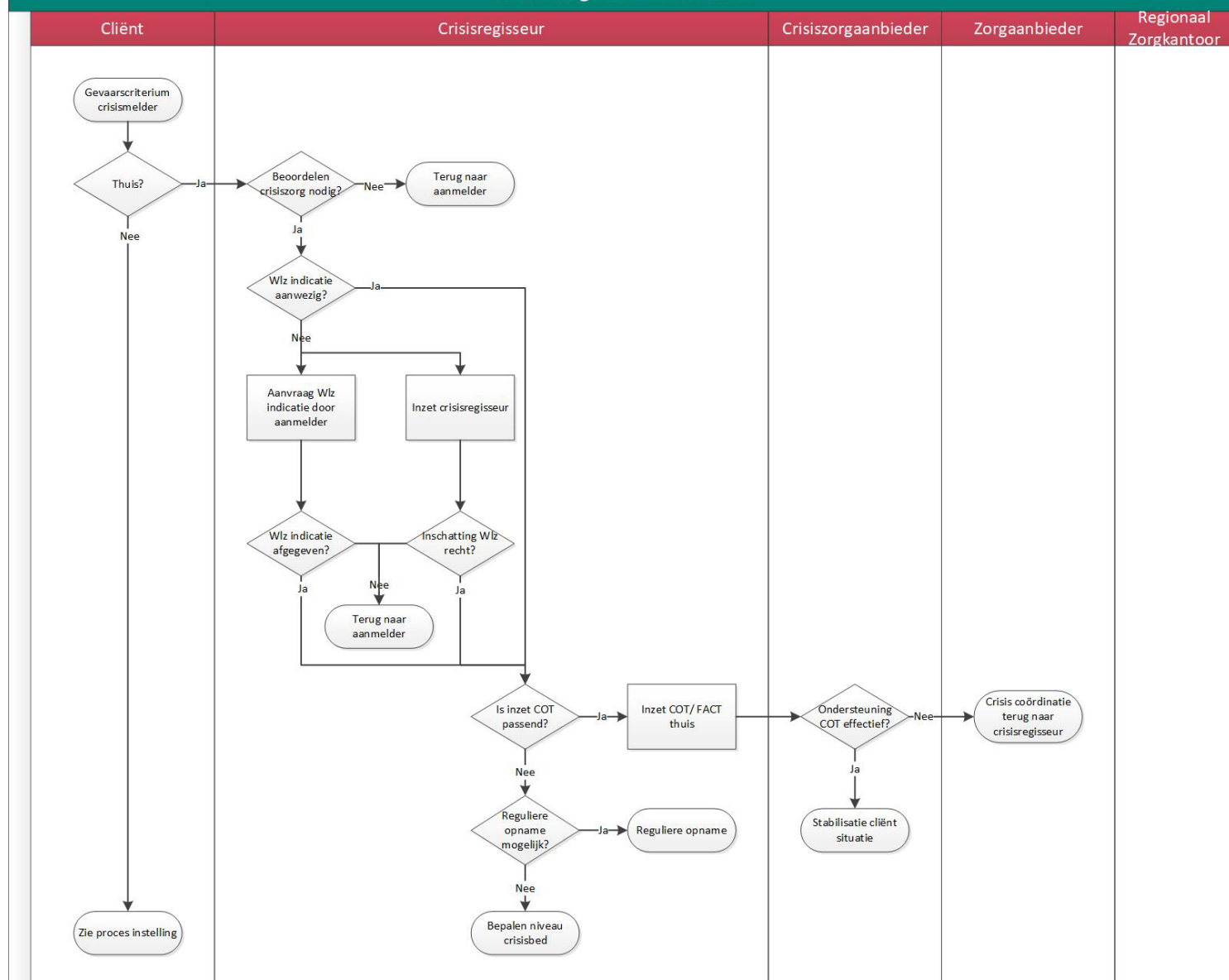
- **Niveau 1: Crisiszorg licht**
Crisiszorg licht is vergelijkbaar met logeertzorg. Het onderscheid met logeertzorg is de noodzaak voor acute beschikbaarheid van een crisisplaats én stabilisatie van de situatie. De cliënt vormt geen ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen (behandeling is in deze situaties vaak niet nodig). Agressie of psychiatrische problematiek staat niet op de voorgrond. Deze crisiszorg is kortdurend van aard en de cliënt kan worden geplaatst op een open (reguliere) setting, zonder specifieke gebouwaanpassingen.
- **Niveau 2: Crisiszorg midden**
Crisiszorg midden wordt ingezet bij een cliënt met matige tot ernstige problematiek, in combinatie met gedragsproblemen. De cliënt vormt geen ernstig gevaar voor zichzelf of anderen en eventuele psychiatrische problematiek staat niet op de voorgrond. Deze crisiszorg wordt geleverd in een gesloten setting in een aangepast gebouw. Er is extra kennis en expertise nodig én aanvullende aandacht voor risicosignalering. Het team rond het crisisplaats is in staat om agressie en meervoudige problematiek te hanteren.
- **Niveau 3: Crisiszorg zwaar**
Crisiszorg zwaar wordt ingezet bij cliënten met ernstige meervoudige problematiek en beperkte zelfredzaamheid. Er is vaak sprake van (acute) psychiatrische problematiek en/of ernstig middelengebruik/verslaving en/of zeer ernstige gedragsproblemen met risico's voor de omgeving. Een aangepaste beveiligde bouwomgeving, inzet van specifieke expertise en zorgverlening zijn noodzakelijk.

5.5.1 Procesflows crisiszorg GZ

In onderstaande procesflows wordt de crisiszorg voor de sector GZ in beeld gebracht. Zowel voor het ontstaan van een crisissituatie vanuit de thuissituatie als vanuit een instelling.

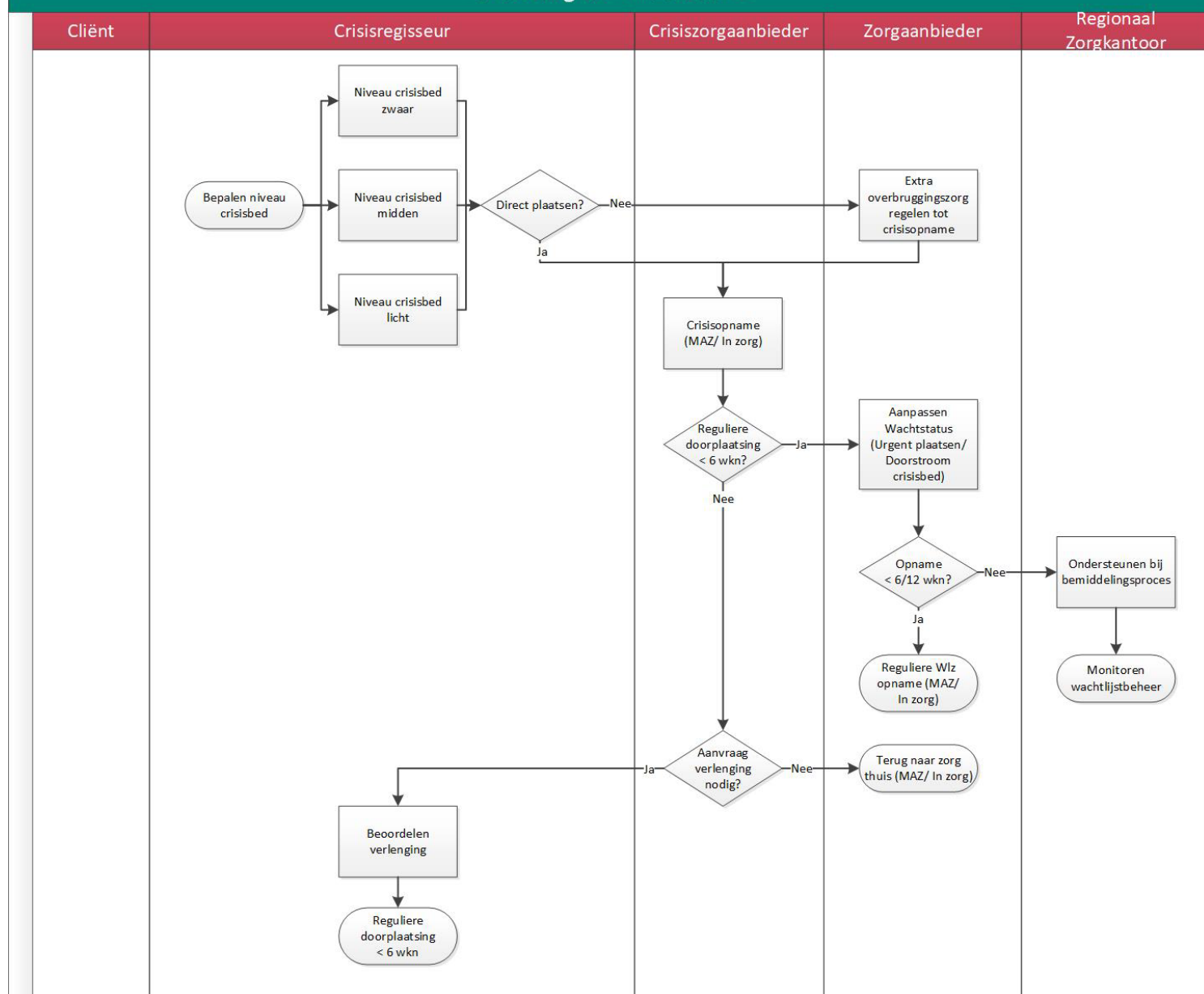
¹⁶⁶ Deze wijzigingen worden vanaf 2021 ondersteund via de NZa beleidsregels. Zo is er een aparte prestatie voor het COT en zijn er aparte prestaties met bijbehorende tarieven voor crisisopname licht, midden en zwaar
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_312745_22/2/

Crisis zorg GZ Thuis deel 1

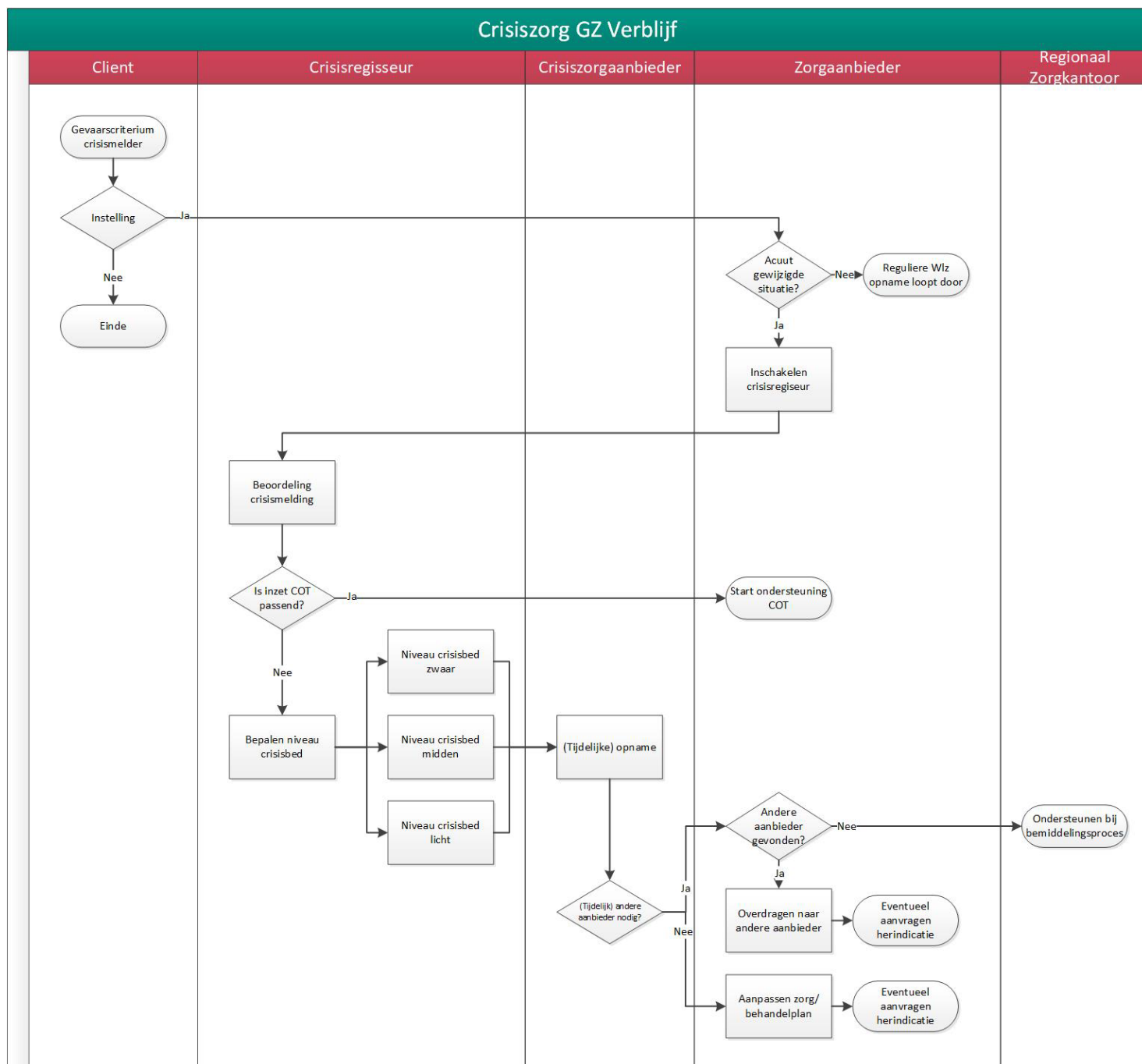


Figuur 19a Crisis zorg GZ Thuis (deel 1)

Crisis zorg GZ Thuis deel 2



Figuur 19b Crisis zorg GZ thuis (deel 2)



Figuur 19c Crisiszorg GZ (deel 3)

5.5.2 Onafhankelijke crisisregisseur

In de gehandicaptenzorg wordt voor het regelen van crisiszorg gewerkt met onafhankelijke crisisregisseurs. Een onafhankelijke crisisregisseur is de poortwachter (1e contactpersoon) voor alle crisissituaties GZ in een bepaald gebied. Er is een landelijk dekkend netwerk van crisisregisseurs, waarin crisisregisseurs over meerdere zorgkantoorregio's heen werken.

Crisiszorgaanbieders zijn regionale samenwerkingspartners voor de crisisregisseur. Crisisregisseurs zijn beschikbaar tijdens kantooruren. Buiten kantooruren kan een aanmelder in geval van een crisis met inschatting IBS, contact opnemen met de regionale crisisdienst GGZ. Tenzij hiervoor regionaal een ander meldpunt is ingeregeld. Voor overige crisissituaties buiten kantooruren wordt volgens regionale afspraken contact opgenomen met een crisiszorgaanbieder.

5.5.2.1 Crisisregisseur

De crisisregisseur:

- Ontvangt een (telefonische) aanmelding van een crisissituatie altijd via een zorgprofessional;
- Vraagt de aanmelder om de gegevens van de cliënt door te geven via een crisisformulier (de crisisregisseur stuurt dit formulier zo nodig door);
- Vraagt eventueel aanvullende gegevens voor de cliënt op bij de betrokken crisisdienst;
- Vraagt bij de aanmelder of vertegenwoordiger van de cliënt na of er al een WLz-indicatie aanwezig is en eventueel een Wzd-verklaring. Als dit niet duidelijk is, neemt de crisisregisseur hierover contact op met het zorgkantoor. Is er nog geen indicatie aanwezig, dan vraagt een crisisregisseur die in principe niet aan. De crisisregisseur legt dit verzoek terug bij de aanmelder of de betrokken crisiszorgaanbieder;
- Toetst aan de hand van afgesproken criteria of er sprake is van een crisissituatie. Analyseert daarvoor de aanvraag (triage) en maakt een eerste inschatting van de situatie;
- Wijst zo nodig de aanmelding af en legt bij de aanmelder de verantwoordelijkheid terug om passende zorg in de thuissituatie of bij een intramurale zorgaanbieder te regelen;
- Bepaalt in geval van een crisissituatie of het COT moet worden ingeschakeld, crisisplaatsing nodig is of dat andere opties mogelijk zijn zoals inzet van (F)ACT-LVB¹⁶⁷;
- Beoordeelt of een cliënt met een indicatie voor een zorgprofiel LG¹⁶⁸ of ZG het beste op een crisisplaats VG of een crisisplaats V&V past. De aanleiding van de crisis is belangrijk voor de keuze van de crisisplaats. Wordt de crisissituatie veroorzaakt door ouderdomsproblematiek (bijvoorbeeld psychogeriatrische problematiek) dan is de cliënt aangewezen op V&V crisiszorg. Is er niet direct een duidelijke aanleiding aan te wijzen waarop een keuze gemaakt kan worden voor een V&V- of VG-crisisplaats? Dan is VG-crisiszorg de eerstaangewezen oplossing. Door vóóraf deze keuze te maken, wordt ongewenste vertraging in een crisisopname voorkomen;
- Adviseert over de aard van een crisis als er een cliënt wordt aangemeld met een verstandelijk beperking én snijvlakproblematiek (bijvoorbeeld GGZ).

¹⁶⁷ (F)ACT-LVB verwijst naar inzet van flexibele teams voor Intensieve ambulante (bemoei)zorg bij mensen met een licht verstandelijk beperking. Meer informatie hierover is terug te vinden via <https://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>

¹⁶⁸ LG: Lichamelijk gehandicapt.

Staat de psychiatrische problematiek op de voorgrond, dan verwijst de crisisregisseur naar de GGZ-crisisdienst. Beoordeling wordt dan gedaan door een GGZ-behandelaar eventueel in samenwerking met een AVG-arts. Dat geldt ook voor de situatie dat de lichamelijke problematiek op de voorgrond staat, dan wordt verwezen naar de V&V-crisisdienst;

- Bepaalt welke type crisisplaats (licht, midden of zwaar) nodig is en bemiddelt de cliënt naar een geschikte crisiszorgaanbieder. De aard van de crisis speelt daarin een rol. Bij plaatsing is een passende plaats ondergeschikt aan het belang van een cliënt om zo spoedig mogelijk opgenomen te worden (de crisisregisseur is bij de plaatsing bepalend);
- Bepaalt waar een cliënt wordt geplaatst als er sprake is van een IBS die wordt afgegeven tijdens kantooruren. Dit gebeurt na onderlinge afstemming met de regionale GGZ-crisisdienst of het regionale meldpunt. Die neemt in deze situaties contact op met de crisisregisseur;
- Streeft ernaar om een cliënt binnen 48 uur op een crisisbed¹⁶⁹ te plaatsen. Voor een IBS is de streefnorm voor plaatsing binnen 24 uur;
- Bemiddelt de cliënt eventueel naar een COT;
- Brengt het COT of de crisiszorgaanbieder in contact met de aanmelder en overlegt met hen over de mogelijkheden;
- Neemt zo nodig contact op met het COT, draagt zorg voor beschikbaarheid van inhoudelijke gegevens en bevraagt het COT of er binnen 48 uur contact is gelegd met de zorginstelling met een cliënt in crisis;
- Bewaakt de randvoorwaarden waarbinnen de crisisplaatsing wordt afgegeven en zorgt dat de aanmelder of DH, als dat nodig is, een RM of Wzd verklaring art. 21 aanvraagt;
- Heeft de regie, maar neemt de verantwoordelijkheid van de aanmelder, dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT) niet over;
- Spreekt duur en voorwaarden voor de crisisopname af met de dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT), de crisiszorgaanbieder en/of het COT;
- Houdt gedurende de crisisopname contact met het COT, de crisiszorgaanbieder en DH. Volgt daarbij de resultaten op de gemaakte afspraken met alle betrokkenen én bewaakt of deze afspraken worden nagekomen. Bijvoorbeeld over de aard en omvang van de behandeling, de terugkeergarantie, het aanvragen van een (her)indicatie, het opstellen van een begeleidingsadvies en/of het zoeken van een vervolgplaats;
- Houdt contact met de crisisregisseur van een andere regio als voor de cliënt een crisisplaatsing buiten de eigen regio nodig was (bijvoorbeeld bij specialistische bovenregionale zorg of omdat er in de regio niet direct een crisisplaats beschikbaar was).

5.5.2.2 Overige taken en verantwoordelijkheden crisisregisseur

De crisisregisseur:

- Beheert alle crisisplaatsen in een of meerdere zorgkantoorregio's en bepaalt wie hier gebruik van mag maken;
- Houdt een registratie bij van bezette en beschikbare crisisplaatsen;

¹⁶⁹ Dat geldt ook voor de situatie dat een cliënt zijn volledige zorg via PGB ontvangt (de aanmelder is dan bijvoorbeeld de huisarts of een professionele zorgverlener die via PGB wordt ingekocht).

- Houdt een registratie bij van de inzet van de crisisondersteuningsteams die in zijn/haar regio werkzaam zijn. (Een crisisregisseur kan met een of meerdere crisisondersteuningsteams te maken hebben);
- Bewaakt de duur van het verblijf van een cliënt op een crisisplaats. Dit is in principe 3 weken tot maximaal 6 weken;
- Beoordeelt of eventuele verlenging met maximaal 6 weken noodzakelijk is. De crisiszorgregisseur is voor besluitvorming hierover gemandateerd door het zorgkantoor;
- Bewaakt de duur van inzet van het COT. Voor inzet van het COT geldt een maximale duur van 3 maanden met de mogelijkheid van verlenging met 3 maanden;
- Analyseert in overleg met het zorgkantoor de ontwikkelingen in de regio, zoals knelpunten, bezettingsgraad, bovenregionale plaatsingen, inzet COT en aantal cliënten met IBS/RM. En bespreekt de uitkomsten met het zorgkantoor, de COT-teams en de crisiszorgaanbieders;
- Geeft waar nodig signalen af aan zorgaanbieders en zorgkantoor, bijvoorbeeld als hetzelfde team en/of dezelfde organisatie vaker dan normaal te maken heeft met crisissituaties.

5.5.3 Het crisisondersteuningsteam (COT)

Het COT is een multidisciplinair team en heeft als doel:

- Uitplaatsing te voorkomen. Dat doet het COT door aanvullend te werken op het team van de zorgaanbieder via voorbeeldgedrag, coaching of scholing. Of;
- Een crisisopname te verkorten. Dit gebeurt door gericht adviezen te geven aan een team, management en naasten voor een goede overdracht en voorbereiding naar de zorgaanbieder waar de cliënt na de crisisplaatsing naartoe gaat. Of;
- Eventueel aanvullende diagnostiek te verrichten;

Het gaat dan bijvoorbeeld om situaties waarbij:

- Op de plaats waar de cliënt woont een onhoudbare situatie dreigt te ontstaan;
- Na een crisisopname extra begeleiding en ondersteuning nodig is voor een zorgvuldige terugplaatsing of vervolgplaatsing;
- Na een crisisopname de cliënt terugkeert naar de eigen woning om te voorkomen dat de situatie zich herhaalt.

5.5.3.1 Taken en verantwoordelijkheden COT

Het COT:

- Werkt over een of meerdere zorgkantoorregio's heen;
- neemt binnen 48 uur contact op met de aanmelder voor het plannen van een intake;
- Streeft ernaar om het intakegesprek binnen 3-5 werkdagen te voeren, na aanmelding van de cliënt door de crisisregisseur. Omdat de aanmelder deelneemt aan het intakegesprek is de planning afhankelijk van de mogelijkheden van de aanmelder;
- Betrekt in het intakegesprek altijd 3 disciplines: begeleider (VG of GGZ-achtergrond), gedragswetenschapper (orthopedagoog of GZ-psycholoog) en leidinggevende van het team/ uit de organisatie. Ook de aanmelder neemt deel aan het intakegesprek (afhankelijk van de aanmelder met dezelfde disciplines);
- Voert naast het intakegesprek ook een dossieronderzoek uit;
- Stelt binnen 3-4 werkdagen na de intake een ondersteuningsvoorstel op (maatwerk);

- Start binnen 2-5 werkdagen met de uitvoering van het ondersteuningsvoorstel als hierover overeenstemming is met de aanmelder;
- Plant een tussenevaluatie (binnen 3-6 weken). Dit is afhankelijk van de behoefte van de cliënt, de aanmelder én de voortgang;
- Schrijft een inhoudelijke evaluatie (met respect en zonder waardeoordeel);
- Verzorg het verslag van bespreking met cliënt(systeem);
- Houdt de crisisregisseur op de hoogte van de voortgang;
- Stuurt een geanonimiseerd, definitief COT-verslag naar de crisisregisseur, zorgkantoor en betrokken zorgaanbieder over de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit verslag heeft het karakter van een ontwikkel- en leeraanbod voor het betrokken team/ zorgaanbieder. De veiligheid voor het team staat centraal. Het verslag kan voor het zorgkantoor aanleiding geven om een gesprek aan te gaan met het bestuur van de organisatie;
- Bespreekt wekelijks in het multidisciplinair team alle cliënten waar op dat moment ondersteuning voor loopt. Alle leden van het COT zijn hierbij aanwezig;
- Houdt een registratie bij (AVG-proof) van de NAW-gegevens van de cliënt, duur en aanleiding van de inzet van het COT en de crisiszorgaanbieder.

5.5.4 De crisiszorgaanbieder VG

De crisiszorgaanbieder:

- Houdt de beschikbaarheid van crisisplaatsen bij en meldt beschikbare plaatsen (direct) terug aan de crisisregisseur. De frequentie van melding wordt in onderling overleg bepaald;
- Neemt op verzoek van een crisisregisseur een cliënt tijdelijk op (crisisplaats), totdat de cliëntsituatie gestabiliseerd is en/of reguliere vervolgzorg beschikbaar is;
- Adviseert de crisisregisseur over een cliëntsituatie als een beschikbare crisisplaats niet geschikt is voor een cliënt. Dit gebeurt altijd met zwaarwegende, inhoudelijke motivatie;
- Streeft ernaar om een cliënt binnen 48 uur op een crisisbed te plaatsen (voor IBS is dit binnen 24 uur). Als dat niet lukt koppelt de crisiszorgaanbieder dit terug aan de crisisregisseur;
- Is medisch verantwoordelijk (AVG) voor een cliënt vanaf het moment van opname;
- Bewaakt dat de DH of CZT voor een cliënt vervolg zorg regelt. Ontstaat er een probleem bij het regelen van vervolgzorg binnen de streefnorm van 3 weken dan informeert de crisiszorgaanbieder, de crisisregisseur;
- Draagt zorg voor adequate begeleiding, verzorging, verpleging en/of behandeling op basis van de zorgvraag van een cliënt;
- Zorgt voor passende bouwkundige voorzieningen, deskundig personeel en extra kennis en expertise bij een crisisopname midden of zwaar¹⁷⁰;
- Adviseert betrokken partijen (bijvoorbeeld DH, tijdelijk andere intramurale aanbieder of CZT) over geschikte vervolgzorg of vervolgplaats;
- Geeft een behandel en/of begeleidingsadvies mee aan de zorgaanbieder die de reguliere zorg gaat leveren;
- Zorgt voor uitvoering van alle procedures en rapportages op grond van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld de Wzd);
- Levert tijdig en juist iWlz-berichten aan zoals een MAZ of MUT/MEZ bericht.

¹⁷⁰ Zie NZa beleidsregel https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_312745_22/2/

5.5.5 De dossierhouder of coördinator zorg thuis

De dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT):

- Heeft een signalerende rol bij een dreigende of acute crisissituatie (aanmelder);
- Blijft bij een crisisopname bij een andere crisiszorgaanbieder primair verantwoordelijk voor de cliënt en het regelen van passende, reguliere vervolgzorg. De DH of CZT kan hierop aangesproken worden door de crisisregisseur of crisiszorgaanbieder;
- Heeft minimaal 1x per week contact met de crisiszorgaanbieder en bespreekt de stand van zaken over mogelijkheden reguliere vervolgzorg;
- Regelt in principe binnen 6 weken na de crisisopname reguliere vervolgzorg;
- Koppelt de mogelijkheden voor vervolgzorg terug aan de crisisregisseur en schetst daarbij het perspectief voor overname van de zorg van de crisiszorgaanbieder door de DH, CZT of (tijdelijk) andere zorgaanbieder. Eventueel mogelijkheden voor verlenging van de crisisopname (met maximaal 6 weken) wordt daarbij ook besproken;
- Brengt een cliënt zo nodig in bij een regionaal overleg met zorgaanbieders rondom crisiszorg/wachtlijsten of complexe casuïstiek. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het regelen van passende, reguliere vervolgzorg;
- Kan de voorkeuraanbieder (DH of CZT) een crisisplaatsing niet (direct) overnemen, dan wordt de wachtstatus Urgent plaatsen met classificatie Doorstroom crisisbed aangeleverd;
- Biedt in principe een terugkeergarantie aan voor de cliënt als de crisissituatie gestabiliseerd is. Is, in het belang van een cliënt en/of zijn omgeving, terugkeer naar de situatie van voor de crisis niet mogelijk of wenselijk? Dan bespreekt de CZT of DH samen met de cliënt de mogelijkheden voor passende, reguliere vervolgzorg en regelt die in. Zo nodig wordt een herindicatie aangevraagd bij het CIZ en/of onafhankelijke cliëntondersteuning ingezet en/of het zorgkantoor ingezet voor ondersteuning en bemiddeling;
- Zoekt afstemming met het zorgkantoor bij complexe casuïstiek en stagnerende zorgbemiddeling bij een cliënt. De CZT of DH en het zorgkantoor zijn samen verantwoordelijk voor het vinden van passende reguliere zorg. Het zorgkantoor neemt de regie in deze situaties niet over van de zorgaanbieder;
- Brengt zo nodig een cliënt met complexe problematiek in bij het regionale ketenoverleg Complexe casuïstiek.

5.5.6 Processtappen met bijbehorende rollen (tabel GZ)

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Cliëntsituatie	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt, thuis of in een instelling.	-	Medisch: Huisarts, AVG
Signaleren probleemsituatie	De huidige situatie wordt acuut als een probleem ervaren. De cliënt, vertegenwoordiger of netwerk van de cliënt, een betrokken zorgaanbieder of hulpverlener neemt contact op met de huisarts	MEE, netwerk van cliënt, huisarts, zorgaanbieders (zoals VG, begeleid wonen, wijkverpleging of CZT) of aan Jeugdwet-gerelateerde instanties	Medisch: Huisarts Psychiater (IBS) AVG
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: • Criteria crisisopname • Proces & procedure • Crisisregisseur • COT • Coördinator zorg thuis (CZT) • Dossierhouder (DH) • Beschikbare plaatsen	Zorgkantoor	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie en criteria voor een crisisopname, wordt ingeschat of crisiszorg/ -opname de best passende optie is.	Aanmelder ¹⁷¹	Aanmelder
Aanmelding crisis bij crisisregisseur (tijdens kantoor tijden)	De aanmelder van een crisis bij de crisisregisseur is altijd een zorgprofessional. Bijvoorbeeld een hulpverlener van de zorgaanbieders die bij de cliënt betrokken zijn, huisarts etc.	Aanmelder	Aanmelder
Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De crisisregisseur zoekt uit of de cliënt beschikt over een geldige Wlz-indicatie. De aanmelder levert daarvoor alle benodigde informatie aan waarover hij beschikt zoals inhoudelijke rapportage, benodigde formulieren en documenten.	Crisisregisseur, aanmelder, cliënt, mantelzorger	Crisisregisseur

¹⁷¹ Een aanmelder is altijd een professionele hulpverlener.

	Is er een Wlz-indicatie aanwezig, dan start de crisisregisseur het proces voor crisisplaatsing Wlz op.		
Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	Is er nog geen Wlz-indicatie aanwezig dan schat de regionale crisisregisseur (samen met de aanmelder) in of de cliënt voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt. Zo ja, dan vraagt de aanmelder (of crisiszorgaanbieder), op verzoek van de crisisregisseur, een Wlz-indicatie aan. De cliënt of eventueel iemand uit het directe netwerk van de cliënt wordt hierbij betrokken. Alleen voor iemand waarvoor een Wlz-indicatie wordt afgegeven, kan crisiszorg via de Wlz worden ingezet en vergoed. Anders eindigt het proces.	Crisisregisseur, aanmelder, crisiszorgaanbieder, cliënt, mantelzorger	Crisisregisseur, aanmelder, crisiszorgaanbieder
Negatief indicatiebesluit CIZ Einde proces Terug naar aanmelder	Geeft het CIZ, ondanks inschatting, geen indicatie af voor de Wlz? Dan geeft de crisisregisseur de verantwoordelijkheid voor de cliënt terug aan de aanmelder. De aanmelder (professionele hulpverlener) regelt een passend alternatief en verzorgt verdere afhandeling richting de cliënt. Bijvoorbeeld Crisisopname GGZ, Eerstelijnsverblijf/ herstelgerichte zorg (Zvw) of respijtzorg (Wmo).	Crisisregisseur, aanmelder	Aanmelder
Wlz-indicatie zonder voorkeuraanbieder (DH of CZT)	Wordt er voor een nieuwe Wlz-client een indicatie afgegeven, en is er nog geen voorkeuraanbieder bekend (DH of CZT) voor de reguliere vervolgzorg? Dan bemiddelt het zorgkantoor deze cliënt zo spoedig mogelijk naar een passende zorgaanbieder. Dit gebeurt in afstemming met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Zo nodig wordt hierover contact gezocht met de aanmelder en/of crisisregisseur.	Crisisregisseur, aanmelder, zorgkantoor	Zorgkantoor
Beoordelen en beslismoment crisiszorg	Op grond van vooraf vastgestelde criteria beoordeelt de crisisregisseur of er daadwerkelijk noodzaak is voor een crisisopname Wlz of dat inzet van het COT een adequate oplossing kan zijn.	Crisisregisseur	Crisisregisseur

Einde proces Terug naar aanmelder	Is er geen sprake van een crisisopname volgens de geldende criteria voor de Wlz? Dan wordt de aanvraag teruggedigd bij de aanmelder. Zie hierboven. De aanmelder coördineert met betrokken zorgaanbieders vervolgzorg, dat kan ook binnen de Wlz zijn als er een Wlz-indicatie is afgegeven. Deze rol wordt dan opgepakt door de DH of CZT.	Crisisregisseur, aanmelder	Crisisregisseur, aanmelder
Crisisplaatsing	Komt een cliënt in aanmerking voor een Wlz-crisisopname, is er nog geen DH bekend, dan regelt de crisisregisseur een passende crisisplaats. De aanmelder draagt zorg voor de praktische voorbereiding voor overdracht van de cliënt. En regelt bijvoorbeeld ook dat de cliënt alle belangrijke persoonlijke spullen heeft bij opname (kleding, medicijnen etc.)	Crisisregisseur, aanmelder	Crisisregisseur
Beslismoment: heeft de DH plaats? Reguliere opname of crisisopname	Wordt de cliëntsituatie beoordeeld als een crisissituatie én staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling? Dan is er een DH. De crisisregisseur neemt dan eerst contact op met deze aanbieder om te bespreken of (reguliere of crisis) plaatsing mogelijk is. Heeft deze instelling een passende reguliere plaats, dan wordt de cliënt daar direct opgenomen. Is er geen passende reguliere plaats beschikbaar maar wel een crisisplaats? Dan neemt de DH de cliënt daar tijdelijk op en zorgt binnen de organisatie voor vervolgplaatsing naar een reguliere plaats.	Crisisregisseur, dossierhouder	Crisisregisseur, dossierhouder
Is er geen reguliere of crisisplaats beschikbaar bij de DH	Kan de DH de cliënt niet opnemen dan levert hij wel gegevens aan bij de crisisregisseur en/of crisiszorgaanbieder die relevant zijn voor crisisplaatsing bij een ander crisiszorgaanbieder.	Crisisregisseur, dossierhouder	Crisisregisseur, dossierhouder
Regelen crisisopname bij (andere) crisiszorgaanbieder	Heeft de DH geen passende plaats beschikbaar? Dan regelt de crisisregisseur een crisisopname bij een crisiszorgaanbieder. De crisiszorgaanbieder neemt de cliënt over van de DH (of CZT).	Crisisregisseur, crisiszorgaanbieder, zorgkantoor	Crisisregisseur, crisiszorgaanbieder, zorgkantoor
Regelen vervolgaanbieder	Staat in het indicatiebesluit de crisiszorgaanbieder als voorkeuraanbieder, maar is die niet de feitelijke voorkeuraanbieder voor een cliënt?	Crisiszorgaanbieder, zorgkantoor	Crisiszorgaanbieder, zorgkantoor

	Dan bespreekt de crisiszorgaanbieder met de cliënt wie de voorkeuraanbieder is. De crisiszorgaanbieder kan hiervoor ook het zorgkantoor inschakelen. Als de voorkeuraanbieder bekend is vraagt de crisiszorgaanbieder een nieuwe zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. De DH of CZT regelt vervolgens, in overleg met de cliënt en diens vertegenwoordiger, passende reguliere vervolgzorg.		
Crisisopname	De logistieke afstemming en uitvoering over de opname ligt bij de aanmelder, DH of CZT en de crisiszorgaanbieder. De regionale regisseur krijgt terugkoppeling over de opname via de crisiszorgaanbieder.	Crisisregisseur, crisiszorgaanbieder, aanmelder	Crisiszorgaanbieder, aanmelder
Crisisopname gerealiseerd	Het fysiek opnemen van de cliënt bij de crisiszorgaanbieder.	Zorgaanbieder crisisopname	Crisiszorgaanbieder
Regelen vervolgzorg	De DH of CZT regelt in overleg met de cliënt, passende reguliere vervolgzorg. Dit gebeurt binnen de norm zodat de crisisplaats niet onnodig bezet blijft. De DH of CZT informeert de crisiszorgaanbieder hierover en zorgt dat de crisiszorgaanbieder de cliënt naar de (tijdelijke) zorgaanbieder kan overdragen.	DH of CZT, crisiszorgaanbieder	DH of CZT
Vervolgzorg gerealiseerd, einde proces	De cliënt krijgt passende, reguliere vervolgzorg. Einde proces	DH of CZT	DH of CZT

Tabel 16 processtappen met bijbehorende rollen (tabel GZ)

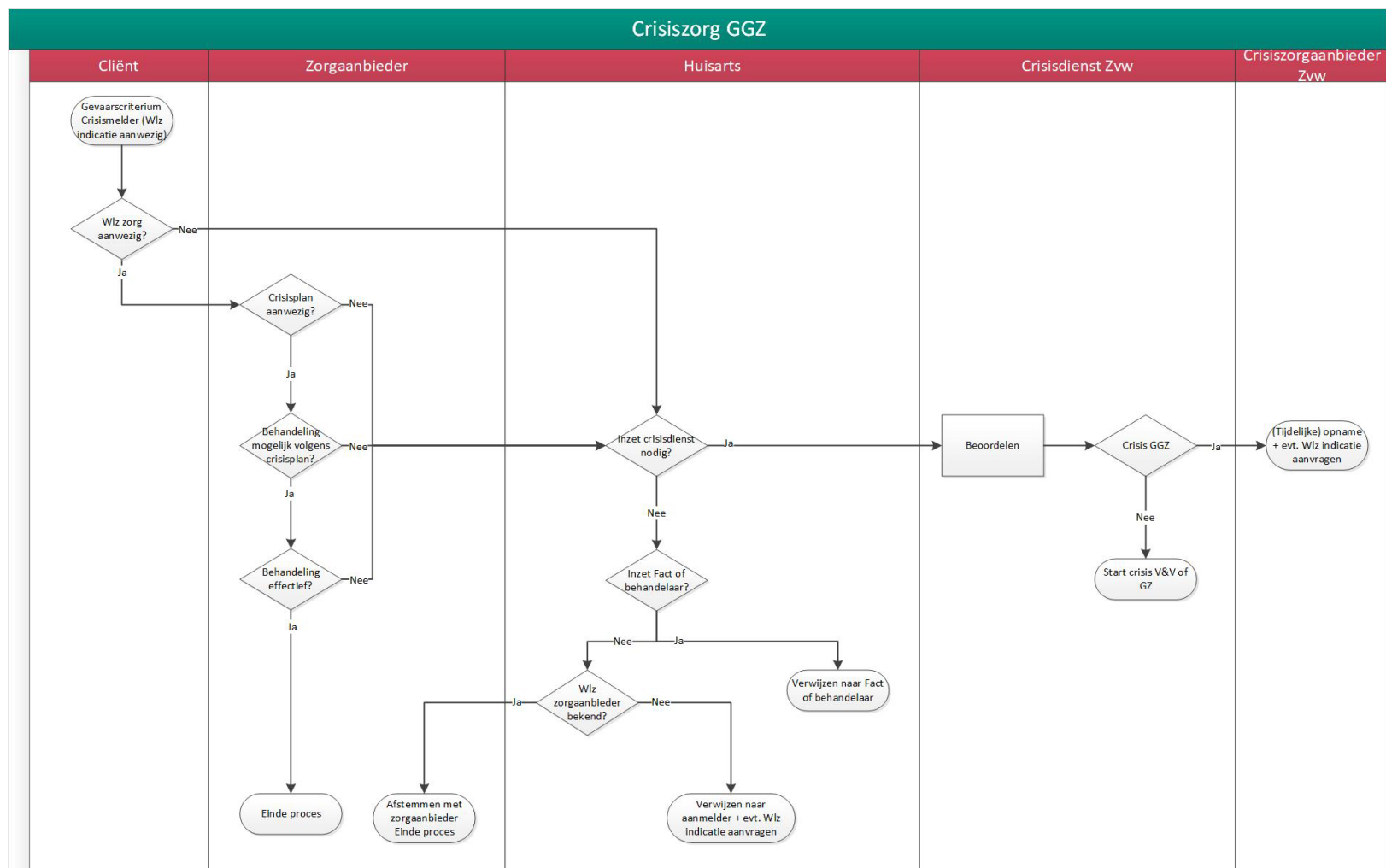
5.6 Processtappen crisiszorg GGZ

Voor de groep cliënten met een indicatie voor een GGZW-zorgprofiel geldt een afwijkend proces voor het regelen van crisiszorg. Een deel van de crisiszorg wordt namelijk ingezet en betaald vanuit de Zvw. Het volledige proces rondom crisiszorg voor deze doelgroep is nog niet volledig uitgewerkt, dit wordt in een volgende versie van het voorschrift meegenomen.

Regionale GGZ-crisisdienst

De regionale GGZ-crisisdienst;

- Wordt ingeschakeld als bij iemand een acute crisissituatie optreedt en de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat. Dat geldt zowel voor mensen zonder een Wlz-indicatie als voor mensen met een Wlz-indicatie;
- Crisisopname vindt na aanmelding binnen 24 uur plaats als dit noodzakelijk is;
- De eerste 72 uur wordt de noodzakelijke crisiszorg georganiseerd en betaald vanuit de Zvw. Specifiek gaat het dan om crisisplaatsen die namens alle zorgverzekeraars door één partij worden ingekocht in een bepaalde regio. Iemand kan op een dergelijke crisisplaats worden opgenomen ongeacht zijn zorgverzekeraar;
- Na deze eerste 72 uur kan de noodzakelijke crisiszorg worden verlengd voor iemand die in aanmerking komt voor Wlz-zorg. Dit kan maximaal voor een periode van 3 weken. De vergoeding van deze zorg loopt via de eigen verzekeraar van de cliënt;
- Binnen maximaal 3 weken en 3 dagen moet de zorg zijn overgenomen door een GGZ-zorgaanbieder die (ook) gecontracteerd is voor Wlz-zorg. Dat kan ook bij een V&V of GZ-zorgaanbieder als de problematiek gestabiliseerd is;
- In zijn algemeenheid zijn (crisis)zorgaanbieders GGZ zowel voor de Zvw als Wlz gecontracteerd. Voor de Wlz gaat het dan veelal om de prestaties die horen bij de zorgprofielen GGZB en GGZW (integraal tarief). In deze situaties kan tijdige uitstroom vanuit de Zvw naar de Wlz worden ingeregeld.



Figuur 20 Crisiszorg GGZ

6. Zorgweigerings en zorgbeëindiging

6.1 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.

6.2 Zorgweigerings door zorgaanbieder

Onder zorgweigerings wordt verstaan het weigeren van zorg op zorginhoudelijke of op financiële gronden voordat de zorglevering is begonnen. Er is geen sprake van zorgweigerings als iemand vrijwillig instemt met overplaatsing naar een andere zorgaanbieder (vrijwillige overplaatsing). Of als voor iemand de zorg is toegewezen aan een verkeerde zorgaanbieder (niet de gewenste zorgaanbieder/agb-code geselecteerd bij de indicatiestelling en/of zorgtoewijzing).

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 zorgweigering voor een individuele cliënt

- Bij een voorgenomen weigering van zorg doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk melding aan de cliënt;
- Bij een voorgenomen weigering van zorg doet de zorgaanbieder via Notitieverkeer een met redenen omkleed verzoek aan het zorgkantoor;
- Het schriftelijk verzoek aan het zorgkantoor wordt onderbouwd (met een dossier). De onderbouwing wordt, via het Notitieverkeer, als bijlage meegestuurd naar het zorgkantoor;
- Uit de onderbouwing (of het dossier) blijkt welke omstandigheden een rol spelen in het verzoek;
- Uit de onderbouwing (of het dossier) blijkt dat de zorgaanbieder inspanningen heeft verricht om de casuïstiek te bespreken met andere disciplines of deskundigheidsniveaus (bijvoorbeeld arts, CCE of casemanager);
- Het zorgkantoor neemt contact op met de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger voor wederhoor;
- Het zorgkantoor neemt binnen 1 week na ontvangst van de zorgweigering een besluit en deelt dit schriftelijke (via het Notitieverkeer) mee aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder brengt de cliënt op de hoogte van dit besluit;
- De zorgaanbieder kan bezwaar maken tegen het besluit van het zorgkantoor. Dit onder verwijzing naar de afspraken daarover in de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor. De termijn voor het indienen van een bezwaarschrift bedraagt 6 weken na de formele beslissing van het zorgkantoor;
- Zorgaanbieder en zorgkantoor treden niet in de publiciteit met betrekking tot de 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 PTZ, crisiszorg of acute Wlz-zorg niet weigeren en moet hiervoor permanent voldoende capaciteit beschikbaar hebben.

6.3 Zorgbeëindiging door zorgaanbieder

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

- Een ernstige mate van bedreiging of intimidatie die de situatie onwerkbaar maakt omdat de persoonlijke veiligheid of vrijheid van de zorgverlener en/of mede-cliënten in gevaar is. Deze situatie kan ontstaan vanuit de cliënt maar ook vanuit de handelwijze van familie van de cliënt.
- Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie.
- Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor de zorgverlener en/of mede-cliënten.
- Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk), aandringen of waarschuwen door de zorgaanbieder.

In de besluitvorming moeten de volgende afwegingen worden meegenomen:

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

Procedure bij zorgbeëindiging voor een individuele cliënt

- Bij een voorgenomen stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk melding aan de cliënt;
- Bij een voorgenomen stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder via Notitieverkeer een met redenen omklede melding aan het zorgkantoor;
- Deze schriftelijke melding aan het zorgkantoor wordt onderbouwd met een dossier. De onderbouwing wordt, via het Notitieverkeer, als bijlage meegestuurd naar het zorgkantoor;
- Op basis van de ontvangen informatie toetst het zorgkantoor of alle benodigde stappen, zoals beschreven in de procedure, voldoende zijn gezet door de zorgaanbieder. Het zorgkantoor deelt het resultaat van deze procedurele toets mee aan de zorgaanbieder;
- 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.

7. Bijlage A: Afkortingen en begrippen

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

CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CAK	Centraal Administratie Kantoor
SVB	Sociale Verzekeringsbank
OCO	Onafhankelijke cliëntondersteuner
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ZiNL	Zorginstituut Nederland
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
V&V	Sector Verpleging en Verzorging
GZ	Sector Gehandicaptenzorg
GGZ	Sector Geestelijke gezondheidszorg
CZT	Coördinator zorg thuis (1e aanspreekpunt bij MPT)
DH	Dossierhouder (1e aanspreekpunt bij Verblijfszorg, VPT of DTV)
MPT	Modulair Pakket Thuis
VPT	Volledig Pakket Thuis
DTV	Deeltijdverblijf
EKT	Extra kosten thuis
GVH	Gespecialiseerd verpleegkundig handelen
PGB	Persoonsgebonden Budget
PTZ	Palliatief terminale zorg
Wzd	Wet zorg en dwang
Wvggz	Wet verplichte ggz

ZIN	Zorg in natura
Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	Algemene dagelijkse leveringsverrichtingen (ADL) zijn dagelijks terugkerende handelingen die mensen in het gewone leven verrichten. Bijvoorbeeld: in en uit bed komen, aan- en uitkleden, lichamelijke hygiëne (zich wassen, tandenpoetsen, 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). De subsidieregeling ADL-assistentie regelt dat er 24 uur per dag direct oproepbare persoonlijke assistentie aanwezig is voor ADL-verrichtingen in of om een ADL-woning. Iemand komt in aanmerking voor een ADL-woning als er sprake is van een lichamelijke handicap of somatische aandoening, een rolstoeltoegankelijke woning nodig is, er minimaal 5 uur per week oproepbare ADL-assistentie nodig is én iemand voldoende sociaal zelfredzaam is om zelfstandig te wonen, zorg op te roepen en aanwijzingen te geven. De subsidieregeling ADL wordt volledig uitgevoerd door ZiNL. Indicatiebesluiten voor een ADL-woning worden afgegeven door het CIZ en vanaf 2022 rechtstreeks gecommuniceerd tussen het CIZ en de ADL-voorziening (en niet meer via het iWlz-berichtenverkeer gerouteerd). Is er zorg nodig buiten de ADL-voorziening, bijvoorbeeld tijdens het onderwijs of werk, dan wordt dit georganiseerd vanuit de andere domeinen (WMO of Zvw).
Eerstelijnsverblijf (ELV)	Eerstelijnsverblijf (ELV) wordt vanaf 2017 betaald door de zorgverzekeraar en vergoed vanuit de basisverzekering. Iemand zonder Wlz-indicatie kan hier een beroep op doen. Eerstelijnsverblijf is verblijf voor geneeskundige zorg die onder de verantwoordelijkheid valt van een huisarts, een specialist ouderengeneeskunde (SO) of een arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Het gaat dan om kortdurend verblijf, gemiddeld 3 maanden, en is meestal bedoeld voor kortdurende geneeskundige zorg. Het is niet bedoeld voor medisch-specialistische zorg. Eerstelijnsverblijf is gericht op mogelijk herstel en op terugkeer naar de eigen woonomgeving (herstelgerichte zorg). De zorg die nodig is kan dan niet altijd thuis geleverd worden omdat bijvoorbeeld 24-uurs toezicht of zorg (onplanbare momenten) in nabijheid nodig is, al dan niet met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Het kan bijvoorbeeld ook nodig zijn een cliënt tijdelijk op te nemen voor een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie. Eerstelijns verblijf kan ook ingezet worden voor PTZ als de cliënt niet zonder toezicht thuis kan zijn als de (professionele) zorgverlener er niet is. Meer informatie over vergoeding van eerstelijnsverblijf is terug te vinden in de beleidsregel Eerstelijnsverblijf van de NZa.
ELV en regionale coördinatiefunctie	De regionale coördinatiefunctie is opgezet vanuit de Zvw voor tijdelijk (medisch) verblijf zoals eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Er loopt een landelijk traject waarin deze functie zich verbreedt met de crisiszorg voor de Wlz (V&V). Planning is dat in 2022 deze regionale samenwerking landelijk volledig is ingericht.

	In de Zvw (en V&V) voldoet deze functie aan de volgende eisen: • Het beoordelen van de zorgbehoefte (triage). • Het 24/7 bereikbaar zijn voor huisartsen, ziekenhuizen en andere ketenpartners. • Inzicht geven in de beschikbare capaciteit van verblijfsmogelijkheden. • Het monitoren/ evalueren van de crisiszorg in de regio. • Afspraken maken met zorgaanbieders over bereikbaarheid en toegang tot de zorg. • Het uitvoeren van kwaliteit en effectmeting van de Regionale coördinatiefunctie Verblijf. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van de betreffende zorgaanbieder, het zorgkantoor en met deelnemende verwijzers.
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 boven op het basisbudget is mogelijk als de cliënt bij opname in een instelling ook is aangewezen op deze zorg of behandeling én deze toeslag (zoals EKT, Meertzorg MPT of Ademhalingstoeslag) niet gebonden is aan het verblijf in een instelling. Het budget is dan gelijk aan het PGB-budget voor een bepaald zorgprofiel, opgehoogd met de extra zorgkosten. Toeslagen voor kinderen die te maken hebben met het leveren van gebruikelijke zorg in een instelling (bij opname of dagprogramma), zijn uitgezonderd van vergoeding thuis.
Dagstructuur	Het kunnen structureren van de dag is belangrijk voor het welzijn van de cliënt en het goed functioneren in de thuissituatie. Dagstructuur zorgt voor houvast, duidelijkheid en overzicht. Daarvoor is regie-vermogen bij de cliënt belangrijk. Is dit niet het geval dan kan door het gebruik van dagbesteding de dag voor de verzekerde afdoende sturing en/of structuur krijgen.
Dwang en drang	Dwang en drang zijn vormen van beïnvloeding met als doel om iemand iets te laten ondergaan of aan te zetten tot bepaald handelen, of bepaald handelen juist niet te doen. Daarmee wordt iemands keuzevrijheid beperkt of zelfs geheel weggenomen (bij toepassing van dwang). Drang is minder ingrijpend. De cliënt behoudt (ruimte voor) keuzevrijheid waardoor er niet per se inbreuk ontstaat op de relatie met de hulpverlener (bijvoorbeeld bemoeizorg). Bij drang worden keuzeopties minder aantrekkelijk of onaantrekkelijk gemaakt of aan bepaalde voorwaarden verbonden (bijvoorbeeld medicatie accepteren of gedwongen opname).

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: ○ Alarmeringsmogelijkheden (binnen handbereik) en/of ○ Korte responstijd van mantelzorg of (professionele) zorgverleners en/of ○ Het gebruik kunnen maken van zorg op onplanbare momenten.
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: ○ 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 ○ 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 ○ Aanwezigheid van zorg ondersteunende hulpmiddelen zoals tillift, hoog-laagbed, aangepast toilet etc.
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 E. 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)

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). Meestal via VPT. Of zij regelen samen de zorg, vaak met hulp van hun familie. De zorg wordt dan veelal zelf ingekocht met een persoonsgebonden budget (PGB), al dan niet aangevuld met zorg in natura (ZIN).

	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.
Gewaarborgde hulp (PGB)	De gewaarborgde hulp is een door de cliënt ingeschakelde hulp van een derde die de budgethouder (verplicht) ondersteunt bij het voldoen/nakomen van de aan het PGB verbonden verplichtingen. Dit kan de wettelijk vertegenwoordiger zijn maar ook iemand anders of een organisatie. Meer informatie over de gewaarborgde hulp is terug te vinden in de Regeling langdurige zorg of via Per Saldo.
Handelingsverlegenheid	Handelingsverlegenheid houdt in dat de professional niet handelt of weet te handelen ondanks dat er zorgen of signalen zijn over de betreffende cliënt. Handelingsverlegenheid ontstaat uit onvermogen om (nog) adequaat te handelen en komt voort uit aarzelingen bij de professional zelf.
Intramurale toeslag	Een intramurale toeslag is extra budget bij verblijfszorg (intramurale opname) dat kan worden ingezet boven op het bedrag voor het toegewezen zorgprofiel. Daarmee kan de cliënt meer zorg krijgen dan waar hij op grond van zijn geïndiceerde zorgprofiel recht op heeft. Om aanspraak te maken op een toeslag moet wel aan bepaalde voorwaarde(n) worden voldaan. De voorwaarden zijn afhankelijk van de toeslag en zijn terug te vinden in de NZa beleidsregels en het zorginkoopbeleid van zorgkantoren. Een intramurale toeslag kan worden ingezet zonder een aanpassing (van het %) in de zorgtoewijzing voor verblijfszorg. Voorbeelden van intramurale toeslagen zijn: ○ Invasieve beademing, Non-Invasieve beademing (ook mogelijk bij extramurale zorg) of ○ Huntington, Cerebrovasculair Accident (CVA), Multifunctioneel centrum, Observatie, Gespecialiseerde epilepsiezorg, Niet strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP) en Woonzorg gehandicaptenzorg (kind/jeugd/jongvolwassen).
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	Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende. Dit gebeurt door personen uit de directe omgeving van degene die hulp of zorg nodig heeft, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (Zorg Nabij, VWS 2001). Het verschil met informele zorg (vrijwillige inzet) is dat mantelzorgers een relatie hebben met degene voor wie ze zorgen: een emotionele betrokkenheid. Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor een persoon met een chronische ziekte, gehandicapte of hulpbehoevende persoon uit hun omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn, maar ook een ander familielid, vriend of kennis. Vanaf 2017 wordt bij de indicatiestelling door het CIZ voor toegang tot de Wlz geen rekening gehouden met de mogelijkheden van de mantelzorg Bij mantelzorg: - o Gaat het om zorg waarop een cliënt wel aanspraak heeft; - o Wordt de normale (gebruikelijke) zorg in zwaarte, duur en/of intensiteit aanmerkelijk overschreden; - o Is er sprake van zorg op basis van vrijwilligheid, dat wil zeggen dat de mantelzorger bereid en in staat is deze zorg te leveren; - o 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.
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.
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.
Personenalarmering voor iemand met	Personenalarmering is een alarmsysteem waarmee iemand in staat is om met 1 druk op de knop hulp (van buitenaf) in te roepen als dat nodig is. Dat kan dag en nacht in en om huis maar ook in een verblijfs- of woonvoorziening.

Wlz-indicatie

Deze mogelijkheid heeft tot doel iemand een veilig gevoel te geven (zodat iemand langer thuis kan wonen). Om een declaratie voor de alarmopvolging zelf in te dienen is altijd een zorgtoewijzing nodig. Omdat alarmering en eventuele opvolging op voorhand niet te voorspellen is wordt een inschatting gemaakt van de gemiddelde zorginzet. Deze inschatting wordt meegenomen in het aan te vragen percentage MPT en/ of PGB.

Personenalarmering bij verblijfszorg, mét of zonder behandeling

- Kiest een zorgaanbieder ervoor dit soort technische voorzieningen te gebruiken bij het bieden van de zorg, dan komen deze kosten voor rekening van de zorginstelling;
- Dat geldt niet alleen voor de technische voorziening zelf maar ook voor de bijkomende kosten zoals aansluitingskosten, abonnementskosten en kosten voor de oproepen. De cliënt betaalt hier dus zelf niets voor en deze kosten worden ook niet in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar (via de basis of aanvullende zorgverzekering van een cliënt).

Personenalarmering bij zelfstandig wonen/ aanleunwoning, (geclusterd) VPT of MPT

- Woont een cliënt nog zelfstandig dan maken de zorgaanbieder en de cliënt samen afspraken over de te leveren zorg en of personenalarmering nodig is;
- Kiest een zorgaanbieder ervoor om technische voorzieningen te gebruiken bij het bieden van de zorg (zorg op afstand), dan komen deze kosten voor rekening van de zorgaanbieder. Dat geldt voor de technische voorziening zelf en ook voor de bijkomende kosten zoals aansluitingskosten, abonnementskosten en kosten voor de oproepen. De cliënt betaalt hier dus zelf niets voor en deze kosten worden ook niet in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar (via de basis of aanvullende zorgverzekering van een cliënt);
- Is personenalarmering voor een cliënt nodig en is daarvoor nog geen systeem beschikbaar in de woning of het appartement? Dan neemt de zorgaanbieder de kosten voor het realiseren van deze voorziening op zich. Het realiseren van de personenalarmering én de opvolging van de oproepen vallen onder de Wlz;
- Heeft de zorgaanbieder zelf al een systeem voor personenalarmering aangelegd in de woningen/ appartementen? Dan vallen de abonnementskosten én de opvolging van de oproepen voor een cliënt onder de Wlz;
- Wordt er met de zorgaanbieder niet afgesproken dat personenalarmering nodig is (geen onderdeel van het zorgplan) én kiest de cliënt en/ of mantelzorger toch voor toezicht via alarmeringsapparatuur? Dan zijn alle kosten hiervan voor eigen rekening, deze worden dan ook niet vergoed door de zorgverzekeraar vanuit de basis of aanvullende zorgverzekering van de cliënt.

	Personenalarmering bij zelfstandig wonen/ aanleunwoning voor iemand met alléén PGB • Wil een budgethouder gebruik maken van personenalarmering en woont hij/ zij niet in een wooninitiatief? Dan betaalt de budgethouder de aanschaf, het onderhoud en de abonnementskosten van de personenalarmering zelf. Dit wordt niet vergoed worden vanuit de Wlz of zorgverzekering (basis of aanvullende verzekering). De budgethouder kan hiervoor eventueel het verantwoordingsvrije bedrag gebruiken; • Wil een budgethouder gebruik maken van een personenalarmering en woont hij/ zij in een wooninitiatief? Dan kan een bepaald deel van deze kosten betaald worden vanuit het PGB. Zie de actuele vergoedingenlijst PGB: de ophoging wooninitiatief kan in dat geval gebruikt worden om collectieve alarmsystemen voor de aanwezige gemeenschappelijke ruimte uit het PGB te bekostigen; • De opvolging kan worden bekostigd via het PGB (vanuit de Wlz). Hiervoor stelt de budgethouder zelf een contract op met de zorgverlener.
Personenalarmering voor iemand zonder Wlz-indicatie	Personenalarmering voor iemand zonder Wlz-indicatie Voor iemand zonder Wlz-indicatie is op de website van Zorginstituut Nederland meer informatie te vinden over hoe de personenalarmering, de abonnementskosten en de opvolging vergoed worden (zie Alarmeringsapparatuur (Personenalarmering) (Zvw) Verzekerde zorg Zorginstituut Nederland).
Persoonlijk assistentie-budget	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: 1) In geval de cliënt geïndiceerd is voor het zorgprofiel LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging dan wel voor het zorgzwaartepakket Z(Z)P LG 5, ZZP LG 6, Z(Z)P LG 7, Z(Z)P VV 7 of Z(Z)P VV 8 kan het zorgkantoor, op aanvraag van de cliënt, zijn persoonsgebonden budget ophogen als de cliënt: 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; b) 18 jaar of ouder is; c) geen cognitieve beperkingen heeft, en

	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. 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. 3) De hoogte van het bedrag waarmee het budget maximaal kan worden opgehoogd staat beschreven in de regeling PGB. Omdat deze jaarlijks kan worden aangepast is deze informatie hier niet opgenomen. (Bij het ophogen van het budget wordt ook rekening gehouden met de mogelijkheden van de partner of mantelzorg.)
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.
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.
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 thuishouden als deze graag in zijn vertrouwde omgeving blijft en de mantelzorger een (dag)deel weg wil (incidenteel of met regelmaat) of om een gezamenlijke vakantie van de mantelzorger en de zorgvrager. Respijtzorg wordt uit de Wlz betaald als de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.

(SG)LVG-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 de geïndiceerde zorg met een bepaalde leveringsvorm is toegewezen aan een bepaalde (voorkeur)aanbieder. En of het ingezette zorgarrangement door deze zorgaanbieder een tijdelijke oplossing is (Overbrugging) of de gewenste en best passende (Regulier). De administratieve zorgtoewijzing is hierop een uitzondering omdat die een relatie heeft met financiering van tijdelijk andere zorg.
Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis	Het toetsingskader Doelmatige en verantwoorde zorg thuis bood zorgkantoren (en zorgaanbieders) een handvat voor het beoordelen of de zorg thuis doelmatig en verantwoord kan plaatsvinden. Vanaf 1 januari 2015 is dit een wettelijke taak van de zorgkantoren (overgang van AWBZ naar Wlz). Het toetsingskader is op 1 november 2015 ingevoerd en vanaf 2017 volledig geïntegreerd in het Voorschrift. Bij Cliënten die vóór 1 november 2015 zorg thuis ontvingen, wordt rekening gehouden met de eerder toegewezen zorg en het daarbij passende budget. Bij een ongewijzigde zorgvraag blijft deze gelijk. Is er meer zorg nodig, dan wordt via het reguliere proces beoordeeld of een cliënt uit deze groep daarvoor in aanmerking komt.
Toekenningstabel PGB	De toekenningstabel PGB is een landelijk tabel die gebruikt kan worden voor 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" met bijbehorend budget.
Treeknorm	Een Treeknorm is een streefnorm voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor het leveren van niet spoedeisende zorg. In 2000 zijn deze streefnormen voor wachttijden in het zogeheten Treekoverleg voor de eerste keer afgesproken door zorgaanbieders en verzekeraars. Voor alle zorgvormen binnen de V&V, GZ en GGZ waar een Wlz-zorgprofiel van toepassing is voor verblijf (met behandeling) geldt een treeknorm van 13 weken. Uitzondering hierop vormt verblijf met behandeling in de sector V&V en GGZ. Daarvoor geldt een treeknorm van 6 weken. Voor zorg thuis is de treeknorm 6 weken. Op grond van het amendement Bergkamp en Van Weyenberg krijgt de treeknorm in de toekomst mogelijk een meer cliëntgerichte invulling. In plaats van een harde termijn van 6 of 13 weken, moet de best passende oplossing voor de cliëntsituatie op de voorgrond staan. Ook als daarvoor iets meer tijd nodig is. De nieuwe structuur van wachtstatussen/ classificaties loopt vooruit op deze nog te voeren discussie.

Verantwoorde zorg	Verantwoorde zorg is cliëntgerichte zorg die de kwaliteit van leven voor een cliënt verbeterd. De zorg is afgestemd op de indicatie en de reële zorgbehoefte van een cliënt. Verantwoorde zorg is ook doeltreffende zorg en doelmatige zorg die veilig geleverd wordt. Verantwoorde zorg is daarnaast zorg van een goed niveau: de zorg die een cliënt krijgt voldoet aan wettelijke vereisten, beroepscode, landelijk door beroepsgroepen geautoriseerde richtlijnen, professionele standaarden en handreikingen. Deze zijn gebaseerd op laatste inzichten (en zo mogelijk evidence based).
VECOZO Notitieverkeer	Het VECOZO-Notitieverkeer is bedoeld om op een beveiligde manier (via een beveiligde omgeving) informatie uit te wisselen over zorgvragen van cliënten met een Wlz-indicatie. Het gaat hier om (privacygevoelige) informatie die niet via iWlz kan worden doorgegeven. Het Notitieverkeer wordt op dit moment alleen gebruikt door zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders (het CIZ en CAK zijn niet aangesloten).
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: 1. Curator = benoemd door de rechter 2. Mentor = benoemd door de rechter 3. De schriftelijk gemachtigde = benoemd door de cliënt zelf (in een schriftelijke verklaring) 4. De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt = niet benoemd, vrijwillig 5. Een ouder/ kind/ broer/ zus = niet benoemd, vrijwillig 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. Deze cliënten zijn bij de transitie naar de Wlz, op 1 januari 2015, niet uitgestroomd naar de andere domeinen omdat de verwachting was dat de Wlz het best passende domein was. VWS heeft voor deze groep een tijdelijk overgangsrecht geregeld. In deze overgangsperiode heeft het CIZ bepaald of een cliënt aanspraak hield op de Wlz (indicatie voor een zorgprofiel) of niet (uitstroom andere domein). De overgangsregeling is in 2020 opgeheven. Voor iedereen die aanspraak hield op Wlz-zorg is de zorg regulier ingeregeld.

Zelfregie	Er is sprake van adequate zelfregie als de verzekerde (aantoonbaar) in staat is op eigen kracht de door hem gekozen zorgaanbieders en mantelzorgers aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen. Dit gebeurt op zodanige wijze dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
Zelfzorg	Zelfzorg is de mate waarin iemand in staat is voor zichzelf te zorgen. De mate waarin iemand nog zelf kan doen en kan beslissen om te voorzien in de eigen basisbehoeften.
Zorgplan	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 of ZZP (Zorgzwaartepakket)	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.

8. Bijlage B: Belangrijke informatie en websites

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

9. Bijlage C: Vertaaltabel

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

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

Uitgangspunten:

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

7. Niet toegestane omzettingen:
 - a) Van een zorgprofiel (anders dan GGZB) naar een GGZB-zorgprofiel;
 - b) Van een zorgprofiel (anders dan een GGZW) naar een GGZW-zorgprofiel;
 - c) Van een GGZW-zorgprofiel naar een ander zorgprofiel;
 - d) Van een zorgprofiel (anders dan VVgB) naar een VVgB-zorgprofiel;
 - e) Van een zorgprofiel (anders dan SGLVG, LVG of VG7) naar een (SG)LVG of VG7;
 - f) Van een zorgprofiel (anders dan ZGvis) naar een ZGvis-zorgprofiel;
 - g) Van een zorgprofiel (anders dan ZGaud) naar een ZGaud-zorgprofiel.
8. Omzetting die onder voorwaarden (en in overleg) is toegestaan. De omzettingen worden altijd handmatig beoordeeld door het zorgkantoor:
 - a) Omzetting van een (SG)LVG-zorgprofiel (zie paragraaf 4.2.2);
 - b) Omzetting van een GGZW-zorgprofiel naar een ander profiel (ervaring opbouwen);
 - c) Omzetting van een VG7 zorgprofiel naar een ander instellingseigen VG-zorgprofiel mag maximaal 6 maanden met de mogelijkheid dit eenmalig te verlengen met een periode van 6 maanden. De zorg moet dan altijd geleverd worden door een VG-zorgaanbieder die is toegelaten voor verblijfszorg met behandeling. Bij de omzetting mag de behandelcomponent niet worden meegerekend, tenzij daarover met het zorgkantoor andere afspraken zijn gemaakt. Het zorgkantoor beoordeelt deze omzettingen altijd handmatig. Dit geldt ook voor omzetting van een VG7 zorgprofiel naar een LG of V&V zorgprofiel;
 - d) Omzetting van een GGZB naar een lager GGZB-zorgprofiel kan maximaal voor de duur van 3 jaar en op voorwaarde dat de cliënt nog in een GGZ-behandelinstelling is opgenomen. Een GGZB-zorgprofiel kan niet naar een V&V of GZ-zorgprofiel worden omgezet. Aanvraag van een nieuwe indicatie is dan aangewezen;
 - e) Omzetting van een hoog zorgprofiel naar een zorgprofiel die valt onder de categorie lage zorgprofielen: 1VV, 2VV, 3VV, 1VG, 2VG of 1LG. (Of 3LG, 1ZGvis of 1ZGaud als het indicatiebesluit is afgegeven voor 31 december 2014). De omzetting kan voor zover het tarief van het lage zorgprofiel niet hoger ligt dan het geïndiceerde zorgprofiel.
9. Omzetting die is toegestaan, rekening houdend met voorliggende punten:
 - a) tussen zorgprofielen VV-SOM, VV-PG, VG of LG;
 - b) als een cliënt met zorgprofiel VVgB klaar is met revalidatie en in een verblijfs- setting woont. Het zorgprofiel VVgB 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 VVgB);
 - 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 D: Overgangsrecht laag zorgprofiel

Overgangsrecht laag zorgprofiel

Bij invoering van de Wlz heeft VWS bepaald dat een aantal lage zorgprofielen¹⁷² 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 (of gaan) wonen. De terugkeergarantie geldt alleen voor opname in een zorginstelling als de cliënt nog beschikt over een geldig indicatiebesluit. Er is voor opname in een instelling 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 gelijkgesteld aan opname in een instelling);
- LG1 of LG3 die door het CIZ voor het eerst geïndiceerd op of na 1 januari 2015 (géén herindicatie) en een onbepaalde geldigheidsduur heeft voor de Wlz;
- ZGaud1 of ZGvis1 die door het CIZ voor het eerst geïndiceerd op of na 1 januari 2015 (géén herindicatie) en een onbepaalde geldigheidsduur heeft voor de Wlz;
- de cliënten met een laag zorgprofiel LG of ZG (na 1 januari 2015 geïndiceerd) hoefden niet uit te stromen. Het indicatiebesluit mag verzilverd worden in alle Wlz-leveringsvormen.

¹⁷² 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 E: Gebruikelijke zorg

Dit hoofdstuk beschrijft wanneer iemand is aangewezen op Wlz-zorg, omdat de zorg meer is dan wat iemand vanuit de sociale omgeving van een verzekerde nog zou moeten bieden ('gebruikelijke zorg'¹⁷³). Het CIZ 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 (risico op) ernstig nadeel? En overstijgt zijn zorgbehoefte de gebruikelijke zorg, dan kan het kind mogelijk in aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz.

¹⁷³ Bron CIZ, beleidsregels indicatiestelling Wlz. Toelichting op het begrip 'redelijkerwijs' in artikel 3.2.1 lid 1 Wlz en de memorie van toelichting bij de Wlz, hoofdstuk 2.2.1.

Uitgangspunten gebruikelijke zorg

Gebruikelijke zorg is het door ouders bieden van een veilige thuisomgeving (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 ontwikkelingsachterstand¹⁷⁴ 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 ontwikkelingsperspectief¹⁷⁵, 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 Zvw¹⁷⁶ 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 CIZ wel een indicatie voor de Wlz afgeven (in de praktijk vindt deze verschuiving rond de vijfde verjaardag plaats). 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);

¹⁷⁴ Minimaal een matig verstandelijke beperking.

¹⁷⁵ Minimaal een matig verstandelijke beperking.

¹⁷⁶ Besluit langdurige zorg, artikel 3.1.5

- 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.

Richtlijn¹⁷⁷ 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 zelfzorg¹⁷⁸ 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.

¹⁷⁷ Er staat richtlijn omdat voor ieder kind een individuele beoordeling van de zorgbehoefte noodzakelijk is, omdat

¹⁷⁸ Zelfzorg is algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), persoonlijke verzorging, hygiëne en zo nodig verpleegkundige zorg.

12. Bijlage F: DTV en hulpmiddelen/ vervoer

Hulpmiddelen

Gemiddeld aantal etmalen (ZIN) p.w.	Mobiliteitshulpmiddelen (individueel gebruik)	Persoonsgebonden hulpmiddelen (individueel gebruik)	Roerende voorzieningen instelling (algemeen gebruik)	Roerende voorzieningen thuis	Woon-Aanpassingen (thuis)
0, 1, 2, 3.	Altijd Wmo + Zvw (enkele hulpmiddelen) ¹	Zvw	Wlz	Zvw (kortdurend gebruik + hoog/laag-bed) Wmo (langdurig gebruik)	Wmo
3,5 4 4,5 (DTV)	<i>Wlz en Wmo</i> Uitgangspunten: • zijn in principe mee te nemen; • zo nodig bij ander gebruiksdoel³, twee exemplaren in Wlz • Wlz/zorgkantoor: <i>nieuwe</i> aanvragen • Wmo: <i>bestaande</i> hulpmiddelen (onderhoud en aanpassingen) Zvw (enkele hulpmiddelen)¹	<i>Altijd Zvw</i> Uitgangspunten: • zijn in principe mee te nemen; • Zvw verstrekt tweede exemplaar mits cliënt daar redelijkerwijs op is aangewezen)	<i>Altijd Wlz</i>	<i>Zvw/Wmo</i> Uitgangspunten: • hulpmiddelen zijn op twee plekken nodig t.a.v. Wmo: • Gemeente dient onderzoek te doen naar maatwerkvoorziening ook als cliënt Wlz-indicatie heeft of volgens de gemeente voor de Wlz in aanmerking komt (recente uitspraak Centrale Raad van Beroep)	<i>Wmo:</i> Uitgangspunten: • onderhoud en reparatie van <i>bestaande</i> woningaanpassingen (dit is onderdeel contractuele gemeente en leveranciers); • <i>nieuwe</i> woningaanpassingen: gemeente kan na onderzoek een aanvraag toekennen of gemotiveerd afwijzen. (cf.: roerende voorzieningen).

				Gemeente mag na dit onderzoek weigeren (art. 2.3.5. lid 6)	
5, 6, 7	Altijd Wlz	Verblijf zonder behandeling: Zvw Verblijf met behandeling: Wlz, Zvw ²	Altijd Wlz	Zie: DTV Bij 7: n.v.t.	Zie: DTV Bij 7 n.v.t.

¹ Zoals trippelstoel op maat.

² Wlz voor zover het hulpmiddel verband houdt met de in de instelling gegeven zorg, anders Zvw.

³ 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 (individuele Verbruikshulpmiddelen): Persoonlijke hulpmiddelen: orthopedische schoenen, orthesen, prothesen.

Verbruikshulpmiddelen: verbandmiddelen, incontinentiemateriaal, e.d.

Roerende voorzieningen bij de zorgverlening en voor het wonen: tillift, douchestoel, toiletstoel, hoog-laag bed (algemeen gebruik).

Vervoer

Gemiddeld aantal etmalen (ZIN) p.w.	Vervoer van/ naar dagbesteding (etmalen thuis) *	Vervoer van/ naar dagbesteding (etmalen verblijf) *	Vervoer van/ naar huis naar verblijf (wisseldag) Zittend ziekenvervoer
0	Wlz	Wlz	n.v.t. **
1			Zvw ***
2			Zvw ***
3			Zvw ***
3,5	Wlz	Wlz	Zvw ***
4 4,5	Wlz	Wlz	Zvw ***
5 6	Wlz	Wlz	Zvw ***
7	Wlz	Wlz	n.v.t. **

*) Vervoer naar dagbesteding/ dagbehandeling valt altijd onder de Wlz. Het maakt niet uit of een verzekerde in een Wlz-instelling verblijft of thuis (artikel 3.1.1, eerste lid, onder f, Wlz) met VPT/ MPT/ PGB of een combinatie van MPT EN PGB.

**) Als een verzekerde uitsluitend in een Wlz-instelling verblijft of uitsluitend thuis, dan is er geen sprake van DTV en vervoer 'naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven' zoals bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onder b, Besluit zorgverzekering (Bzv).

***) Als een verzekerde 'zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen' (artikel 2.14, eerste lid, onder c, Bzv) of 'het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen' (artikel 2.14, eerste 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 G: Extra voorbeeld wachtlijstbeheer

Inleiding

In deze bijlage staat 1 extra voorbeeld uitgewerkt om te laten zien hoe het zorgtoewijzingsproces wordt vertaald naar iWlz-berichten.

Voorbeeld (Partner)opname familie Yusuf

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

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

Voorbeeld 7a

Huis aan Zee heeft een wachtlijst. Mevr. Yusuf wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen en niet tijdelijk bij een andere aanbieder opgenomen worden. Dit is verantwoord omdat haar kinderen dichtbij wonen en extra mantelzorg kunnen geven.

Huis aan Zee stuurt een Mutatiebericht (AW39) met **wachtstatus Wacht op voorkeur** en **classificatie Partneropname**. Daarnaast vraagt Huis aan Zee een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan voor MPT (overbruggingszorg). Thuiszorg aan de Kust gaat het MPT leveren. Het zorgkantoor stuurt op 13 maart de zorgtoewijzingen naar beide zorgaanbieders.

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

Voorbeeld 7b

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

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

Voorbeeld 7c

Na een stabiele periode verslechtert de situatie van mevr. Yusuf. De mantelzorgers dreigen overbelast te raken. Het is niet verantwoord om nog lang alleen thuis te wonen. Thuiszorg aan de kust overlegt met Huis aan Zee. Er komt op korte termijn geen kamer vrij waar mevr. Yusuf samen met haar man kan gaan wonen en ook niet tijdelijk een eenpersoonskamer. In overleg met mevr. en haar familie wordt een tijdelijke opname bij een andere aanbieder gezocht.

Huis aan Zee stuurt op 1 juni een mutatiebericht om de **wachtstatus Actief plaatsen** en **classificatie (Tijdelijk) andere aanbieder bespreekbaar** door te geven aan het zorgkantoor. Alle betrokken partijen (zorgaanbieders en zorgkantoor) beschikken nu over dezelfde actuele wachtlijst-informatie.

AW39 (verzonden op 01-06-2021) van Huis aan Zee naar Zorgkantoor Beëindiging/mutatie Wlz-zorg
Mutatie Zorgzwaartepakket (zorgprofiel) Besluitnummer: 301 Zorgprofiel: 6VV ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021 Instelling: Huis aan Zee Mutatiecode: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren) Mutatiedatum: 01-06-2021 Leveringsstatus: Actief plaatsen Classificatie: (Tijdelijk) Andere aanbieder bespreekbaar Leveringsvorm: Verblijf

Voorbeeld 7d

Mevr. Yusuf krijgt op 11 juni bericht dat ze tijdelijk kan worden opgenomen bij De Vuurtoren, een zorgaanbieder in de buurt. Ze verhuist op 16 juni. Huis aan Zee vraagt hiervoor op 14 juni een AAT aan voor een half jaar, omdat de wachtstatus bij Huis aan Zee ongewijzigd blijft (Actief plaatsen). Daarnaast geeft Huis aan Zee meteen een classificatiewijziging voor zichzelf door bij de **wachtstatus Actief plaatsen**.

Omdat de voorkeur van mevrouw voor Huis aan Zee ongewijzigd blijft wordt de classificatie, na opname bij De Vuurtoren, omgezet van **(Tijdelijk) andere aanbieder bespreekbaar** naar

Voorkeuraanbieder leidend. Het zorgkantoor handelt de aanvraag op 15 juni af en verstuurt de bijbehorende zorgtoewijzingen.

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

Voorbeeld 7e

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

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

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

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

Voorbeeld 7f

Huis aan Zee heeft een plaats vrij voor mevr. Yusuf. Ze verhuist op 4 augustus 2021. Op 6 augustus ontvangt het zorgkantoor hiervoor een MAZ van Huis aan Zee. De wachtstatus/classificatie wijzigt van de wachtstatus **Actief plaatsen, Voorkeur leidend** naar de leveringsstatus **In zorg**. Door deze MAZ wordt de overbruggingszorg ingetrokken. De Vuurtoren hoeft geen melding einde zorg aan te leveren bij het zorgkantoor, omdat de zorg eindigt op de einddatum van de ingekorte zorgtoewijzing. Het zorgkantoor levert de MAZ van Huis aan Zee ook aan bij het CAK via een CA317-bericht, zodat het CAK weet dat een andere zorgaanbieder de verblijfszorg levert.

AW35 (verzonden op 06-08-2021) Van Huis aan Zee naar het Zorgkantoor	
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 6VV ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021 Begindatum: 04-08-2021	Instelling: Huis aan Zee Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: Verblijf Behandeling: Ja

Voorbeeld 7g

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

Toegewezen zorgprofiel 6VV (1)

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

Toegewezen zorgprofiel 6VV (2)

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

Voorbeeld 7h