

# Voorschrift Zorgtoewijzing 2018

## Addendum bij overeenkomst 2018 Zorgkantoor – Zorgaanbieder Wlz

Zorgverzekeraars Nederland | november 2017

### Disclaimer

*De documenten opgesteld door het zorgkantoor ten behoeve van de inkoop van langdurige zorg 2018 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 indien 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 dan wel een wijziging betreffende de Wlz-regelgeving.*

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
1.1	Context	4
1.2	Doelstelling voorschrift	5
<b>2.</b>	<b>Inleiding en uitgangspunten</b>	<b>6</b>
2.1	Inleiding	6
2.2	Proces van zorgtoewijzing	6
<b>3.</b>	<b>Wlz-zorg</b>	<b>9</b>
3.1	Inleiding	9
3.2	Algemene uitgangspunten	9
3.3	Vormen van Wlz-zorg	11
3.3.1	Crisisopname in een instelling	11
3.3.2	Opname in een instelling	13
3.3.3	Opname in een instelling, intensieve zorgvraag (meerzorg)	13
3.3.4	Opname in combinatie met zorg thuis	14
3.3.5	Zorg thuis geregeld met een Volledig pakket thuis (VPT)	15
3.3.6	Zorg thuis geregeld met een Modulair pakket thuis (MPT)	16
3.3.7	Zorg thuis geregeld met een PGB	17
3.3.8	Zorg thuis, intensieve zorgvraag (EKT of ademhalingstoeslag)	17
3.3.9	Zorg thuis, intensieve zorgvraag (meerzorg)	18
3.3.10	Medische specialistische verpleging thuis (MSVT)	18
3.3.11	Tijdelijk verblijf naast zorg thuis (VPT, MPT of PGB)	19
3.3.12	Dagbesteding naast opname of zorg thuis (GZ)	19
3.3.13	Partneropname	20
<b>4.</b>	<b>Zorgtoewijzing en levering</b>	<b>21</b>
4.1	Inleiding	21
4.2	Uitgangspunten en werkwijze voor het organiseren van zorg thuis	21
4.3	Extra toeslagen thuis	30
4.4	Zorgtoewijzing	30
4.4.1	Te leveren zorgprofiel is gelijk aan geïndiceerd zorgprofiel (opname)	30
4.4.2	Te leveren zorgprofiel wijkt af van geïndiceerd zorgprofiel (opname)	31
4.5	Geen passend zorgarrangement door voorkeuraanbieder	31
4.6	Overbruggingszorg thuis tot aan opname in een zorginstelling	32
4.6.1	Overbruggingszorg thuis na overdracht vanuit andere domein	33

4.6.2	Aanvraag overbruggingszorg tot opname	35
4.6.3	VPT als overbruggingszorg tot opname	36
4.7	Overbruggingszorg totdat alternatieve zorg thuis geregeld is	36
4.8	Behandeling als onderdeel van de zorg (thuis)	37
4.8.1	Afbakening behandeling	37
4.8.2	Behandeling bij overbruggingszorg of een MPT	38
4.8.3	Tijdelijk behandeling naast een VPT of opname zonder behandeling	40
4.9	Regelzorg	42
4.10	Palliatief Terminale Zorg	42
4.11	Tijdelijk verblijf (logeren)	44
4.11.1	MPT en logeren	44
4.11.2	VPT en logeren	45
4.12	MPT en VPT Vakantieopnames	45
4.12.1	MPT vakantieopnames	45
4.12.2	VPT vakantieopnames	45
4.13	Administratieve zorgtoewijzing	45
4.14	Transferzorg	46
<b>5.</b>	<b>Wie doet wat voor de cliënt</b>	<b>48</b>
5.1	Inleiding	48
5.2	Bepalen dossierhouder	48
5.3	Wie heeft welke taken en verantwoordelijkheden?	49
5.4	Wanneer stopt het dossierhouderschap?	55
5.5	Verandering van dossierhouder	55
<b>6.</b>	<b>Zorgweigering en zorgbeëindiging</b>	<b>56</b>
6.1	Inleiding	56
6.2	Zorgweigering	56
6.3	Zorgbeëindiging	57
<b>7.</b>	<b>Bijlage A: Begrippenlijst</b>	<b>60</b>
<b>8.</b>	<b>Bijlage B: Belangrijke informatie en websites</b>	<b>69</b>
<b>9.</b>	<b>Bijlage C: Leveringsstatus</b>	<b>70</b>
<b>10.</b>	<b>Bijlage D: Vertaaltabel</b>	<b>73</b>
<b>11.</b>	<b>Bijlage E: Uitgangspunten rekenmethodiek rekenmodule</b>	<b>75</b>
<b>12.</b>	<b>Bijlage F: Overgangsrecht voor cliënten met een laag zorgprofiel</b>	<b>78</b>
12.1	Over welke lage zorgprofielen gaat het overgangsrecht?	78
12.2	Welke keuzemogelijkheden zijn er in het overgangsrecht?	79

12.3	Clënten waarop geen overgangsrecht van toepassing is	79
13.	<b>Bijlage G: Overgangsrecht voor Wlz-indiceerbaren</b>	<b>81</b>
14.	<b>Bijlage H: Gebruikelijke zorg</b>	<b>85</b>
15.	<b>Bijlage I: Regeling crisisopname</b>	<b>88</b>
15.1	Algemene uitgangspunten	88
15.2	Processchema crisisopname V&V en GZ	89
15.3	Processtappen crisissituatie V&V	90
15.3.1	Rollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden	93
15.4	Processtappen crisissituatie GZ	95
15.4.1	Rollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden	98
16.	<b>Bijlage J: Regeling Meezorg</b>	<b>101</b>
16.1	Advies meezorg van het CIZ	101
16.2	Aanvraag meezorg intramuraal	101
16.3	Aanvraag meezorg MPT, MPT met PGB of VPT	105
16.4	Bezwaarprocedure	105
16.5	Verhuizing	106
16.6	Proeftuinen meezorg	106

# 1. Voorwoord

Voor u ligt het Voorschrift zorgtoewijzing 2018. Hierna voorschrift genoemd. Het voorschrift<sup>1</sup> maakt onderdeel uit van de Wlz-overeenkomst 2018 tussen zorgkantoren en zorgaanbieders en sluit aan bij het zorginkoopbeleid van de zorgkantoren. Het voorschrift is van toepassing op alle cliënten met een geldig indicatiebesluit voor Wlz-zorg.

In dit voorschrift zijn het protocol Crisiszorg en het protocol Meerzorg geïntegreerd. Verder zijn beleidswijzigingen op het gebied van palliatief terminale zorg (PTZ), logeren en medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT) verwerkt. En is de procedure voor het aanvragen van tijdelijke behandeling naast een ZZP of VPT versoepeld.

## 1.1 Context

De cliënt heeft een centrale positie in de Wlz. De Wlz<sup>2</sup> beoogt tijdige en passende zorg te bieden aan mensen met een Wlz-indicatie, rekening houdend met het individueel welzijn en het leven zoals mensen dat het liefst willen leven. Zo lang mogelijk thuis wonen en deel uit maken van de samenleving is hier onlosmakelijk mee verbonden. Zorg op maat, zorg die past bij de identiteit van de cliënt, zorg die aansluit bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt, keuzevrijheid, zelfregie en persoonsvolgende zorg zijn allemaal begrippen die hier ook naar verwijzen en waar in de Wlz op gestuurd wordt.

Om de centrale positie van de cliënt te versterken is in de Wlz geregeld dat de cliënt een onafhankelijke cliëntondersteuner kan inschakelen. En ligt er meer nadruk op de informatie- en zorgplicht van zorgkantoren. De Wlz beschrijft verder dat het zorgkantoor moet beoordelen of zorg thuis doelmatig en verantwoord geleverd kan worden<sup>3</sup>. De Wlz verplicht zorgkantoren om een cliënt te informeren over het resultaat van deze beoordeling via een beschikking. Vanaf 2018 ontvangen cliënten bij een positieve beoordeling geen beschikking meer van het zorgkantoor. In de situatie van een negatieve beoordeling informeert het zorgkantoor de cliënt hier wel over.

---

<sup>1</sup> Het toetsingskader Doelmatige en verantwoorde zorg thuis (2015) is vanaf 2017 geïntegreerd in het voorschrift. Net zoals de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis (bijlagen bij het voorschrift).

<sup>2</sup> De Wlz is vanaf 2015 van kracht en vervangt de AWBZ.

<sup>3</sup> Voor de beoordeling van doelmatige en verantwoorde zorg thuis geldt vanaf 1 november 2015 het toetsingskader. Bij Cliënten die daarvoor al 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 via het reguliere proces beoordeeld of een cliënt uit deze groep daarvoor in aanmerking komt.

## 1.2 Doelstelling voorschrift

### *Reikwijdte voorschrift*

In de Wlz-keten zijn de Wlz-uitvoerders (zorgverzekeraars) verantwoordelijk voor het efficiënt organiseren en monitoren van het regionale proces van zorgtoewijzing en tijdige zorgverlening aan cliënten (eigen verzekerden). De uitvoering van dit proces is door de Wlz-uitvoerders aan de zorgkantoren gemandateerd. Voor een uniforme en transparante uitvoering hebben zorgkantoren het voorschrift<sup>4</sup> opgesteld. Cliënten (verzekerden) in het domein van de Wlz hebben hierdoor overal in Nederland een vergelijkbaar recht op verblijf in een instelling, overbruggingszorg of een zorgarrangement thuis.

Voor Wlz-zorgaanbieders levert dit administratieve lastenverlichting op: de zorgaanbieder kan het zorgtoewijzingsproces, ongeacht het betrokken zorgkantoor, op een eenduidige wijze afhandelen en verwerken in het administratieve proces.

Om meer maatwerk te realiseren is rekening gehouden met het verschil tussen de doelgroepen (sectoren) binnen de Wlz. Verder sluit de beschreven werkwijze aan bij de professionele rol van zorgaanbieders.

### *Status voorschrift zorgtoewijzing*

Het voorschrift zorgtoewijzing is opgesteld in ZN-verband. Het concept document is gedeeld met de verschillende branchepartijen van zorgaanbieders, VWS, ZINl en de NZa. Reacties zijn, voor zover van toepassing, verwerkt in het voorschrift.

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

In 2018 wordt een nieuwe versie van het voorschrift uitgebracht vanwege het in gebruik nemen van iWlz 2.0. Publicatie gebeurt ongeveer 2 maanden voor de implementatiedatum.

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

Zorgkantoren hebben de mogelijkheid om op onderwerpen die in het voorschrift zijn opgenomen aanvullend beleid te publiceren. Dat geldt ook voor onderwerpen die niet in het voorschrift staan.

### *Versiebeheer voorschrift zorgtoewijzing*

ZN is beheerder van het voorschrift zorgtoewijzing. Het voorschrift wordt periodiek getoetst aan wet- en regelgeving en aan landelijke beleidsontwikkelingen. Blijkt na toetsing dat het voorschrift gewijzigd moet worden dan draagt ZN hier zorg voor.

---

<sup>4</sup> Het uitvoeringsproces PGB valt buiten de reikwijdte van het voorschrift

## 2. Inleiding en uitgangspunten

### 2.1 Inleiding

Het voorschrift geldt voor zorgaanbieders en zorgkantoren in het Wlz-domein en volgt de proces-stappen die een cliënt in de Wlz doorloopt. Het is niet altijd mogelijk om de aanspraak op Wlz-zorg direct én passend bij de voorkeur of zorgbehoefte van de cliënt te leveren. Het voorschrift beschrijft de afspraken en procedures die dan van toepassing zijn.

### 2.2 Proces van zorgtoewijzing

In het zorgtoewijzingsproces moeten ketenpartijen rekening houden met een rechtmatige, doelmatige en verantwoorde inzet van zorg. Voor rechtmatige inzet van zorg is het indicatiebesluit leidend. Voor het bepalen van doelmatige inzet van zorg, wordt de zorg die bij de cliënt past afgezet tegen het doel dat daarmee voor de cliënt wordt bereikt, de prijs (betaalbaarheid) en de mate waarin de indicatie wordt gebruikt. De zorgkosten voor zorg thuis mogen niet hoger zijn dan de zorgkosten bij opname in een instelling. Voor de beoordeling of zorg (thuis) verantwoord is wordt bijvoorbeeld bekeken of de afgesproken zorg in de zorgvraag van de cliënt voorziet en of het noodzakelijke toezicht geborgd is.

#### *Processtappen zorgtoewijzing*

Toegang tot de Wlz wordt bepaald door het CIZ. De cliënt ontvangt van deze beoordeling een schriftelijk indicatiebesluit. Een positief indicatiebesluit bevat het best passende zorgprofiel (zorgzwaartepakket) voor de cliënt. De cliënt kan dit recht verzilveren via verblijf in een instelling of via modules voor zorg thuis. Iemand die thuis wil blijven wonen, kan kiezen uit een Volledig pakket thuis (VPT), een Modulair pakket thuis (MPT) of zijn zorg (deels) met een PGB inkopen. Om thuis wonen voor doelgroepen met een intensieve zorgvraag ook mogelijk te maken kan in de Wlz een beroep worden gedaan op de toeslag extra kosten thuis (EKT), de toeslag beademing thuis (invasieve beademing of non-invasieve beademing), meerzorg of een persoonlijk assistentiebudget. In het voorschrift wordt dit verder toegelicht. Net zoals de inzet van overbruggingszorg, palliatief terminale zorg thuis (PTZ) en crisiszorg. Het persoonlijk assistentie budget wordt niet beschreven in het voorschrift omdat dit alleen via PGB<sup>5</sup> kan worden verzilverd.

---

<sup>5</sup> Informatie over het persoonlijk assistentie budget is terug te vinden in het protocol Meerzorg PGB (voor thuiswonende cliënten). Dit protocol wordt apart gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren.

Bijlage A bevat een lijst van gebruikte begrippen met bijbehorende definities of beschrijvingen. Bijlage G bevat extra informatie voor de doelgroep Wlz-indiceerbaren, bijlage I voor inzet van crisiszorg en bijlage J voor inzet van meerzorg.

Het CIZ stuurt het (positieve) indicatiebesluit via het iWlz-berichtenverkeer door naar het zorgkantoor<sup>6</sup>. Dit is het startpunt van het proces zorgtoewijzing.



#### *Voorkeuraanbieder en VoorkeurCliënt bekend*

Weet de cliënt bij de indicatiestelling al wie zijn voorkeuraanbieder is en hoe (VoorkeurCliënt) hij zijn zorg wil krijgen? Bijvoorbeeld zorg thuis (VPT, MPT, PGB) of verblijf. Dan kan:

- het zorgkantoor automatisch een zorgtoewijzingsbericht aanmaken voor deze zorgaanbieder (of afdeling PGB van het zorgkantoor<sup>7</sup>). Die kan dan zo snel mogelijk met de cliënt contact opnemen om samen te bepalen hoe dringend zijn zorgvraag is, wat de best passende zorg is, of hij deze zorg doelmatig en verantwoord kan leveren en vanaf welk moment. Het zorgkantoor kan bij de cliënt achteraf toetsen<sup>8</sup> of er vragen zijn, er nog ondersteuning gewenst is bij het realiseren van zijn zorgvraag en of de cliënt tevreden is over (het contact met) zijn voorkeuraanbieder;
- het zorgkantoor eerst zelf contact opnemen met de cliënt om na te gaan of de cliënt goed op de hoogte is van de keuzemogelijkheden voor Wlz-zorg en of de voorkeuren zoals opgenomen in het indicatiebesluitbericht passen bij zijn wensen en zorgvraag. Zo nodig worden deze aangepast voor het versturen van het zorgtoewijzingsbericht. Ook hier kan het zorgkantoor achteraf toetsen of de cliënt tevreden is (over het contact) met zijn voorkeuraanbieder.

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

Is er geen voorkeuraanbieder bekend of weet de cliënt nog niet hoe hij zijn zorg wil krijgen, dan neemt het zorgkantoor altijd contact op met de cliënt. Het zorgkantoor bespreekt dan welke zorg(aanbieder) past bij zijn wens, bij zijn situatie en in welke vorm hij zijn zorg wil krijgen. De cliënt kan er ook voor kiezen om dit samen met een onafhankelijke cliëntondersteuner uit te zoeken (zie hoofdstuk 5).

Bij de toewijzing van het geïndiceerde zorgprofiel, controleren zorgkantoren vooraf niet of de zorgaanbieder dit kan leveren. De zorgaanbieder heeft zelf de verantwoordelijkheid om te bepalen of dat mag. Is er geen productieafspraken mogelijk voor een bepaald zorgprofiel? Dan bespreekt de zorgaanbieder met de cliënt de mogelijkheden van een vervangend zorgprofiel (bij opname) of een pakket voor zorg thuis.

<sup>6</sup> Wordt een eerste aanvraag van een cliënt voor Wlz-zorg door het CIZ afgewezen (negatief indicatiebesluit), dan ontvangen zorgkantoren deze informatie niet via het iWlz-berichtenverkeer.

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

<sup>8</sup> Achteraf toetsen door zorgkantoor kan afhankelijk zijn van wel/geen high trust zorgaanbieder, vooraf bepaalde doel- of risico groepen.



Kan er geen passend zorgarrangement geregeld worden? In overleg met de cliënt geeft de voorkeur-aanbieder de zorgtoewijzing dan, via het VECOZO-notitieverkeer, terug aan het zorgkantoor (zie hoofdstuk 6). Het zorgkantoor geeft informatie en advies en/of bemiddelt de cliënt naar een passende aanbieder. De cliënt kan daarvoor ook een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen.

De cliënt kan er ook voor kiezen om samen met zijn voorkeuraanbieder een nieuwe zorgaanbieder te zoeken. Lukt dat, dan draagt de voorkeuraanbieder de zorgtoewijzing via het iWlz-berichtenverkeer zelf over (zie hoofdstuk 5). Komen ze er samen niet uit, dan geeft de voorkeuraanbieder de zorgtoewijzing terug aan het zorgkantoor. Deze handelswijze doet recht aan het principe van zelfregie en keuzevrijheid van de cliënt.

# 3. Wlz-zorg

## 3.1 Inleiding

Hoofdstuk 3 beschrijft de algemene uitgangspunten voor inzet van Wlz-zorg. Vervolgens worden de verschillende vormen van Wlz-zorg verduidelijkt.

## 3.2 Algemene uitgangspunten

Algemene uitgangspunten voor inzet van Wlz-zorg:

1. Mensen die een indicatie van het CIZ hebben voor een zorgprofiel, hebben toegang tot de Wlz. De Wlz is voorliggend aan het Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw).
2. Heeft iemand een indicatie voor een zorgprofiel, anders dan een zorgprofiel voor zintuiglijke handicap (ZG), én behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap? Dan wordt deze behandeling vergoed vanuit de Zvw<sup>9</sup> als de Wlz-behandelaar niet de competenties heeft om de noodzakelijke zorg (screening en behandeling) 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. De Wlz gaat uit van keuzevrijheid voor de cliënt, zelfregie en zorg op maat. In de Wlz is daarom de positie van de cliënt verstevigd<sup>10</sup>. Voor het gesprek met de cliënt over passende Wlz-zorg is zijn wens het uitgangspunt. Dit op voorwaarde dat de cliënt een afgewogen beslissing kan maken en kan overzien wat de consequenties en/of risico's van een beslissing zijn. De cliënt moet daarbij wel rekening houden met de professionele standaarden zoals die van toepassing zijn voor een betrokken zorgprofessional. De zorgprofessional is zelf verantwoordelijk voor het bewaken van deze standaarden;
4. Mensen met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (V&V) of de Gehandicaptenzorg (GZ)<sup>11</sup> kunnen zorg thuis krijgen of in een instelling;
5. De Wlz is ook toegankelijk voor mensen die een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Iemand moet daarvoor meer dan 3 jaar in een GGZ-instelling wonen die gericht is op behandeling. Een indicatie voor Wlz-zorg (GGZB-zorgprofiel) volgt dan aansluitend op intramuraal klinisch verblijf die de eerste 3 jaar betaald is vanuit de Zvw. Bij ontslag uit de behandel instelling vervalt de aanspraak op Wlz-zorg en moet een beroep worden gedaan op de andere domeinen;

<sup>9</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/zintuiglijk+gehandicaptenzorg>

<sup>10</sup> In het vervolg van dit document wordt onder cliënt ook verstaan zijn ouder(s), mantelzorger(s), (wettelijk) vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp.

<sup>11</sup> De gehandicaptenzorg onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

6. Thuis blijven wonen met Wlz-zorg is mogelijk voor een langere periode via MPT, VPT (zorg in natura/ZIN) of (deels met) PGB. Of tijdelijk om de opnameperiode te overbruggen (overbruggingszorg). Zorg thuis moet niet alleen de gewenste en best passende oplossing zijn bij de zorgbehoefte van een cliënt. Zorg thuis moet ook een verantwoorde en doelmatige oplossing zijn (zie hoofdstuk 4).
7. Wijzigt een zorgvraag structureel (hogere of lagere zorgvraag)? Dan wordt een nieuwe indicatie aangevraagd bij het CIZ. Dit doet de cliënt zelf of iemand die daarvoor toestemming heeft van de cliënt. Dat kan ook een zorgprofessional zijn. Een herindicatie gaat voor op vergoeding van extra toeslagen thuis. Is er sprake van een structureel lagere zorgvraag? Dan zet de zorgaanbieder, vooruitlopend op de herindicatie, een gewijzigd zorgarrangement in (lagere besteding beschikbaar budget);
8. Het voorschrift gaat uit van een maatwerk pakket Wlz-zorg. Het zorgprofiel wordt dus niet vertaald naar een standaard pakket zorg, maar in overleg met de cliënt ingevuld. Daarbij worden de mogelijkheden van de cliënt zelf en zijn mantelzorgsysteem (sociale netwerk) besproken en zo mogelijk ingezet. Dat geldt voor alle vormen van Wlz-zorg;
9. De cliënt kan bij het gesprek met de zorgaanbieder over het samenstellen van zijn zorgarrangement en het opstellen van zijn zorgplan ondersteund worden door het zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner;
10. De aanbieder verwerkt het resultaat van het gesprek met de cliënt over zijn zorgarrangement in het zorgplan. Door ondertekening van het zorgplan stemt de cliënt in met de gemaakte afspraken die zijn vastgelegd in het zorgplan;
11. Bij het samenstellen van een zorgarrangement thuis kan de cliënt een persoonlijk plan inbrengen. Ook voor het opstellen van een persoonlijk plan kan de cliënt hulp van het zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen. De zorgaanbieder en het zorgkantoor wegen een persoonlijk plan van de cliënt altijd mee bij de beoordeling voor doelmatige en verantwoorde zorg thuis. Als het nodig is, bespreekt het zorgkantoor dit plan met de cliënt en betrokken zorgprofessional(s). Komen betrokken partijen er samen niet uit, dan kan het zorgkantoor de cliënt bemiddelen naar een andere Wlz-zorgaanbieder en/of PGB;
12. De zorgaanbieder bespreekt met de cliënt niet alleen de mogelijkheden voor zorg maar legt bij iedere (gewijzigde) zorgvraag of wijziging van voorkeuraanbieder uit wat dit betekent voor de wachtlijststatus (leveringsstatus) van de cliënt. Een cliënt weet dus bijvoorbeeld dat hij bij de leveringsstatus actief wachtend ook (tijdelijk) bij een instelling kan worden opgenomen die niet zijn voorkeur heeft;
13. Een zorgaanbieder kan alléén zorg leveren voor die zorgeenheden (en prestaties) waarvoor hij is gecontracteerd door het zorgkantoor. Bij inzet van zorg die afwijkt van de gecontracteerde zorg(prestaties) ligt het financiële risico bij de zorgaanbieder. Het zorgkantoor heeft de mogelijkheid om in een jaar nieuwe prestaties met een zorgaanbieder af te spreken;
14. Vanwege (materiële) controles op doelmatige en rechtmatige inzet van zorg moet het, met de cliënt overeengekomen zorgarrangement (zorgprestaties, omvang en leveringsvorm) door de zorgaanbieder transparant en navolgbaar worden gedocumenteerd in het zorgplan.

### 3.3 Vormen van Wlz-zorg

Een indicatie voor Wlz-zorg verwijst naar de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg dichtbij. Het CIZ houdt bij de beoordeling van de zorgbehoefte van een cliënt geen rekening met de mogelijkheden van de aanwezige mantelzorg, sociale omgeving of deelname aan onderwijs.

In het indicatiebesluitbericht wordt in het veld VoorkeurCliënt aangegeven hoe de cliënt zijn zorg wil ontvangen: een functie in natura, opname, zorg thuis (niet verder gespecificeerd), VPT, MPT, MPT in combinatie met PGB of een volledig PGB. Weet de cliënt nog niet hoe hij zijn zorg wil ontvangen? Dan blijft het veld VoorkeurCliënt leeg. Het zorgkantoor overlegt dan altijd met de cliënt op welke manier hij zijn zorg wil krijgen.

Vormen van Wlz-zorg voor de sector V&V of GZ:

1. Crisisopname in een instelling
2. Opname in een instelling
3. Opname in een instelling, intensieve zorgvraag (meerzorg)
4. Opname in combinatie met zorg thuis
5. Zorg thuis, volledig pakket thuis (VPT)
6. Zorg thuis, modulair pakket thuis (MPT)
7. Zorg thuis, PGB eventueel in combinatie met MPT
8. Zorg thuis, intensieve zorgvraag (EKT of ademhalingstoeslag)
9. Zorg thuis, intensieve zorgvraag (meerzorg)
10. Tijdelijk verblijf naast zorg thuis (VPT, MPT of PGB)
11. Dagbesteding, naast opname of zorg thuis (GZ)
12. Partneropname

#### 3.3.1 Crisisopname in een instelling

Door organisatorische verschillen (soort aanbieders, specifiek zorgaanbod) en inhoudelijke verschillen (doelgroepen, zorgvragen) gelden aparte uitvoeringsprocessen voor de sector V&V en GZ. Deze worden beschreven in bijlage I. In deze bijlage zijn ook de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen terug te vinden.

##### *Uitgangspunten crisisopname*

- Een crisisopname gaat altijd over situaties waarbij onmiddellijke opname noodzakelijk is in een Wlz-instelling met behandeling. (Eventuele ophoging van zorg thuis of extra ambulante begeleiding lost het gevaarscriterium niet op);
- Crisisopname voor de sector V&V moet binnen 24 uur plaatsvinden;
- Crisisopname voor de sector GZ moet binnen 48 uur plaatsvinden;
- Een crisisopname kan niet gaan om versnelde opname bij geleidelijke achteruitgang. Daarvoor gelden de reguliere stappen in de Wlz-keten;
- Een crisisopname in een andere instelling voor een cliënt die al is opgenomen in een Wlz-instelling is mogelijk. Het gaat hier om uitzonderingssituaties waarvoor het zorgkantoor expliciet toestemming moet geven;
- Is in een crisissituatie behandeling van curatieve aard nodig, dan wordt verwezen naar opname en behandeling in een curatieve (1<sup>e</sup> lijns)instelling (eerstelijnsverblijf) of verblijf

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

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

Crisissituaties treden op door:

- Een ernstige, plotseling (acute) wijziging in de gezondheidssituatie (aandoeningen, stoornissen, beperkingen) van een cliënt in de thuissituatie óf van de verzorgers of informele hulp (mantelzorg). Bijvoorbeeld door ernstige ziekte of overlijden. De acute verandering is expliciet te benoemen.

#### *Door deze acute gebeurtenis is er sprake van:*

- een substantieel andere inhoud (zorg en/of plaats) en omvang van de benodigde zorg. Waarbij de verzwaarde zorgbehoefte naar verwachting blijvend is én
- onaanvaardbare gezondheidsrisico's of ander gevaar voor de cliënt en/of zijn gezin en/of zijn woonomgeving. Dat kan ook gaan om het niet zelfstandig (maatschappelijk) kunnen functioneren. Of een milieu waarbij de integriteit van de cliënt of die van anderen in fysiek en/of psychisch opzicht ernstig wordt bedreigd waardoor verblijf in dit milieu onmogelijk is geworden. Deze risico's (gevaarscriterium) moeten worden voorkomen.

#### *Duur crisisopname*

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

#### *Nog geen indicatiebesluit voor Wlz-zorg aanwezig*

Woon een cliënt nog thuis zonder Wlz-indicatie maar is de verwachting dat hij hier wel voor in aanmerking komt, dan kan crisiszorg vanuit de Wlz worden betaald<sup>12</sup>. Voorwaarde is wel dat de indicatie binnen 5 dagen na de crisisopname bij het CIZ wordt aangevraagd. En dat bij de aanvraag voldoende (medische) informatie beschikbaar is om vast te kunnen stellen dat de cliënt recht heeft op Wlz-zorg. Het indicatiebesluit kan dan, vanwege bijzondere omstandigheden, binnen 2 weken en met terugwerkende kracht wordt afgegeven door het CIZ<sup>13</sup>. De ingangsdatum van het indicatiebesluit is de datum dat de aanvraag bij het CIZ is binnengekomen of maximaal 5 dagen daarvoor als de crisiszorg eerder is gestart.

<sup>12</sup> Crisiszorg voor mensen die geen Wlz-indicatie krijgen valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente of zorgverzekeraar. Dit wordt verder niet in het voorschrift beschreven.

<sup>13</sup> Bron: beleidsregel indicatiestelling Wlz. Let op: de datum voor ingang van het indicatiebesluit kan niet verder dan 5 dagen voor de aanvraagdatum van het indicatiebesluit liggen (anti-dateren door CIZ). Door de mogelijkheid van anti-dateren heeft de zorgaanbieder en behandelaar de ruimte om goede (diagnose) gegevens aan te leveren bij het CIZ.

### 3.3.2 Opname in een instelling

Heeft de cliënt een opnamewens of is thuis wonen niet meer doelmatig of verantwoord? Dan is de wens van de cliënt voor een bepaalde locatie leidend. De zorg moet op redelijke afstand van waar de cliënt woont of wenst te wonen, worden geleverd. Ook bij cliënten met een dringende opnamebehoefte wordt hier, vanuit het belang voor de cliënt en zijn sociale context, zoveel mogelijk rekening mee gehouden door de aanbieder of het zorgkantoor. Onnodig extra verhuizingen worden voorkomen maar is gezien een cliëntsituatie thuis (ondoelmatige of onverantwoorde zorg) niet altijd realistisch en haalbaar.

Is opname niet direct mogelijk dan wordt de wachttijd tot opname overbrugd met zorg thuis, op voorwaarde dat deze (doelmatig en) verantwoord is. Of de cliënt wordt tijdelijk bij een andere instelling opgenomen als het niet verantwoord is dat de cliënt thuis blijft wonen. Deze situaties worden verder uitgewerkt in het voorschrift (zie hoofdstuk 4).

### 3.3.3 Opname in een instelling, intensieve zorgvraag (meerzorg)

*Wanneer is er sprake van meerzorg?*

Heeft een cliënt zorg nodig die qua omvang of inhoud niet past binnen het geïndiceerde zorgprofiel, biedt het bijbehorende budget onvoldoende ruimte om de zorg te betalen die nodig is én wordt er door het CIZ geen beter passende indicatie afgegeven? Dan is er sprake van meerzorg<sup>14</sup>. Bij deze cliëntsituaties is beroep op de regeling Meerzorg mogelijk. Uitzondering hierop vorm cliënten met palliatief terminale zorg (zie 4.10).

*Wie kan beroep doen op de regeling meerzorg in de situatie dat een cliënt in een instelling woont?*

De regeling meerzorg is in de sectoren V&V, GZ en GGZ van toepassing voor:

- iemand met een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7 VV, 8 VV, 5 VG, 7 VG, 8 VG, 4 LVG, 5 LVG, 1 SGLVG, 5 LG, 6 LG, 7 LG, 3 ZGaud, 5 ZGvis, 6b GGZ of 7b GGZ. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren, minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;
- iemand die op 31 december 2014 (AWBZ) al een indicatiebesluit had voor een van de zorgprofielen onder bovenstaande bullet. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren, minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;
- iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel waarbij de zorgbehoefte ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non invasieve beademing, klinisch intensieve behandeling, niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie, CVA, Huntington, observatie of;
- iemand die jonger is dan 23 jaar en in een instelling verblijft of;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging én noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren

<sup>14</sup> De criteria voor de regeling 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.

- minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging én noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;
- iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel die daarnaast zorg nodig heeft als gevolg van chronische invasieve beademing of chronische non-invasieve beademing.

*Meerzorg kan worden aangevraagd in de vorm van:*

- een individuele aanvraag via de reguliere procedure; of
- een individuele aanvraag via het experimenteerartikel (proeftuin meerzorg); of
- een context gebonden aanvraag (groepsmeerzorg) via het verbrede experimenteerartikel (zie bijlage J).

#### *Proeftuinen meerzorg*

In 2015 zijn, via een experimenteerartikel, binnen de gehandicaptenzorg proeftuinen opgestart met als doel de kwaliteit van intramurale zorg (inclusief VPT) te optimaliseren en de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. Vanaf 2018 is dit experimenteerartikel verbreed en ook mogelijk in de ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg<sup>15</sup>. De proeftuinen gaan nadrukkelijk om initiatieven die via zorg in natura (ZIN) gefinancierd worden (zie bijlage J).

#### *Hoe kunnen de meerzorg middelen in een proeftuin worden ingezet?*

De inzet van de middelen wordt vastgelegd in de doelen van het zorgplan van de cliënt. De zorgaanbieder bepaalt samen met de cliënt (vertegenwoordiger) wat de meest passende manier is om meerzorg in te zetten. De middelen kunnen worden ingezet voor:

- directe begeleiding en behandeling van een cliënt;
- additionele scholing/coaching van medewerkers, cliënt en sociaal netwerk van de cliënt;
- additionele coördinatie-uren voor multidisciplinaire aanpak;
- additionele investeringen in context gebonden (on)roerende zaken.

#### **3.3.4 Opname in combinatie met zorg thuis**

Een cliënt kan opname in een instelling combineren met zorg thuis. De cliënt heeft dan een indicatie voor een zorgprofiel (7 etmalen<sup>16</sup> per week) maar verblijft minder etmalen per week in een instelling (minimaal 4, 5 of 6 etmalen). De zorgaanbieder (dossierhouder) die de verblijfszorg levert is dan samen met de cliënt verantwoordelijk voor het organiseren van de zorg thuis op de andere dagen. De zorg thuis kan in deze situaties alleen via zorg in natura worden ingezet en niet via PGB.

<sup>15</sup> Het experimenteerartikel, BR/REG-18135, wordt daarvoor vanaf 2018 verbreed: meerzorg 2.0 Wlz 2018. De NZa onderzoekt verder hoe de beleidsregel meerzorg kan worden aangepast.

<sup>16</sup> Een etmaal is een aaneengesloten periode van 24 uur.

### 3.3.5 Zorg thuis geregeld met een Volledig pakket thuis (VPT)

Bij een VPT is de inhoud van de zorg vergelijkbaar met de zorg die de cliënt in een instelling krijgt, alleen ontvangt de cliënt deze zorg thuis. Een VPT voorziet daarmee in een zorgvraag voor iemand die dagelijks behoefte heeft aan zorg. Het VPT is geschikt voor een cliënt die thuis woont of in een geclusterde woonvorm, waarbij zorg thuis verantwoord geleverd kan worden en er nog geen opnamewens is.

Het VPT wordt in principe door één zorgaanbieder (zorg in natura) geleverd. De cliënt en de aanbieder die het VPT aanbiedt kunnen afspreken dat delen van de zorg door een andere aanbieder worden geleverd. De aanbieder van het VPT blijft als dossierhouder integraal verantwoordelijk voor de zorg. Net zoals bij intramurale opname vormt de dagbesteding hierop een uitzondering (functie Begeleiding groep). De cliënt kan ervoor kiezen de dagbesteding bij een andere zorgaanbieder af te nemen of apart via PGB in te kopen als deze naast het zorgprofiel (VG, LG of ZG) is geïndiceerd of aan het zorgprofiel is toegevoegd. Een VPT kan worden ingezet als dit doelmatig en verantwoord is. De cliënt is vrij in zijn keuze voor een VPT of MPT.

Een VPT kan de volgende zorgvormen omvatten:

- verpleging, inclusief medisch specialistische verpleging (MSVT)
- persoonlijke verzorging
- begeleiding (individueel of in groepsverband)
- Wlz-behandeling (individueel of in groepsverband)
- vervoer naar dagbehandeling en/of dagbesteding (begeleiding groep)
- verstrekken van eten en drinken
- schoonhouden van de woonruimte
- logeren (tijdelijk verblijf)

Bij een VPT<sup>17</sup>:

- heeft de cliënt recht op Wlz-behandeling als hij hierop aangewezen is. Wlz-behandeling is geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is vanwege de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt;
- is de cliënt voor behandeling van algemeen medische aard, zoals zorg van de huisarts, aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw). De huisarts blijft dus eindverantwoordelijk voor de algemene behandeling. Ook voor behandeling van een psychiatrische aandoening, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg, paramedische zorg van algemene aard en eventueel kleding en individuele mobiliteitshulpmiddelen is de cliënt aangewezen op de Zvw;
- is de Specialist ouderen geneeskunde (SOG) of Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG-arts<sup>18</sup>) verantwoordelijk voor de Wlz-behandeling die voortkomt uit de specifieke aandoening van de cliënt als de cliënt hierop is aangewezen. De huisarts is primair

<sup>17</sup> Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het VPT inhoudt. Meer informatie over het VPT is ook terug te vinden in de actuele NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven Volledig Pakket Thuis.

<sup>18</sup> In de GZ kan de eindverantwoordelijkheid voor een cliënt ook bij een gedragskundige liggen.



eindverantwoordelijk voor de cliënt. De huisarts stemt met de SOG of AVG-arts af over eventuele medebehandeling;

- woont de cliënt zelfstandig en betaalt deze zelf de woonkosten;
- heeft de cliënt recht op logeeropvang (tijdelijk verblijf) 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;
- heeft de cliënt, net zoals bij een opname, recht op het gebruikelijke eten en drinken. Dit wordt verstrekt door de zorgaanbieder (tenzij anders met de cliënt wordt afgesproken);
- heeft de cliënt recht op het schoonhouden van de woonruimte;
- kan de cliënt gebruik maken van de welzijnsvoorzieningen in een instelling maar het initiatief hiervoor ligt bij de cliënt;
- is de cliënt zelf verantwoordelijk voor vervanging/reparatie van aan huis gerelateerde zaken (bijvoorbeeld het vervangen van een lamp);
- kan de cliënt voor eventuele woningaanpassingen een beroep doen op de Wmo;
- worden hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen voor individueel gebruik die nodig zijn bij het zelfstandig thuis wonen vergoed vanuit de Zvw en/of Wmo (en niet vanuit de Wlz).

### 3.3.6 Zorg thuis geregeld met een Modulair pakket thuis (MPT)

Een MPT is van toepassing als de 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. Omdat de cliënt geen opnamewens heeft, wordt het MPT toegewezen met soort zorgtoewijzing 'alternatief'. Het MPT is altijd een pakket op maat. De cliënt kan er bewust voor kiezen om de zorg af te nemen bij verschillende aanbieders. Het MPT kan ook gecombineerd worden met zorg in een PGB<sup>19</sup>. Een MPT wordt ingezet als dit doelmatig en verantwoord is.

Het MPT<sup>20</sup> kan dezelfde zorg bevatten als benoemd bij het VPT:

- met uitzondering van het verstrekken van eten en drinken. De cliënt moet zelf voor zorgen voor zijn gebruikelijke eten en drinken zorgen;
- daarom geldt voor het MPT een ruimere aanspraak voor huishoudelijke hulp, net zoals voor het PGB. Naast het schoonhouden van de woonruimte kan iemand bijvoorbeeld hulp krijgen bij het doen van boodschappen en het klaarmaken van de maaltijd. Bij het VPT is dit onderdeel van de aanspraak;
- en kan, in tegenstelling tot het VPT, per soort zorg door een andere aanbieder of via een andere leveringsvorm worden geleverd;
- en kan worden ingezet als niet iedere dag zorg nodig is omdat de cliënt die bijvoorbeeld niet wil of de mantelzorg dit overneemt.

In het voorschrift wordt niet van een MPT gesproken als de cliënt een opnamewens heeft en tijdens de wachtperiode tot opname zorg thuis nodig heeft. Deze (overbruggings)zorg is inhoudelijk vergelijkbaar met het MPT maar wordt toegewezen met soort zorgtoewijzing

---

<sup>19</sup> Een zorgfunctie kan bij de zorgtoewijzing technisch niet gesplitst worden over meerdere aanbieders of leveringsvormen.

<sup>20</sup> Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het MPT inhoudt.

overbruggingszorg. In bijlage C staat meer informatie over de verschillende soorten zorgtoewijzingen.

### **3.3.7 Zorg thuis geregeld met een PGB**

Een cliënt kan er voor kiezen om zijn Wlz-zorg zelf te regelen met een PGB<sup>21</sup>. Zorg die betaald wordt met een PGB is te combineren met MPT of VPT<sup>22</sup>. Inzet van zorg thuis via een PGB moet, net zoals bij zorg in natura (ZIN), doelmatig en verantwoord zijn. Dit wordt daarom ook getoetst door de zorgkantoren. Wil een cliënt zijn PGB combineren met ZIN dan beoordeelt het zorgkantoor altijd de complete zorgvraag. De cliënt (budgethouder) is zelf verantwoordelijk voor het inkopen en organiseren van kwalitatief goede zorg met een PGB. Hij stemt dit zelf, of met zijn gewaarborgde hulp, af met het zorgkantoor. Omdat een Wlz-zorgaanbieder hierin formeel geen rol heeft, worden PGB-procedures niet beschreven in het voorschrift.

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

### **3.3.8 Zorg thuis, intensieve zorgvraag (EKT of ademhalingstoeslag)**

Soms heeft een cliënt er veel baat bij om thuis te wonen, ook als de zorg ondoelmatig is. Daarom heeft het ministerie van VWS een aantal uitzonderingssituaties opgenomen in artikel 5.3 van de Regeling langdurige zorg. Voor deze groepen zijn extra kosten thuis (EKT) toegestaan op voorwaarde dat thuis wonen verantwoord is.

De groepen die voor EKT in aanmerking komen zijn:

- a) cliënten die de leeftijd van 23 jaar nog niet hebben bereikt en die ouders of verzorgers graag thuis willen laten opgroeien;
- b) cliënten die één of meer kinderen hebben die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt. De cliënt krijgt daarmee de mogelijkheid om deel uit te maken van het thuis opgroeien van zijn kind;
- c) cliënten die op zorg zijn aangewezen vanwege een somatische aandoening of een lichamelijke handicap zonder dat sprake is van een verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening of psychogeriatrische beperking. De cliënt krijgt daarmee de mogelijkheid om vanuit huis inkomen uit werk te krijgen of om een studie of opleiding te volgen met het oog op het verwerven van inkomen uit werk;
- d) Wlz-indiceerbaren waarvoor geldt dat zij vanaf 1 januari 2017 een indicatiebesluit van het CIZ hebben voor een zorgprofiel en die onder de vangnetregeling vallen (zie bijlage G). De voorwaarden zoals genoemd onder punt a, b en c zijn voor deze Wlz-indiceerbaren buiten werking gesteld;
- e) cliënten die palliatief terminale zorg thuis ontvangen en thuis willen sterven.

<sup>21</sup> Behandeling en een aantal zorgprofielen ( GGZB, SGLVG en LVG3 t/m LVG5) komen niet in aanmerking voor PGB.

<sup>22</sup> In de situatie dat de cliënt kiest voor VPT, kan alleen de BG GRP (naast het VPT) geregeld worden met een PGB.

In de Wlz is het ook mogelijk om een ademhalingstoeslag (non-invasief of invasief), een toeslag voor permanent toezicht bij ernstige ademhalingsproblematiek (persoonlijk assistentiebudget) of meerzorg thuis in te zetten. Voor het persoonlijk assistentiebudget gelden extra criteria. Dit kan alleen geregeld worden met PGB.

Koopt een budgethouder zijn zorg alleen in met PGB? Dan kan er ook EKT, een toeslag of meerzorg worden aangevraagd door de budgethouder. Meerzorg kan alleen worden aangevraagd als andere opties geen passende oplossing geven.

### **3.3.9 Zorg thuis, intensieve zorgvraag (meerzorg)**

*Wie kan beroep doen op de regeling meerzorg in de situatie dat een cliënt thuis woont?*

Iemand die thuis woont, kan een beroep doen op de regeling meerzorg als duidelijk is dat via de regeling Extra kosten thuis (EKT)<sup>23</sup> of via een ademhalingstoeslag thuis geen oplossing gevonden wordt voor de extra zorgbehoefte<sup>24</sup>. Een aanvraag meerzorg kan worden ingediend als aan de voorwaarden wordt voldaan. Er kan geen aanvraag meerzorg thuis worden ingediend voor iemand met een indicatie voor een GGZB zorgprofiel.

Samenloop van meerzorg met EKT of een ademhalingstoeslag is niet mogelijk. Deze vervallen vanaf de ingangsdatum dat meerzorg wordt toegekend.

*Aanvullende beoordelingscriteria aanvraag meerzorg thuis (MPT)*

- naast de criteria zoals beschreven onder 3.3.3;
- is er geen sprake van iemand met een indicatie voor een GGZB zorgprofiel;
- is er geen sprake van een meerzorg aanvraag voor het regelen van 24-uurs toezicht in de directe nabijheid;
- zijn de gemiddelde zorg uren die horen bij een bepaald zorgprofiel ingezet voor directe zorgverlening aan de cliënt;
- is in de aanvraag meerzorg rekening gehouden met inzet van gebruikelijke zorg, respijtzorg en/of mantelzorg.

### **3.3.10 Medische specialistische verpleging thuis (MSVT)**

*Wat verandert er op 1 januari 2018 op het gebied van MSVT?*

Voor mensen met een Wlz-indicatie wordt medisch specialistische zorg thuis (MSVT) betaald vanuit de Zvw. Dit verandert vanaf 1 januari 2018. Vanaf 2018 valt de verpleging die door een medisch specialist is voorgeschreven vanwege medisch specialistische behandeling, maar waar een medisch specialist zelf niet direct beschikbaar hoeft te zijn voor toezicht of interventie onder de Wlz-aanspraken. In deze situaties kan de huisarts het toezicht of de interventie van de medisch specialist overnemen en wordt er niet meer gesproken van MSVT maar van verpleging. Voorbeelden hiervan zijn wondverzorging of het toedienen van injecties. Vanaf 2018 wordt deze verpleging voor iemand met een Wlz-indicatie betaald vanuit de Wlz.

<sup>23</sup> Belangrijk verschil tussen EKT en meerzorg: EKT gaat uit van 25% meer kosten ten opzichte van het geïndiceerde zorgprofiel, meerzorg van 25% meer zorguren.

<sup>24</sup> Meerzorg voor iemand die zijn Wlz-zorg alleen via PGB inkoop valt buiten de scope van het voorschrift. Hiervoor is een apart uitvoeringsprotocol beschikbaar. Budgethouders regelen deze meerzorg aanvragen zelf.

Vanaf 2018 wordt alleen nog gesproken over medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) als verpleegkundige zorg wordt uitgevoerd onder directe aansturing van een medisch specialist. Het gaat dan om uitzonderlijke situaties zoals bijvoorbeeld nierdialyse. Directe aansturing van de medisch specialist houdt in dat de medisch specialist directe opdracht geeft voor de verpleegkundige handelingen, daarvoor aanwijzingen geeft, en het toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de medisch specialist voldoende is geregeld. De medisch specialist of zijn vervanger moet altijd kunnen interveniëren als dit noodzakelijk is. De verpleging die aan deze voorwaarden wordt betaald vanuit de Zvw, ook voor iemand met een Wlz-indicatie.

### **3.3.11 Tijdelijk verblijf naast zorg thuis (VPT, MPT of PGB)**

Om de mantelzorg thuis te ontlasten, als voorbereiding op een opname of bijvoorbeeld voor herstel na een ziekte is logeeropvang in een instelling mogelijk. Dit tijdelijk verblijf kan in de Wlz (ZIN en PGB) voor maximaal 156 etmalen per kalenderjaar. De etmalen mogen worden opgespaard en voor langere (vakantie)periodes worden ingezet. Wordt een indicatie in de loop van een kalenderjaar afgegeven? Dan wordt het maximaal aantal etmalen logeeropvang naar rato bepaald: het aantal weken dat het indicatiebesluit in dat kalenderjaar nog geldig is wordt vermenigvuldigd met maximaal 3 etmalen per week. De administratieve afhandeling van logeeropvang wordt verder beschreven in hoofdstuk 4.

#### *Eerstelijns verblijf (kortdurend verblijf buiten het eigen huis)*

Eerstelijns verblijf wordt vanaf 2017 geregeld door zorgverzekeraars. Cliënten die thuis wonen en géén Wlz-recht hebben komen hiervoor in aanmerking. Dat geldt ook voor de groep cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel (zie bijlage F), die de keuze hebben gemaakt om uit te stromen naar een ander domein. Voor respijtzorg kunnen deze groepen een beroep doen op de gemeente (Wmo).

Cliënten met een indicatie voor een hoog zorgprofiel kunnen dus geen gebruik maken van Eerstelijns verblijf die betaald wordt vanuit de Zvw.

### **3.3.12 Dagbesteding naast opname of zorg thuis (GZ)**

In de VV zorgprofielen maakt de dagbesteding integraal onderdeel uit van het zorgprofiel en kan niet naast het zorgprofiel worden meegegeven in het indicatiebesluit. Dit in tegenstelling tot zorgprofielen voor de sectoren GZ en GGZ. Een cliënt uit de GZ die in een instelling is opgenomen of een VPT krijgt, kan de dagbesteding daardoor van een andere zorgaanbieder krijgen of zelf via een PGB inkopen<sup>25</sup>. Voor de GGZ geldt deze mogelijkheid niet: de GGZB zorgprofielen worden altijd bij één zorginstelling in zijn geheel gefinancierd. De Begeleiding groep mag bij de GGZB zorgprofielen dus niet aan een andere zorgaanbieder worden toegewezen en kan niet los met PGB worden ingekocht.

Vanaf 1 januari 2017 voert het CIZ geen inhoudelijke beoordeling meer uit voor de functie Begeleiding groep die naast een zorgprofiel in het indicatiebesluit kan worden meegegeven. Het CIZ geeft vanaf 1 januari 2017 bij nieuwe indicatiebesluiten standaard de functie Begeleiding groep mee bij zorgprofielen die hier in 2016 ook voor in aanmerking komen. In het

---

<sup>25</sup> Bij het MPT kan de cliënt voor iedere soort zorg een andere aanbieder of leveringsvorm kiezen.

indicatiebesluitbericht heeft de klasse voor deze functie daardoor een vaste omvang en is vervoer altijd inbegrepen. De standaard klasse is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. De motivatie voor het stoppen van deze inhoudelijke beoordeling ligt in de Wlz. In de Wlz staat beschreven dat Begeleiding groep onderdeel is van deze zorgprofielen. Vanaf het moment dat iWlz 2.0 in gebruik wordt genomen (1 april 2018), zal het CIZ geen functie Begeleiding groep meer meegeven in het indicatiebesluit.

De functie is gehandhaafd om de keuzevrijheid van de cliënt te garanderen. Zo kan de cliënt zijn begeleiding groep nog bij een andere aanbieder of via een andere leveringsvorm verzilveren. Het altijd meegeven van de functie (en klasse en vervoer) betekent niet dat deze standaard door de aanbieder ingezet en gedeclareerd kan worden. Dat is alleen mogelijk als de zorg nodig is voor de cliënt en deze ook echt wordt geleverd aan de cliënt. Zo is het bijvoorbeeld niet toegestaan om dagbesteding te declareren als een cliënt deelneemt aan onderwijs (en tijdens het onderwijs geen zorg nodig heeft) of wanneer een cliënt aangepast werk heeft.

### **3.3.13 Partneropname**

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

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

Overlijdt de cliënt of verhuist de cliënt naar een andere instelling, dan houdt de partner het recht om in de instelling te blijven wonen. Woont de partner in een wooneenheid met een intramurale toelating voor 2 plaatsen? Dan moet de partner binnen redelijke termijn naar een eenpersoons wooneenheid verhuizen. De 'niet geïndiceerde' partner blijft dan een eigen bijdrage voor het verblijf in de instelling betalen. De zorgaanbieder declareert deze verblijfscomponent bij het zorgkantoor. De 'niet geïndiceerde' partner kan er ook voor kiezen om naar een wooneenheid te verhuizen zonder intramurale toelating. Een aanleunwoning of een zelfstandige wooneenheid in of bij de intramurale instelling zijn hier goede voorbeelden van. In deze situatie wordt de intramurale eigen bijdrage vervangen door huur. Voor eventuele ondersteuning vanuit de Wmo geldt dan weer wel een eigen bijdrage.

# 4. Zorgtoewijzing en levering

## 4.1 Inleiding

Hoofdstuk 4 beschrijft de uitgangspunten voor inzet van doelmatige en verantwoorde zorg thuis. Daarna wordt uitgewerkt waar partijen rekening mee moeten houden als ze samen met de cliënt een zorgarrangement thuis samenstellen en er geen opnamewens is. Vanaf paragraaf 4.3 wordt beschreven hoe dit proces eruit ziet voor cliëntsituaties waar zorg thuis niet meer doelmatig en/of verantwoord is.

## 4.2 Uitgangspunten en werkwijze voor het organiseren van zorg thuis

### *Vooraf*

Zorgkantoren zijn in de Wlz verantwoordelijk voor het beoordelen van doelmatige en verantwoorde zorg thuis. Zorgkantoren pakken deze taak op, samen met de cliënt en de zorgprofessional(s) die bij de directe zorg voor de cliënt is betrokken. Afstemming met de betrokken zorgprofessional(s) is belangrijk omdat zij actuele kennis over een cliëntsituatie hebben. Zorgkantoren hebben daarvoor onvoldoende direct contact met de cliënt en vaak geen compleet beeld van de cliënt in zijn thuissituatie en de afspraken die over zijn zorg zijn gemaakt door de betrokken partijen.

De zorgaanbieder(s)<sup>26</sup> die direct betrokken is bij de dagelijkse situatie van een cliënt kent zijn voorgeschiedenis (medische, psychische en sociale problemen), zijn sociale context, is goed in staat de ontwikkelingen daarin van dichtbij te volgen en daarmee de zorg rondom de cliënt te organiseren. De zorgprofessional is voor de cliënt een zichtbaar (vertrouwd) en herkenbaar aanspreekpunt. Dit geldt ook voor de huisarts of andere betrokken behandelaars.

### *Uitgangspunten bij het organiseren van zorg thuis (ZIN) voor een Wlz-cliënt*

1. Elke betrokken (zorg)professional heeft een eigenstandige signalerende rol naar het zorgkantoor over verantwoorde en doelmatige zorg thuis. Dit geldt ook voor de medische en gedragskundige zorg;
2. Zorgkantoren hebben ook een eigenstandige rol bij de beoordeling van individuele casuïstiek. Afwijking van afspraken in het voorschrift is mogelijk als dit in het belang is van een individuele cliënt en de zorg thuis verantwoord en 'doelmatig' is. Zorgkantoren kunnen daarvoor gebruik maken van discretionaire bevoegdheid;

<sup>26</sup> of gewaarborgde hulp (PGB)

3. De zorgaanbieder die de reguliere zorgtoewijzing van het geïndiceerd zorgprofiel ontvangt, is in principe dossierhouder voor de cliënt (zie hoofdstuk 5);
4. De dossierhouder neemt na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt om afspraken te maken over de zorgverlening. Dit gebeurt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen twee werkdagen ná de dag waarop de zorgaanbieder de zorgtoewijzing heeft ontvangen. Bij dit contact kan een derde betrokken zijn, zoals een (wettelijk) vertegenwoordiger of (onafhankelijke) cliëntondersteuner;
5. De dossierhouder bewaakt dat de zorg thuis die een cliënt nodig heeft, uit de Wlz betaald wordt en niet oneigenlijk wordt betaald vanuit de Wmo of Zvw<sup>27</sup>. Dit geldt voor alle Wlz-zorg;
6. De afspraken voor zorg thuis worden opgenomen in één zorgplan dat voor de cliënt beschikbaar en direct te raadplegen is. De dossierhouder is hier met alle andere betrokken zorgaanbieders verantwoordelijk voor;
7. Bij het maken van afspraken over inzet van zorg, begeleiding en huishoudelijke hulp bespreekt de dossierhouder de mogelijkheden voor gebruikelijke zorg bij personen die deel uitmaken van de leefeenheid (zie bijlage A en H). Ook wordt er gekeken naar de mogelijkheden van algemeen gebruikelijke voorzieningen zoals bijvoorbeeld een maaltijddienst of boodschappendienst;
8. De voorkeur van de cliënt voor de wijze waarop hij zijn zorg wil ontvangen, zijn voorkeur voor een leveringsvorm en zorgaanbieder(s) is leidend;
9. Thuis wonen met een VPT, MPT of PGB, inclusief toeslagen, is in principe niet duurder dan de kosten van (medische en gedragskundige) zorg voor deze cliënt bij een intramurale opname;
10. Voor inzet van zorg thuis (overbruggingszorg, MPT) is het vertrekpunt een vastgesteld basisbudget. Het basisbudget is afgeleid van het PGB budget voor een bepaald zorgprofiel (100%). Is er Wlz-behandeling nodig dan kan het budget hiervoor worden opgehoogd<sup>28</sup>. Het opgehoogde budget is dan het basisbudget<sup>29</sup>;
11. De zorgaanbieder beoordeelt of zorg thuis (MPT en overbruggingszorg) bij de cliënt doelmatig en verantwoord kan worden ingezet en adviseert het zorgkantoor daarover. De zorgaanbieder gebruikt de rekenmodule om te bepalen of de zorg thuis doelmatig kan worden ingezet. En gebruikt het formulier Verantwoorde zorg thuis als handvat om te bepalen of zorg thuis verantwoord is;
12. Bij een VPT is er sprake van een vast tarief waarbij de aanbieder verantwoordelijk is voor levering van het integrale pakket. Het aanleveren van de rekenmodule is daarom niet nodig. Wel moet de aanbieder altijd beoordelen of de integrale zorg verantwoord geleverd kan worden. Dat geldt zowel voor het VPT dat in een geclusterde woonvorm als in een niet geclusterde woonvorm wordt geleverd. De aanbieder gebruikt hiervoor het formulier Verantwoorde zorg.

<sup>27</sup> Vanaf 2018 wordt er door de zorgverzekeraars gecontroleerd op oneigenlijk gebruik van de Zvw. In de situatie dat een cliënt over een Wlz-indicatie beschikt, valt de zorg thuis onder de Wlz.

<sup>28</sup> Voor ophoging van basisbudget met een component voor de behandeling wordt het verschil genomen tussen het VPT tarief met en zonder behandeling voor een bepaald zorgprofiel (NZa beleidsregel: Prestatiebeschrijvingen en tarieven Volledig Pakket Thuis).

<sup>29</sup> Behandeling kan niet worden ingekocht met een PGB (het PGB is bedoeld voor de overige Wlz-zorg). Het basisbudget dat is afgeleid van het PGB kan daarom worden opgehoogd met een component voor behandeling.

*Algemene werkafspraken gebruik rekenmodule en formulier Verantwoorde zorg*

1. De zorgaanbieder levert een rekenmodule aan bij het zorgkantoor als:
  - de kosten voor (overbruggings)zorg thuis hoger liggen dan het beschikbare basisbudget voor het geïndiceerde zorgprofiel. Uitzondering hierop vormt de PTZ (zie paragraaf 4.10);
  - de zorg thuis bestaat uit een combinatie van ZIN en PGB;
  - er sprake is van extra individuele behandeling die niet geleverd kan worden vanuit het basisbudget (inclusief behandelcomponent);
  - er sprake is van een aanvraag EKT;
  - er sprake is van een aanvraag voor een van de ademhalingstoelagen thuis;
  - er sprake is van een aanvraag meerzorg (apart aanvraagsjabloon en rekenmodule);
  - er sprake is van een structureel gewijzigde zorgbehoefte op een van de bullets onder dit punt waardoor de hoogte van het toegekende budget wijzigt;
  - het zorgkantoor hier om vraagt (bijvoorbeeld vanwege lopende casuïstiek bij het zorgkantoor of vanwege een ontvangen vraag of klacht van een cliënt over de zorg).
  
2. De zorgaanbieder levert het formulier Verantwoorde zorg thuis aan bij het zorgkantoor als:
  - de kosten voor (overbruggings)zorg thuis hoger zijn dan het beschikbare basisbudget voor het geïndiceerde zorgprofiel. Uitzondering hierop vormt de PTZ (zie paragraaf 4.10);
  - er sprake is van extra individuele behandeling die niet geleverd kan worden vanuit het basisbudget (inclusief behandelcomponent);
  - er sprake is van een aanvraag EKT;
  - er sprake is van een aanvraag voor één van de ademhalingstoelagen thuis;
  - (een van) de betrokken aanbieder(s) twijfelt over verantwoorde inzet van zorg thuis of van mening is dat de zorg thuis eigenlijk niet verantwoord geleverd kan worden. Deze situaties kunnen ook voorkomen als zorg thuis nog past binnen het basisbudget. Denk daarbij aan zorgmijders, cliënten met verminderd zelfregie en/of een (dreigend) overbelast mantelzorgsysteem of cliënten waarbij het noodzakelijke 24 uren toezicht of zorg in nabijheid niet 'goed' ingeregeld kan worden;
  - het zorgkantoor hier gemotiveerd om vraagt (bijvoorbeeld op basis van een signaal van derden of op basis van lopende casuïstiek bij het zorgkantoor).
  
3. De zorgaanbieder hoeft geen rekenmodule of formulier Verantwoorde zorg thuis bij het zorgkantoor aan te leveren als de aanbieder:
  - beoordeeld heeft dat de zorg thuis voor de cliënt binnen het basisbudget, verantwoord en op maat kan worden ingevuld en;
  - deze beoordeling zelf gedaan heeft aan de hand van de rekenmodule en/of het formulier Verantwoorde zorg thuis. De aanbieder gebruikt zelf wel de rekenmodule om de, met de cliënt, afgesproken zorg te vertalen naar een of meerdere functies met een passende klasse. Deze vertaling wordt via een Aanvraag Aangepaste Zorgtoewijzing (AAT) aangevraagd bij het zorgkantoor;
  - beoordeeld heeft dat er sprake is van ondoelmatige, maar verantwoorde palliatief terminale zorg thuis bij een cliënt. Dit op voorwaarde dat de huisarts een terminaliteitsverklaring heeft afgegeven (zie paragraaf 4.10);



Situatie	Beschrijving situatie	AAT	Rekenmodule en/of formulier Verantwoord zorg thuis aanleveren
1	Eerste aanvraag voor MPT of overbruggingszorg, de kosten van de zorg blijven binnen het basisbudget (100%).	Ja, om functies en klassen aan te vragen conform ingevulde rekenmodule.	Nee.
2	Eerste aanvraag is boven het basisbudget (100%), bijvoorbeeld in geval van EKT of dure overbruggingszorg.	Ja, om functies en klassen aan te vragen conform ingevulde rekenmodule.	Ja, om EKT of duurdere overbrugging aan te vragen en voor afstemming met het zorgkantoor.
3	Eerste aanvraag was binnen het basisbudget (100%). Er is extra zorg nodig, maar de kosten van deze extra zorg blijven binnen het basisbudget. Er is wel een nieuwe functie nodig.	Ja, de nieuwe functie moet worden aangevraagd anders kan deze zorg niet gedeclareerd worden.	Nee. Blijft binnen basisbudget
4	Eerste aanvraag was binnen het basisbudget. Er is extra zorg nodig voor een functie, maar de kosten van deze extra zorg blijven binnen het basisbudget (omdat er gelijktijdig ook minder kosten zijn voor een andere functie). Er is geen nieuwe functie nodig. De rekenmodule geeft wel aan dat er sprake is van een hogere klasse bij een functie (en een lagere klasse bij een andere functie).	Nee, voor de hogere klasse is geen AAT nodig omdat er geen nieuwe functie nodig is. (En uitruilen of substitutie tussen functies en klassen is toegestaan).	Nee. Blijft binnen basisbudget
5	Eerste aanvraag was binnen basisbudget. Er is extra zorg nodig, met de kosten van de extra zorg wordt het basisbudget overschreden.	Ja, om functies en klassen aan te vragen conform ingevulde rekenmodule omdat de kosten hoger zijn dan het basisbudget.	Ja, om EKT of duurdere overbrugging aan te vragen en voor afstemming met het zorgkantoor

Tabel 2

- De zorgaanbieder geeft via de AAT door of zorg thuis doelmatig en/of verantwoord kan worden geleverd. Of dat er sprake is van ondoelmatige zorg door een bijzondere situatie, zoals bijvoorbeeld ademhalingsproblemen. Het zorgkantoor weet zo bij ontvangst van de AAT al dat er wel of geen rekenmodule of formulier verantwoorde zorg volgt via het VECOZO notitieverkeer. Geeft de aanbieder via de AAT door dat de aanvraag voor zorg

thuis doelmatig en verantwoord is, dan kan het zorgkantoor de AAT direct afhandelen. Dat geldt ook voor ondoelmatige, maar verantwoorde PTZ (bijzondere situatie);

5. De zorgaanbieder legt de, met de cliënt, afgesproken zorg (prestaties) vast in het zorgplan. Net zoals zijn beoordeling over verantwoorde zorg thuis. Het formulier Verantwoorde zorg thuis biedt daarvoor een handvat. Het zorgplan wordt bijgesteld op een gewijzigde situatie. Met een goede dossiervorming kan aan betrokken partijen, zoals het zorgkantoor, altijd inzage worden gegeven in de zorggeschiedenis van de cliënt als daarom wordt gevraagd.

#### *Werkafspraken gebruik rekenmodule*

1. Vanaf 2017 wordt huishoudelijke hulp voor mensen met een Wlz-indicatie niet meer betaald vanuit de Wmo, omdat het een Wlz-aanspraak is<sup>30</sup>. Het basisbudget per zorgprofiel in de rekenmodule is daarom vanaf 2017 met een standaard bedrag opgehoogd. Dit geldt voor mensen die Wlz-zorg thuis krijgen in de vorm van een MPT of overbruggingszorg thuis (geen VPT);
2. In de situatie dat iemand zijn zorg thuis krijgt in de vorm van een VPT, is huishoudelijke hulp altijd onderdeel van het VPT. Dit is standaard in het VPT-tarief verwerkt;
3. In de situatie dat iemand zijn Wlz-zorg thuis vóór 1 januari 2017 inkocht met een PGB, werd via het PGB vaak al een extra toeslag beschikbaar gesteld voor huishoudelijke hulp. Maar bijvoorbeeld voor budgethouders die met hun PGB alleen begeleiding groep inkopen geldt dit niet, omdat deze zorg niet thuis wordt geleverd;
4. De dossierhouder is verantwoordelijk voor het organiseren van huishoudelijke hulp thuis als de cliënt dit via ZIN wil krijgen. De dossierhouder vraagt daarvoor een zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. Wil iemand geen andere Wlz-zorg en is er geen dossierhouder bekend? Dan informeert het zorgkantoor de cliënt over zijn recht op deze hulp en begeleidt de cliënt bij het maken van een keuze voor ZIN of PGB. Bij de keuze voor ZIN bemiddelt het zorgkantoor de cliënt naar een aanbieder. Het zorgkantoor bespreekt dan ook met de cliënt of er voor andere zorg of begeleiding mogelijk een oneigenlijk beroep wordt gedaan op een andere domein;
5. Wil de cliënt zijn zorg in een combinatie van een MPT met PGB, dan bespreekt de dossierhouder met de cliënt of hij zijn huishoudelijke hulp via het MPT of via PGB wil krijgen. De aanbieder houdt bij het invullen van de Rekenmodule, rekening met de keuze van de cliënt. Kiest de cliënt voor ZIN dan moet het PGB hier eventueel voor worden gecorrigeerd<sup>31</sup>. Een aanpassing van het PGB vereist altijd afstemming tussen zorgkantoor en budgethouder;
6. Heeft een cliënt geen enkele vorm van Wlz-zorg, dan is maximaal het basisbudget voor huishoudelijke hulp beschikbaar. Dit op voorwaarde dat huishoudelijke hulp noodzakelijk is, niet ten koste gaat van andere Wlz-zorg, én doelmatig wordt ingezet. Alleen bij een aantoonbaar, zwaarwegende medische reden(en) kan bij het zorgkantoor extra budget voor huishoudelijke hulp worden aangevraagd. De zorgaanbieder geeft dan via de AAT aan dat er

<sup>30</sup> Voor een soepel overgang van huishoudelijke hulp naar de Wlz, was voor 2017 een overgangsregeling van kracht. Daarmee kon het aantal uren huishoudelijke hulp dat cliënten vanuit de Wmo ontvingen in 2017 gelijk blijven. De overgangsregeling eindigt op 31 december 2017. Vanaf 2018 moet huishoudelijke hulp binnen het (basis)budget MPT passen.

<sup>31</sup> Heeft iemand een PGB dan is er veelal sprake van een toeslag voor huishoudelijke hulp. Bij een combinatie van MPT met PGB kan dan sprake zijn van een verhoogd basisbudget én toeslag PGB. Het beschikbare budget wordt daarvoor gecorrigeerd.

sprake is van ondoelmatige zorg vanwege een bijzondere situatie. Dien gelijktijdig de aanvraag via de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis gemotiveerd in bij het zorgkantoor. Beschrijf in de motivatie welke mogelijkheden voor gebruikelijke zorg er zijn bij personen in de leefeenheid van de cliënt (en zijn sociale omgeving) en hoe deze eventueel worden benut. Dat geldt ook voor de aanwezigheid van algemeen gebruikelijke voorzieningen. In het belang van de cliënt kan het zorgkantoor besluiten daarvoor discretionaire bevoegdheid toe te passen;

7. Komt een cliënt in aanmerking voor EKT dan geeft dit automatisch meer ruimte voor bijvoorbeeld huishoudelijke hulp. Het basisbudget (inclusief huishoudelijke hulp) kan worden opgehoogd met maximaal 25%;
8. Voor de doelgroep Wlz-indiceerbaren (zie bijlage G) kan extra budget voor huishoudelijke hulp worden aangevraagd zonder dat aan de voorwaarde van medische noodzaak wordt voldaan. Dat kan alleen als de cliënt in de Wmo ook al een extra recht op deze hulp had. In 2017 moest de cliënt dit bij het zorgkantoor aantonen door de beschikking van de gemeente te overleggen. Vanaf 2018 moet de cliënt ook onderbouwen (aantonen) dat het extra budget voor huishoudelijke hulp noodzakelijk is én doelmatig wordt ingezet;
9. Substitutie of wijziging van prestaties die zijn ingevuld in de rekenmodule is toegestaan, op voorwaarde dat zorg thuis verantwoord blijft én de feitelijk gedeclareerde zorg past binnen het vastgestelde (basis)budget. Zo kan bijvoorbeeld begeleiding (groep) of persoonlijke verzorging worden ingeruild voor extra huishoudelijke hulp. Dit principe geldt ook andersom. Wijzigingen op de geleverde omvang (klasse) bij een functie(s) hoeven in deze situaties niet aan het zorgkantoor te worden doorgegeven via een AAT (iWlz-berichtenverkeer). Aan de klasse van de toegewezen functie(s) kan daarom geen recht worden ontleend. In het belang van de cliënt kan een zorgkantoor besluiten discretionaire bevoegdheid toe te passen om van de mogelijkheid tot substitutie af te wijken;
10. Kiest de cliënt voor huishoudelijke hulp via ZIN, maar wil hij dit later (blijvend) omzetten naar andere zorg? Dan levert de aanbieder een Melding einde zorg aan op de toegewezen functie HV<sup>32</sup>. Dit principe geldt ook voor andere toegewezen functies zoals bijvoorbeeld Persoonlijke verzorging of Verpleging. Zolang de andere zorg binnen het basisbudget blijft hoeft er geen nieuwe AAT te worden aangevraagd op de andere functies als de omvang daarvan wijzigt. Ook in deze situatie legt de aanbieder samen met de cliënt deze keuze vast in het zorgplan;
11. Kiest de cliënt voor huishoudelijke hulp via ZIN, maar wil hij dit later omzetten naar PGB? Dan levert de aanbieder een Melding einde zorg aan op de toegewezen functie HV. De cliënt (budgethouder) meldt zich in deze situaties zelf bij het zorgkantoor om huishoudelijke hulp via PGB te verzilveren. De cliënt meldt zich ook altijd zelf bij het zorgkantoor als hij zijn PGB voor huishoudelijke hulp wil omzetten naar ZIN;
12. Het is niet mogelijk zorg (in natura) in te zetten en te declareren als de bijpassende functie niet is toegewezen. Een ontbrekende functie moet daarom eerst via een AAT worden aangevraagd. Deze AAT moet dan altijd de gehele (actuele) zorgvraag omvatten;
13. Tot 2018 valt MSVT onder de Zvw. Vanaf 2018 is MSVT voorbehouden voor uitzonderingssituaties in de Zvw. De overige verpleging moet voor mensen met een Wlz-

---

<sup>32</sup> Deze handelwijze geldt ook voor andere functies die eerder zijn toegewezen waarvan duidelijk is dat deze zorg niet meer wordt ingezet.

indicatie vanuit het vastgestelde (basis)budget worden betaald<sup>33</sup>. Past de zorg niet binnen het beschikbare budget, dan kan bij het zorgkantoor extra budget worden aangevraagd. De zorgaanbieder geeft dan via de AAT aan dat er sprake is van ondoelmatige zorg vanwege een bijzondere situatie. Dien gelijktijdig de aanvraag via de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis gemotiveerd in bij het zorgkantoor. In het belang van de cliënt kan het zorgkantoor besluiten discretionaire bevoegdheid toe te passen.

14. Zorgkantoren toetsen periodiek en achteraf of de gemiddelde kosten binnen het toegestane budget blijven. Dit gebeurt aan de hand van ontvangen declaraties voor cliënten in een bepaalde periode of bepaald kalenderjaar. Controle op kostenontwikkeling vindt niet alleen op het niveau van de individuele zorgaanbieder plaats maar ook door een vergelijking tussen aanbieders;
15. In de aanvraag voor overbruggingszorg of alternatieve zorg (AAT) wordt alle noodzakelijke zorg in natura meegenomen. Zorg die met een PGB wordt ingekocht maakt geen onderdeel uit van de AAT. In de rekenmodule moet rekening worden gehouden met het deel van de zorg dat voor de cliënt via PGB verzilverd wordt. Er resteert daardoor minder financiële ruimte voor het MPT. Het zorgkantoor beoordeelt de combinatie van zorg thuis via ZIN met PGB daarom altijd in zijn totaliteit. Dat is de reden dat bij een combinatie van ZIN met PGB een rekenmodule wordt ingediend;

#### *Werkafspraken voor het gebruik van het formulier Verantwoorde zorg thuis*

1. Bij ontoereikende zelfregie van een cliënt en een gevaarscriterium licht de zorgaanbieder, via het formulier, toe hoe het noodzakelijke 24 uren toezicht of zorg in nabijheid is geregeld. Een advies van de huisarts over verantwoorde medische zorg thuis wordt daarbij ook opgevraagd;
2. 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 dit anders is overeengekomen tussen betrokken medische behandelaars;
3. De medisch adviseur van het zorgkantoor mag alleen met toestemming van de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger contact opnemen met de eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar;
4. In de situatie van extra ademhalingstoelagen en meerzorg, is bij de zorgverlening altijd een gekwalificeerd zorgprofessional betrokken (minimaal een verpleegkundige of SPH-er). Dit geldt zowel voor ZIN als PGB. Bij de toeslag EKT wordt de noodzaak hiervan altijd zorgvuldig afgewogen;
5. Is de zorgaanbieder van mening dat inzet van een hoger deskundigheidsniveau in bovengenoemde situaties niet noodzakelijk is, dan motiveert de zorgaanbieder dit in de toelichting van het formulier. Wordt in deze situaties zorg met een PGB ingekocht? Dan toetst het zorgkantoor dit bij de cliënt of gewaarborgde hulp. Bij een PGB kan het zorgkantoor ook een controle op het gevraagde opleidingsniveau uitvoeren door te toetsen of de zorg/hulpverlener in het KvK geregistreerd staat en zo nodig over een BIG registratie beschikt. Bij de aanbieder is dit onderdeel van de inkoopafspraken (overeenkomst);

---

<sup>33</sup> Voor de verpleging die in 2017 nog onder de MSVT viel, wordt in de Wlz geen aparte prestatie beschikbaar gesteld. Deze verpleging moet worden betaald met een bestaande, reguliere Wlz-prestatie.

6. In de situatie van verpleegtechnisch handelen, toetst het zorgkantoor op aanwezige bekwaamheid 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 wel onderdeel van het bewuste keuze gesprek of periodiek huisbezoek;
7. In de situatie van een gevaarscriterium moet geborgd zijn dat een (betrokken) zorgprofessional binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn. Een (huis)arts moet binnen 10 minuten reageren en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn (criteria IGZ2013).

*Werkafspraken voor het afgeven van een beschikking voor zorg thuis (VPT en MPT)*

1. Vanaf 2018 legt het zorgkantoor een positieve beoordeling voor zorg thuis bij een MPT, VPT of PTZ niet meer vast in een beschikking. Dit wordt nog wel gedaan bij situaties waar sprake is van EKT, een ademhalingstoeslag of meerzorg. Wordt er een positieve beschikking<sup>34</sup> afgegeven, dan wordt deze naar de cliënt gestuurd. De cliënt kan tegen de beschikking bezwaar & beroep aantekenen;
2. Bij een negatieve beoordeling stuurt het zorgkantoor altijd een beschikking naar de cliënt. Het zorgkantoor neemt de onderbouwing voor dit besluit op in de beschikking. In de situatie van een negatieve beoordeling is dit door het zorgkantoor altijd vooraf besproken met de aanbieder en de cliënt. De cliënt kan tegen de beschikking bezwaar & beroep aantekenen;
3. Geeft het zorgkantoor een beschikking af dan:
4. sluit de duur van de beschikking in principe aan bij de duur van het indicatiebesluit. Tenzij het zorgkantoor hier gemotiveerd van wil afwijken. Zo speelt bij een toeslag voor EKT in de duur van de beschikking het moment waarop iemand 18 of 23 jaar wordt bijvoorbeeld een rol;
5. sluit de periode van de zorgtoewijzing aan op de geldigheidsduur van de beschikking;
6. heeft het zorgkantoor de ruimte om discretionaire bevoegdheid toe te passen als dit in het belang van de cliënt is;
7. Bij een positieve beoordeling of beschikking ontvangt de zorgaanbieder een of meerdere nieuwe zorgtoewijzingen van het zorgkantoor.
8. Bij een negatieve beschikking wordt de betrokken zorgaanbieder hierover door het zorgkantoor geïnformeerd via het VECOZO notitieverkeer;
9. De zorgplicht voor zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders vervalt niet bij een negatieve beschikking. Er moet op professionele wijze zorg worden geleverd binnen de afgesproken mogelijkheden. De cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger is verantwoordelijk voor eventuele risico's die volgen uit de keuze om de thussituatie van de cliënt te handhaven. De afspraken hierover worden opgenomen in de motivatie bij de beschikking. De zorgaanbieder ontvangt een of meerdere nieuwe zorgtoewijzingen die aansluiten bij de gemaakte afspraken (voor een bepaalde periode);
10. Een negatieve beschikking voor een MPT kan gevolgd worden door een positieve beschikking voor een PGB. Dit kan bijvoorbeeld in de situatie dat een aanbieder de noodzakelijke (niet planbare) zorgmomenten niet kan inregelen door de hoge frequentie of de locatie van het woonadres;

<sup>34</sup> Het zorgkantoor heeft na ontvangst van een aanvraag voor een zorg thuis formeel 6 weken de tijd om een beschikking af te geven aan de cliënt.

11. In alle situaties informeert de zorgprofessional, in overleg met de cliënt, het zorgkantoor tijdig als de zorgbehoefte wijzigt of de situatie thuis niet meer doelmatig of verantwoord is.

*Werkafspraken tussen zorgkantoren als meer zorgkantoren betrokken zijn bij een cliënt*

1. Het zorgkantoor dat het indicatiebesluitbericht heeft ontvangen is (voor de cliënt) het regionale zorgkantoor. Dit zorgkantoor is, als dit nodig is, verantwoordelijk voor het aanmaken van een beschikking en de zorgtoewijzingen. In de situatie dat een cliënt zorg wil ontvangen of ontvangt van een zorgaanbieder (dossierhouder) in een andere zorgkantoorregio, is er sprake van een bovenregionale zorgvraag. Dit zorgkantoor is (voor de cliënt) het bovenregionale zorgkantoor omdat deze het indicatiebesluitbericht niet rechtstreeks heeft ontvangen van het CIZ;
2. Een bovenregionaal zorgkantoor stuurt een aanvraag voor zorg dus altijd door naar het regionale zorgkantoor. Het regionale zorgkantoor maakt de zorgtoewijzingsbericht(en) aan. Deze berichten worden door het bovenregionale zorgkantoor ongewijzigd doorgestuurd naar de aanbieder;
3. De zorgaanbieder vraagt de zorg voor de cliënt aan bij het zorgkantoor waarmee contract- en productieafspraken zijn gemaakt. Het zorgkantoor dat een aanbieder contracteert in een regio, is namelijk het eerste aanspreekpunt voor deze zorgaanbieder. Dit zorgkantoor heeft ook kennis van de zorg die door de gecontracteerde aanbieders kan worden geleverd. Welke andere mogelijkheden er bij deze aanbieder of in de regio zijn voor de cliënt;
4. Het zorgkantoor dat het indicatiebesluitbericht heeft ontvangen geeft, als dit nodig is, ook een beschikking af aan de cliënt. Zijn er meerdere zorgkantoren bij een cliëntsituatie betrokken, bijvoorbeeld omdat de cliënt (ook) zorg ontvangt of wil ontvangen in een andere regio of omdat het PGB nog via een andere zorgkantoor wordt beschikt? En moet over de aangevraagde zorg een beoordeling door het zorgkantoor plaatsvinden omdat deze over ondoelmatige zorginzet gaat, een onverantwoord thuissituatie of over specifieke aanvragen (zoals combinatie ZIN/PGB, PTZ, EKT of meerzorg)? Dan stemmen de zorgkantoren altijd onderling af over de af te geven beschikking (doelmatige en/of verantwoorde zorg). Het zorgkantoor dat de aanbieder gecontracteerd heeft, neemt de uiteindelijke beslissing of de aangevraagde zorg geleverd mag worden. De keuze van de cliënt om te willen verhuizen naar een andere regio staat niet ter discussie.

### 4.3 Extra toeslagen thuis

Een toeslag bovenop het basisbudget is mogelijk als de verzekerde bij opname in een instelling ook is aangewezen op deze toeslag (extra zorg) én deze toeslag niet gebonden is aan het verblijf in een instelling. Het basisbudget (100%, doelmatige zorg) is dan gelijk aan het PGB-budget voor een bepaald zorgprofiel, verhoogd met de zorgkosten voor een intramurale toeslag zoals invasieve of non-invasieve beademing.

#### *Extra kosten thuis*

Voor cliënten die tot een van de doelgroepen uit de regeling Extra kosten thuis horen, die beschikken over een Wlz-indicatie en die niet uitkomen met het toegewezen basisbudget, mag maximaal 125% van het basisbudget<sup>35</sup> worden toegekend (eventueel inclusief invasieve of non-invasieve ademhalingstoelage). Dit gebeurt in overleg met het zorgkantoor. Deze toeslag wordt extra kosten thuis (EKT) genoemd. Deze opslag is in te voeren in de rekenmodule.

*De toeslag EKT is niet van toepassing op deze doelgroepen als de cliënt:*

- in een geclusterde woonvorm verblijft die gefinancierd wordt via ZIN. 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 thuissituatie woont;
- onderdeel uitmaakt van een gezin waar meerdere kinderen of personen aanspraak maken op zorg zoals beschreven onder artikel 5.3. In deze situaties is in redelijkheid te verwachten dat er enige doelmatigheid kan worden bereikt bij de in te zetten zorg (het wordt dus niet als redelijk beschouwd dat voor elk kind of persoon gerekend wordt met 125%);
- in aanmerking komt voor PTZ, meerzorg of een persoonlijk assistentiebudget. Er is geen stapeling van EKT met meerzorg of het persoonlijk assistentiebudget mogelijk;
- de leeftijdsgrens heeft overschreden van 23 jaar (3a) respectievelijk 18 jaar (3b). Zorgkantoren beoordelen uiterlijk 6 weken voor het bereiken van deze leeftijdsgrens of en hoe de noodzakelijke zorg kan worden gecontinueerd. En nemen hierover contact op met de betrokken dossierhouder en/of cliënt (budgethouder).

### 4.4 Zorgtoewijzing

#### 4.4.1 Te leveren zorgprofiel is gelijk aan geïndiceerd zorgprofiel (opname)

De zorgaanbieder levert de geïndiceerde en toegewezen zorg als:

- uit overleg met de cliënt blijkt dat de geïndiceerde en ook toegewezen zorg overeenkomt met de zorgvraag van de cliënt;
- de zorgaanbieder hiervoor is gecontracteerd.

---

<sup>35</sup> Het maximale budget bij EKT is dus 1,25x het basisbudget dat bij een bepaald zorgprofiel hoort

#### **4.4.2 Te leveren zorgprofiel wijkt af van geïndiceerd zorgprofiel (opname)**

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

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

#### *Mutatiebericht (AAT) en overbruggingszorg bij alternatief zorgprofiel*

Kan de zorgaanbieder het alternatieve zorgprofiel direct leveren, dan meldt de zorgaanbieder de cliënt in zorg met een MAZ-bericht in iWlz. Kan de zorgaanbieder het alternatieve zorgprofiel niet direct leveren en heeft de cliënt overbruggingszorg nodig? Dan vraagt de zorgaanbieder overbruggingszorg aan op het regulier toegewezen (geïndiceerde) zorgprofiel. Het is in iWlz namelijk niet mogelijk om overbruggingszorg aan te vragen op een alternatief toegewezen zorgprofiel. Het alternatieve (instellingseigen) zorgprofiel wordt dan pas aangevraagd op het moment dat de cliënt wordt opgenomen.

### **4.5 Geen passend zorgarrangement door voorkeuraanbieder**

De voorkeur van de cliënt voor een aanbieder is leidend voor de zorgkantoren. Daarom sturen zorgkantoren het indicatiebesluitbericht altijd door naar de voorkeuraanbieder. Dit gebeurt direct als de cliënt ook weet hoe (welke leveringsvorm) hij zijn zorg wil ontvangen of nadat bij de cliënt is getoetst of de keuze-informatie duidelijk was. Is er geen voorkeuraanbieder bekend of weet de cliënt nog niet hoe hij zijn zorg wil krijgen, dan neemt het zorgkantoor altijd contact op met de cliënt. Het zorgkantoor bespreekt met de cliënt welke zorg(aanbieder) past bij zijn wens, bij zijn situatie en in welke vorm hij zijn zorg wil krijgen. De voorkeuraanbieder bespreekt vervolgens samen met de cliënt hoe zijn zorgvraag ingevuld kan worden in een zorgarrangement.

Kan de voorkeuraanbieder geen passend zorgarrangement leveren, dan geeft de zorgaanbieder de zorgtoewijzing gemotiveerd terug aan het zorgkantoor. De zorgaanbieder gebruikt daarvoor



het VECOZO notitieverkeer. Het zorgkantoor kan contact opnemen met de aanbieder over zijn motivatie. Bij instemming met de motivatie neemt het zorgkantoor de begeleiding van de cliënt en de zorgbemiddeling over. De aanbieder stuurt daarna een MUT<sub>12</sub> (Einde zorg bericht).

Als de cliënt dit wil kan de voorkeuraanbieder ook samen met de cliënt zoeken naar een andere zorgaanbieder. Komen ze er samen niet uit, dan neemt de zorgaanbieder of de cliënt contact op met het zorgkantoor.

Het zorgkantoor maakt bij de bemiddeling van de cliënt, conform de wet, een afweging tussen kwaliteit en betaalbaarheid maar volgt zoveel mogelijk de wens van de cliënt. Zie ook hoofdstuk 6, zorgweigering en zorgbeëindiging.

#### 4.6 Overbruggingszorg thuis tot aan opname in een zorginstelling

Een cliënt met een opnamewens kan vaak niet direct worden opgenomen en komt op de wachtlijst van de instelling van voorkeur (dossierhouder). De dossierhouder is verplicht om, tijdens de wachtperiode tot opname, overbruggingszorg thuis te regelen als de cliënt dit nodig heeft.

Overbruggingszorg wordt:

1. zo snel mogelijk maar uiterlijk binnen 10 dagen na de zorgtoewijzing van het zorgprofiel door de dossierhouder aangevraagd bij het zorgkantoor;
2. door het zorgkantoor voor een periode van 13 weken tot maximaal 1 jaar toegewezen. In overleg met het zorgkantoor kan deze periode bij de voorkeuraanbieder worden verlengd, bijvoorbeeld als er nog geen passende plaats beschikbaar is maar deze wel binnen afzienbare termijn vrijkomt. De duur van de toewijzperiode is afhankelijk van de noodzaak (urgentie) van opname en de kosten van zorg thuis. Wordt de wachttijd tot opname overbrugd met doelmatige en verantwoorde zorg thuis, dan is de wens van de cliënt voor een locatie leidend: de zorg moet op redelijke afstand van waar de verzekerde woont of wenst te wonen, geleverd worden. Ook bij cliënten met een dringende opnamebehoefte wordt hier, vanuit het belang voor de cliënt en zijn sociale context, zoveel mogelijk rekening mee gehouden door de aanbieder of het zorgkantoor. Onnodig extra verhuizingen worden voorkomen maar is gezien een cliëntsituatie thuis (ondoelmatige of onverantwoorde zorg) niet altijd realistisch en haalbaar.

Welke leveringsstatus wordt gebruikt bij een cliënt met een opnamewens?

Is er sprake is van een opnamebehoefte (opnamewens) en is er niet direct plaats in de instelling van voorkeur, dan wordt de cliënt op de wachtlijst van deze instelling geplaatst. Bij het wachtlijstbeheer zijn voor deze cliënten 2 leveringsstatussen relevant (zie bijlage C voor alle leveringsstatussen). Dit zijn: Actief wachtend en Wens wachtend (Niet-actief wachtend).

*Wens wachtend (Niet-actief wachtend)<sup>36</sup>*

---

<sup>36</sup> Vanaf in gebruik name van iWlz 2.0 (1 april 2018) wordt de leveringsstatus Wens wachtend definitief vervangen door Niet-actief wachtend.

Is er een opnamewens bij de cliënt, maar is deze opnamewens niet dringend (kan de cliënt thuis op verantwoorde wijze wachten op opname)? Dan is op de cliëntsituatie de leveringsstatus Wens wachtend van toepassing. Voor een Wens wachtende cliënt geldt dat:

- de cliënt bij ongewijzigde, (stabiele) omstandigheden instemt met opname bij zijn instelling van voorkeur als er binnen één jaar een plaats beschikbaar komt (beperkte uitloop is mogelijk bij bijvoorbeeld een gewenningsperiode voor kinderen);
- een VPT of MPT het aangewezen alternatief is als de cliënt niet instemt met opname bij zijn voorkeuraanbieder binnen één jaar. De leveringsstatus Slappend wachtend (met overbruggingszorg) is in deze situatie dus niet van toepassing.

#### *Actief wachtend*

Is er een dringende opnamewens (Actief wachtend) dan is meer dan 13 weken wachten op opname geen optie voor de cliënt. Gezien de cliëntsituatie moet opname zo snel mogelijk gerealiseerd worden.

#### **4.6.1 Overbruggingszorg thuis na overdracht vanuit andere domein**

In de Regeling langdurige zorg is opgenomen dat een cliënt zijn zorg uit het andere domein voor maximaal 13 weken mag continueren als er sprake is van een Wlz-indicatie met opnamewens. De zorg kan in deze periode door dezelfde aanbieder (als deze ook gecontracteerd is voor de Wlz) of in dezelfde leveringsvorm (als de zorg een gelijke Wlz-prestatie kent) en met dezelfde omvang worden voortgezet. Het zorgkantoor beoordeelt in deze situaties, samen met de leverende aanbieder en dossierhouder, of de wens van de cliënt uitvoerbaar is en past binnen de Wlz (dit kan bijvoorbeeld ook als onderaannemer bij een regulier gecontracteerde Wlz-aanbieder). Kan het zorgkantoor niet tegemoet komen aan de wens van de cliënt dan gelden direct de afspraken uit het voorschrift.

Voor cliënten die al zorg hebben in het andere domein, die geen dringende opnamebehoefte hebben en de zorg uit het andere domein willen continueren geldt dat:

- de voorkeuraanbieder binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing de leveringsstatus Wens wachtend<sup>37</sup> aanlevert bij het zorgkantoor. Dit gebeurt via een mutatiebericht;
- de zorgaanbieder een rekenmodule en formulier Verantwoorde zorg aanlevert. In de toelichting wordt opgenomen dat cliënt is overgedragen vanuit een ander domein met ondoelmatige zorg. De voorkeuraanbieder geeft daarbij ook aan of de cliënt binnen 13 weken kan worden geplaatst. Kan dit niet ingeschat<sup>38</sup> worden of is dit op voorhand niet mogelijk én wil de cliënt niet tijdelijk bij een andere aanbieder worden opgenomen? Het zorgkantoor kan hierin ook bemiddelen als de voorkeuraanbieder en de cliënt er samen niet uitkomen;
- dan wordt de overbruggingszorg vanaf de start geleverd door een zorgaanbieder die gecontracteerd is voor Wlz-zorg;
- dan geldt voor de inzet van overbruggingszorg direct het reguliere proces;

<sup>37</sup> Het ministerie van VWS heeft de term wens wachtend vervangen door niet-actief wachtend. Omdat iWlz nog niet is aangepast op deze wijziging wordt de huidige terminologie van iWlz gehandhaafd in het voorschrift.

<sup>38</sup> In overleg met het zorgkantoor is een beperkte uitloop mogelijk.

Kan de cliënt binnen 13 weken worden geplaatst bij zijn voorkeuraanbieder 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. Of;
- mag de cliënt tijdelijk zijn PGB continueren zonder aan bepaalde voorwaarden<sup>39</sup> voor PGB te voldoen. Dit kan alleen als de cliënt in het andere domein op het moment van indicatiestelling voor de Wlz een PGB heeft;
- mag de omvang van zijn zorg uit het andere domein voor een periode van maximaal 13 weken gecontinueerd worden. Ook als dit meer is dan hij vanuit de Wlz zou krijgen volgens het reguliere proces;
- wijst het zorgkantoor de overbruggingszorg in deze situaties voor een korte periode toe (maximaal 13 weken);
- wordt deze zorg betaald vanuit de Wlz.

Heeft de cliënt bij overgang vanuit het andere domein wel een urgente opnamewens (Actief wachtend)? En stemt de cliënt in met een eventueel (tijdelijke) opname bij een andere aanbieder? Dan:

- levert de dossierhouder binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing de leveringsstatus Actief wachtend aan bij het zorgkantoor. Dit gebeurt via een mutatiebericht;
- levert de zorgaanbieder een rekenmodule aan en formulier Verantwoorde zorg. In de toelichting wordt opgenomen dat cliënt is overgedragen vanuit een ander domein met ondoelmatige zorg en dat opname binnen 13 weken moet plaatsvinden. De zorgaanbieder geeft daarbij ook zelf zijn mogelijkheden aan;
- mag de cliënt tijdelijk zijn aanbieder(s) uit het andere domein houden als het zorgkantoor, in overleg met de leverende aanbieder en de dossierhouder, uitvoering kan geven aan de wens van de cliënt. En de zorg past binnen de Wlz. Of;
- tijdelijk zijn PGB continueren zonder aan de voorwaarden<sup>40</sup> hiervoor te voldoen;
- de omvang van zijn zorg uit het andere domein continueren, ook als dit meer is dan hij vanuit de Wlz zou krijgen volgens het reguliere proces;
- geldt de voorwaarde dat hij binnen 13 weken wordt opgenomen bij zijn voorkeuraanbieder of een tijdelijk andere aanbieder. In overleg met het zorgkantoor is beperkte uitloop mogelijk als de voorkeuraanbieder opname kan garanderen binnen een afgesproken termijn. 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 zorgkantoor het reguliere proces voor de Actief wachtende cliënt en bewaakt samen met de aanbieder dat de cliënt binnen de treeknorm wordt opgenomen.
- wijst het zorgkantoor de overbruggingszorg in deze situaties voor een korte periode toe (maximaal 13 weken).

<sup>39</sup> Onder verwijzing naar artikel 5.7a Rlz

<sup>40</sup> Onder verwijzing naar artikel 5.7a Rlz

#### 4.6.2 Aanvraag overbruggingszorg tot opname

De dossierhouder bepaalt samen met de cliënt en zijn (wettelijk) vertegenwoordiger welke overbruggingszorg noodzakelijk is en hoe deze wordt ingevuld. Daarbij wordt rekening gehouden met de mogelijkheden van het sociale netwerk rondom de cliënt. De noodzakelijke Wlz-zorg kan geregeld worden met een of meerdere zorgaanbieders, maar ook (gedeeltelijk) met een PGB.

Bij aanvragen voor overbruggingszorg geldt dat:

1. de AAT een zorgarrangement op maat voor de cliënt bevat. Het is niet de bedoeling om de rekenmodule als uitgangspunt te nemen (dus niet de financiële ruimte binnen het basisbudget gebruiken om de in te zetten zorg uit te rekenen);
2. de zorgaanbieder de rekenmodule gebruikt om te berekenen of de zorgkosten passen binnen het basisbudget (eventueel inclusief behandeling) voor het geïndiceerde profiel;
3. de zorgaanbieder de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis niet hoeft aan te leveren bij het zorgkantoor als de kosten binnen het basisbudget blijven en zorg thuis verantwoord geleverd kan worden;
4. de zorgaanbieder de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis wel aanlevert bij het zorgkantoor als de kosten het basisbudget overschrijden. Uit de onderbouwing moet blijken waarom extra zorg nodig is. Wat de verwachte duur tot opname is en welke stappen de zorgaanbieder onderneemt om de opname te bespoedigen;
5. de zorgaanbieder bij de AAT aangeeft of er sprake is van een ondoelmatige aanvraag. Dit is vanaf 2017 mogelijk. Ook als de situatie thuis niet verantwoord is geeft de aanbieder dit door via de AAT. Dit bespoedigt het proces van zorgtoewijzing voor alle betrokken partijen;
6. Na toewijzing van de AAT, levert de zorgaanbieder de juiste leveringsstatus aan via een MAZ- of MUT-bericht.

Overschrijden de kosten van overbruggingszorg het basisbudget, dan vindt hierover afstemming plaats tussen de dossierhouder en het zorgkantoor. Binnen de Wlz is het toegestaan om extra budget in te zetten voor overbruggingszorg tot opname. Dit geldt voor uitzonderingsituaties. De gezondheidssituatie van de cliënt is dan zo ernstig, dat opname op korte termijn noodzakelijk is. De cliënt wacht ongewenst. Inzet van overbruggingszorg vanuit het basisbudget is in deze situaties niet toereikend waardoor de zorg thuis niet verantwoord geleverd kan worden. De hoeveelheid extra ingezette overbruggingszorg moet redelijk en te verantwoorden zijn. Het afgesproken budget mag niet worden overschreden.

#### *Zorgtoewijzing en leveringsstatus bij extra budget overbruggingszorg*

De cliëntsituatie en/of de mate waarin extra overbruggingszorg noodzakelijk is, bepaalt de duur van de zorgtoewijzing en de leveringsstatus die de cliënt moet krijgen. De noodzaak tot opname wordt benadrukt door de leveringsstatus Actief wachtend. Overschrijdt het pakket overbruggingszorg de kosten van het basisbudget dan wordt deze maximaal 13 weken toegewezen. In overleg met het zorgkantoor is beperkte verlenging mogelijk. Zorgkantoren bewaken dat de actief wachtende cliënten binnen de treeknorm worden opgenomen. Uiterlijk

twee weken voor het bereiken van de norm neemt het zorgkantoor contact op met de cliënt en de zorgaanbieder voor overleg over de situatie.

Afhankelijk van de cliëntsituatie en/of de extra kosten voor de in te regelen overbruggingszorg geldt dat de cliënt accepteert dat hij (tijdelijk) wordt opgenomen bij een aanbieder die niet zijn voorkeur heeft (uitzondering hierop vormt een cliënt met een indicatie voor een VV10 of die PTZ ontvangt). Dit wordt door de dossierhouder met de cliënt besproken. De cliënt houdt altijd het recht om bij zijn aanbieder van voorkeur op de wachtlijst te blijven staan. Het profiel wordt dan toegewezen aan de tijdelijke aanbieder met soort zorgtoewijzing transfer.

#### *Voorbeeld*

Een zorgprofiel VV6 geeft recht op een basisbudget voor zorg thuis van bijvoorbeeld € 839,32 per week. Stel een cliënt met een indicatie voor VV6 moet vanwege een ernstige achteruitgang in de gezondheid zo snel mogelijk opgenomen worden en heeft veel zorg nodig. De overbruggingszorg die tot opname moet worden ingezet kost wekelijks gemiddeld € 1190,10. Dit is  $(1190,10/839,31 \times 100\%)$  141,8% van het basisbudget, Deze overbruggingszorg wordt voor maximaal 13 weken toegekend. De cliënt krijgt de leveringsstatus actief wachtend en is bereid de eerst vrijkomende passende plaats te accepteren als zijn voorkeuraanbieder hem niet binnen 13 weken kan opnemen. De leveringsstatus wens wachtend is in de situatie waarin het basisbudget wordt overschreden niet van toepassing.

Voor cliëntengroepen die in aanmerking komen voor een vergoeding van EKT, ligt de hoogte van het budget voor overbruggingszorg hoger dan het basisbudget (maximaal 125%). Dit hogere budget voor overbruggingszorg is in deze situatie geen reden om de status Actief wachtend van toepassing te laten zijn.

#### *Voorbeeld*

Voor kinderen tot 23 jaar mogen de kosten van overbruggingszorg het basisbudget overschrijden.

### **4.6.3 VPT als overbruggingszorg tot opname**

VPT kan ook als overbruggingszorg worden ingezet. Hiervoor vraagt de zorgaanbieder waar de cliënt op de wachtlijst staat voor opname, via een AAT, het VPT als overbruggingszorg aan .

Krijgt een cliënt (zonder opnamewens) zijn zorg via een VPT, maar wil hij na verloop van tijd toch worden opgenomen? Dan maakt het zorgkantoor een reguliere zorgtoewijzing aan voor het zorgprofiel met leveringsvorm ZIN. Totdat de cliënt feitelijk wordt opgenomen, wordt het VPT als overbruggingszorg toegewezen.

## **4.7 Overbruggingszorg totdat alternatieve zorg thuis geregeld is**

Is een aanvraag voor zorg thuis akkoord dan wijst het zorgkantoor de aangevraagde zorgtoewijzing(en) met terugwerkende kracht toe aan de zorgaanbieder. De gewenste startdatum van de zorgtoewijzing is in deze situaties gelijk aan de aanvraagdatum.

Twijfelt de aanbieder aan een positieve beoordeling van doelmatige en verantwoorde zorg thuis? Of heeft de aanbieder meer tijd nodig om de aanvraag voor (alternatieve) zorg thuis te beoordelen en in te dienen? In die situatie kan de zorgaanbieder ervoor kiezen om tijdelijk overbruggingszorg aan te vragen als er direct zorg nodig is bij de cliënt. De toewijzing voor overbruggingszorg stopt zodra de aanvraag voor het VPT, MPT en/of PGB is goedgekeurd en is toegewezen.

Wordt de aanvraag voor alternatieve zorg thuis afgewezen? Dan neemt het zorgkantoor contact op met de zorgaanbieder en/of de cliënt.

Overbruggingszorg die wordt ingezet totdat er duidelijkheid is over het zorgarrangement thuis, moet hier zoveel mogelijk bij aansluiten. Dit voorkomt dat de cliënt in korte tijd meerdere wijzigingen in zijn zorg ervaart of later terug moet in zijn zorg. Wijkt de aanvraag voor overbruggingszorg af van de definitieve aanvraag, dan motiveert de zorgaanbieder waarom dit het geval is. Bij twijfel over een doelmatige aanvraag voor het MPT is het aan te raden om met overbruggingszorg te starten die past binnen het basisbudget. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag voor deze vorm van overbruggingszorg binnen 2 werkdagen na ontvangst van de AAT of geeft binnen deze periode aan hier extra tijd voor nodig te hebben. De zorgtoewijzing voor deze vorm van overbruggingszorg heeft in zijn algemeenheid een kortere duur (maximaal 13 weken).

## **4.8 Behandeling als onderdeel van de zorg (thuis)**

### **4.8.1 Afbakening behandeling**

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

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

Behandeling wordt aangevraagd als er sprake is van diagnostiek, verbetering of tegengaan van behandelbare verslechtering van de aandoening, beperking, stoornis of handicap. In de Wlz is behandeling vaak niet gericht op herstel maar op het voorkomen van gevolgen en complicaties of het ontstaan van een gerelateerde stoornis. Behandeling kan ook gaan om het aanleren van nieuw gedrag of een nieuwe vaardigheid. Van behandeling is sprake als er behandeldoelen zijn opgesteld, die op gestructureerde en programmatische manier worden opgepakt. En waarvoor specifieke deskundigheid is vereist<sup>41</sup>. Behandeling is per definitie begrensd in de tijd.

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

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

---

<sup>41</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/behandeling>

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

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

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

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

#### **4.8.2 Behandeling bij overbruggingszorg of een MPT**

##### *Werkafspraken voor het aanvragen van behandeling bij overbruggingszorg of een MPT*

1. Behandeling is zowel bij overbruggingszorg als bij een MPT geen standaard onderdeel van het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel;
2. Behandeling kan alleen via ZIN en niet via PGB geleverd worden;
3. Voor Behandeling groep en Begeleiding groep geldt volgens de kaders van de Wlz een gezamenlijk maximum van 9 dagdelen bij de indicatiestelling. Dit maximum van 9 dagdelen is geen harde grens bij de feitelijke zorginzet voor overbruggingszorg of het MPT. Het aantal dagdelen kan naar behoefte worden ingezet. En mag dus meer zijn dan 9 dagdelen, zolang het past binnen het (basis)budget. Voorwaarde blijft wel dat dit niet ten koste gaat van de overige noodzakelijke zorg thuis zoals verpleging, persoonlijke verzorging of individuele begeleiding;
4. Is er bij de indicatiestelling sprake van Begeleiding groep naast het zorgprofiel maar is Behandeling groep aangewezen? Dan wordt het aantal dagdelen begeleiding groep in principe verminderd met het aantal dagdelen Behandeling groep dat nodig is<sup>42</sup>.

##### *Wanneer de cliënt behandeling nodig heeft bij een MPT of overbruggingszorg*

1. Selecteert de zorgaanbieder een passende behandelprestatie in de rekenmodule. Het basisbudget wordt in de rekenmodule dan automatisch opgehoogd met een component voor behandeling. Dit is het nieuwe basisbudget;
2. Is de extra financiële ruimte voor behandeling afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. En wordt bepaald door het verschil tussen het bijbehorende VPT-tarief met behandeling en zonder behandeling. Er zijn profielen waarbij dit verschil niet aanwezig is. Dat geldt bijvoorbeeld bij LVG zorgprofielen. Behandeling is daar al standaard onderdeel van het tarief;
3. Geldt dat de extra financiële ruimte die beschikbaar is voor behandeling niet ingezet mag worden voor andere Wlz-zorg. Past de noodzakelijke behandeling niet binnen de

<sup>42</sup> Daarbij wordt rekening gehouden met eerdere toegewezen zorg.

- extra financiële ruimte, dan mag deze wel ten laste worden gebracht van het basisbudget. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis verantwoord blijft;
4. Past de noodzakelijke behandeling binnen het basisbudget (inclusief behandelcomponent) dan kan de dossierhouder de behandeling direct aanvragen via een AAT. In deze situaties is er vooraf geen beoordeling en toestemming nodig van het zorgkantoor. De onderbouwing voor de inzet van behandeling (groep en/of individueel) legt de aanbieder vast in het zorgplan. De aanbieder geeft een toelichting op de punten die hieronder bij de motivatie zijn opgenomen;

De motivatie 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 het te behalen resultaat van de behandeling;
- wat is het aantal benodigde uren behandeling (individueel) of dagdelen (groep) per week
- wat is de duur van de behandeling;
- dat de aangevraagde behandeling geen onderdeel is van de Zorgverzekeringswet;

Wat als de inzet van behandeling een overschrijding van het (basis)budget veroorzaakt?

1. Past de noodzakelijke zorg en/of behandeling niet binnen het basisbudget met extra financiële ruimte? Dan vraagt de dossierhouder de extra noodzakelijke behandeling gemotiveerd aan bij het zorgkantoor. Hij geeft daarbij een toelichting op de hierboven benoemde punten. In de AAT geeft de dossierhouder aan dat er sprake is van een niet doelmatige aanvraag. Gelijktijdig levert de dossierhouder een rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis aan, waarin de motivatie en toelichting is opgenomen;
2. Dan overlegt het zorgkantoor altijd met de zorgaanbieder 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);
3. Is er sprake van een combinatie ZIN met PGB? Dan overlegt het zorgkantoor ook altijd met de budgethouder<sup>43</sup> over doelmatige inzet van middelen omdat het PGB geen 'verworven recht (inkomen)' 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 door de zorgkantoren flexibel aan te passen.
4. Wanneer de inzet van individuele behandeling of dagbehandeling een overschrijding op beschikbare budget voor het MPT blijft geven, dan kan het zorgkantoor extra financiële ruimte toekennen. Zorgkantoren doen dit alleen wanneer de zorgaanbieder (behandelaar) de noodzaak voor de individuele behandeling of dagbehandeling aan de cliënt goed kan onderbouwen.

---

<sup>43</sup> of zijn gewaarborgde hulp. Dit is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel.



Verder geldt dat:

- aanvragen voor behandeling bij overbruggingszorg voor maximaal 6 maanden worden toegekend. Verlenging in overleg met het zorgkantoor mogelijk is;
- aanvragen voor behandeling bij een MPT voor een periode van maximaal 1 jaar worden toegekend. Verlenging in overleg met het zorgkantoor mogelijk is;
- Voor de doelgroep kinderen < 18 jaar geldt een ruimere mogelijkheid voor het toekennen van behandeling omdat er nog sprake is van een ontwikkelingsfase. Dit kan voor maximaal 3 jaar als duidelijk is dat voor het te bereiken behandelresultaat deze periode nodig is en/of tot de leeftijd van 18 jaar.

#### *Subsidieregeling Extramurale Behandeling*

Woont iemand thuis en is er behandeling nodig, maar beschikt deze persoon niet over een CIZ-indicatie voor Wlz-zorg? Dan kan een beroep worden gedaan op de tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling<sup>44</sup>. Mensen met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of een verstandelijke beperking (meerderjarig) komen hiervoor in aanmerking. De cliënt heeft daarvoor ook een (extramurale) indicatie van het CIZ nodig. Een indicatiebesluit van het CIZ is niet nodig als de behandeling wordt ingezet als consultatie voor de huisarts.

Een indicatie voor extramurale behandeling gaat niet samen met een Wlz-indicatie voor een zorgprofiel. Met uitzondering van een indicatie voor partneropname (ZZPo). Deze behandeling kan dus niet samen geleverd worden met bijvoorbeeld een MPT of VPT, maar wel met een ZZPo. De aparte prestaties voor de subsidieregeling Extramurale behandeling kunnen daarom ook niet gelijktijdig met Wlz-zorg gedeclareerd worden.

Heeft iemand een Wlz-indicatie voor een zorgprofiel, woont de cliënt nog thuis en is er behandeling nodig? Vraag dan via de AAT de functie Behandeling aan. De Wlz is namelijk voorliggend op de subsidieregeling en de Zvw. Vraag geen indicatie voor Extramurale Behandeling bij het CIZ aan. Wordt bij het CIZ wel een indicatie aangevraagd voor Extramurale Behandeling uit de subsidieregeling, dan leidt dit tot ongewenste beëindiging van het indicatiebesluit voor reguliere Wlz-zorg. Het indicatiebesluit voor reguliere Wlz-zorg wordt in de iWlz-systemen namelijk overruled door het nieuwe indicatiebesluit voor de subsidieregeling. Ook al trekt het CIZ het indicatiebesluit voor reguliere Wlz-zorg formeel niet in. Zorgkantoren kunnen deze situaties niet corrigeren in het iWlz-systeem.

#### **4.8.3 Tijdelijk behandeling naast een VPT of opname zonder behandeling**

Krijgt een cliënt zorg in een instelling zonder behandeling of krijgt hij een VPT zonder behandeling? Dan biedt de Wlz ruimte om tijdelijk Wlz-behandeling in te zetten. Vanaf 2018 geldt hiervoor géén aparte machtigingsprocedure meer<sup>45</sup>. Er hoeft dus (buiten iWlz om) om

<sup>44</sup> Zie ook <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/extramurale+behandeling> en de overeenkomst Zorgkantoor-Zorgaanbieder Wlz voor de tijdelijke subsidieregeling Extramurale behandeling op grond van artikel 11.1.5 van de Wlz

<sup>45</sup> Declaraties voor tijdelijke behandeling over het jaar 2017 kunnen niet zonder aparte machtiging bij het zorgkantoor worden ingediend.

vooraf géén toestemming te worden gevraagd bij het zorgkantoor. Dat geldt nadrukkelijk voor de tijdelijke behandeling die in 2018 is geleverd. Het zorgkantoor toetst achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria (4.8.3.2).

Bij de noodzaak tot langdurige behandeling is verblijf in een instelling inclusief behandeling of een VPT inclusief behandeling voor de cliënt een betere oplossing.

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

1. Consultatie door een Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG). Voor deze consultatie is geen toewijzing voor de functie Behandeling nodig. De aanvraag hiervoor kan rechtstreeks bij de SOG of AVG worden gedaan door de huisarts of vanuit het Multi-disciplinair overleg (MDO) rond de cliënt. Belangrijk is dat de reden, de inhoud en de aanvrager van de consultatie goed worden vastgelegd in het zorgplan van de cliënt;
2. Het kortdurend leveren van de overige behandelvormen SOG of AVG of behandelprestaties. Criteria voor het inzetten van de kortdurende behandeling:
  - de inzet is tijdelijk van aard (3 tot 6 maanden);
  - de inzet gaat uitdrukkelijk over Wlz-behandeling en niet over 'behandeling op de achtergrond';
  - in het zorgplan wordt de onderbouwing voor deze inzet vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO;
  - de onderbouwing in het zorgplan geeft duidelijkheid over de inhoud van de in te zetten behandeling;
  - de registratie in het zorgplan bevat de duur en de te verwachten hoeveelheid uren;
  - het verschil (financiële waarde) tussen een VPT met behandeling en een VPT zonder behandeling voor een bepaald zorgprofiel geldt als financieel kader voor de inzet. De aanbieder kan de rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen.

## 4.9 Regelzorg

Wordt er een Wlz-indicatie gesteld voor een cliënt en ontvangt hij op dat moment zorg uit een ander domein, bijvoorbeeld de Zvw, dan zijn er mogelijk enkele dagen nodig om de Wlz-zorg in te regelen. Het was in de AWBZ gebruikelijk dat de zorg nog een redelijke termijn werd geleverd vanuit het 'oude' domein. Dat lijkt ook in de Wlz de meest praktische oplossing. Omdat hierover wettelijk niets geregeld is, heeft het Zorginstituut aangedrongen op een praktische afspraak tussen partijen. Partijen hebben hierover afgesproken dat de zorg 5 werkdagen in het oude domein wordt gecontinueerd en van daaruit ook wordt bekostigd.

## 4.10 Palliatief Terminale Zorg

Palliatief terminale zorg (PTZ) is zorg die wordt geleverd in de laatste levensfase van een cliënt. Deze zorg is vaak gericht op behandeling of begeleiding bij pijn, benauwdheid en angst en niet op herstel. Daarnaast is het doel om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden voor de cliënt.

De terminale fase eindigt door overlijden of wanneer de cliëntsituatie zodanig verbetert dat er geen sprake meer is van een terminale levensfase<sup>46</sup>.

### *Vervallen indicatiestelling VV10 vanaf 2018*

Vanaf 1 januari 2018 vervalt de indicatiestelling door het CIZ voor het zorgprofiel VV10<sup>47</sup>. Dit zorgprofiel kan dus niet meer bij het CIZ worden aangevraagd voor cliënten waarbij na 1 januari 2018 sprake is van een naderend overlijden.

De prestatie VV10 blijft voor de bekostiging van PTZ in een instelling wel gehandhaafd. Deze prestatie is vanaf 2018 zowel voor de ouderenzorg als voor cliënten uit de andere Wlz-sectoren te declareren. En dus niet meer gekoppeld aan een bepaalde range zorgprofielen.

Een cliënt kan ervoor kiezen om PTZ in deze fase thuis te ontvangen, in een hospice of in een instelling. Afhankelijk van de situatie waar de cliënt verblijft, gelden de volgende processtappen:

### *PTZ voor een cliënt die intramuraal is opgenomen of zorg thuis krijgt via een VPT*

- wordt in principe betaald op basis van het geïndiceerde, best passende zorgprofiel. Het toegewezen zorgprofiel is het te declareren zorgprofiel (het toegewezen zorgprofiel kan afwijken van het geïndiceerde zorgprofiel);
- alleen in de situatie van een zeer intensieve 24-uurs zorgvraag die niet geleverd (betaald) kan worden vanuit het geïndiceerde zorgprofiel, kan de prestatie die hoort bij het zorgprofiel VV10 gedeclareerd worden. Situaties waarin dit zich voor kan doen zijn cliënten met zware pijn(bestrijding) en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust,

<sup>46</sup> Is er sprake van een verbetering van de cliëntsituatie en is er geen sprake meer is van een terminale levensfase, dan kan in overleg met de behandelend arts de terminaliteitsverklaring worden ingetrokken. Dat gebeurt altijd in overleg met de cliënt en de zorgaanbieder. In deze situaties is het geïndiceerde zorgprofiel weer leidend voor de inzet van zorg. Is dit zorgprofiel niet meer passend dan moet een herindicatie worden aangevraagd.

<sup>47</sup> Bestaande indicatiebesluiten en zorgtoewijzingen voor een zorgprofiel VV10 worden niet afgesloten vanaf 1 januari 2018. Deze zullen geleidelijk uitdoven.

én complexe zorg waarbij inzet van verschillende disciplines en continue nabijheid van zorg noodzakelijk is;

- inzet van PTZ en declaratie van een prestatie voor VV10 kan in deze situaties zonder tussenkomst van het zorgkantoor plaatsvinden. Daarvoor hoeft dus géén zorgtoewijzing voor een VV10 te worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Dit op voorwaarde dat in het zorgplan een terminaliteitsverklaring is opgenomen van de behandelend arts. Uit die verklaring blijkt dat de arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een naderend overlijden bij de cliënt en dat er een levensverwachting ligt van niet langer dan 3 maanden. Deze terminaliteitsverklaring moet de aanbieder kunnen overleggen bij een controle achteraf door het zorgkantoor. Ook moet in het zorgplan een onderbouwing zijn vastgelegd voor de noodzaak van het declareren van een VV10, anders dan het geïndiceerde zorgprofiel;

*PTZ voor een cliënt die zorg thuis krijgt via een MPT (in combinatie met PGB)*

- wordt in principe betaald vanuit het basisbudget voor het geïndiceerde zorgprofiel;
- extra budget kan ingezet worden in de situatie van een (zeer) intensieve zorgvraag of behoefte aan toezicht, die niet geleverd kan worden vanuit dit basisbudget;
- extra budget wordt bij het zorgkantoor aangevraagd via een AAT. De zorgaanbieder geeft daarbij aan dat er sprake is van ondoelmatige zorg door een terminale cliëntsituatie (bijzondere situatie);
- het zorgkantoor wijst de aangevraagde zorg in principe toe zonder verder inhoudelijke beoordeling op basis van het principe high trust high penalty (hierop vindt achteraf controle plaats). Dit op voorwaarde dat in het zorgplan een terminaliteitsverklaring is opgenomen van de behandelend arts. Uit die verklaring blijkt dat de arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een naderend overlijden bij de cliënt en dat er een levensverwachting ligt van niet langer dan 3 maanden. Deze terminaliteitsverklaring moet de aanbieder kunnen overleggen bij een controle achteraf door het zorgkantoor. Ook moet in het zorgplan een onderbouwing zijn vastgelegd voor de noodzaak van inzet van extra zorg;
- de extra zorg wordt toegewezen voor de geldigheidsduur van het indicatiebesluit. Dit voorkomt voor de zorgaanbieder onnodige administratieve last bij de zorg voor een terminale cliënt. Voorwaarde is wel dat de zorgaanbieder een nieuwe zorgtoewijzing aanvraagt bij het zorgkantoor als de cliëntsituatie verbetert en er geen sprake meer is van een terminale levensfase.
- Palliatieve zorg voor een cliënt zonder Wlz-indicatie die thuis, in een hospice of in een instelling wil sterven. Deze palliatieve zorg is onderdeel van de aanspraak wijkverpleging (vanaf 2015) of Eerstelijns verblijf (vanaf 2017) die betaald wordt vanuit de Zvw.

## 4.11 Tijdelijk verblijf (logeren)

Voor alle vormen van zorg thuis (inclusief overbruggingszorg) geldt dat logeren wordt bekostigd vanuit het basisbudget. Daarmee is er geen onderscheid tussen aanvragen voor logeren in ZIN en PGB. Vanaf 2017 geldt voor het logeren een integraal tarief. Alle zorg die een cliënt tijdens een etmaal logeren krijgt, wordt in één tarief afgerekend. Het is dan niet meer mogelijk om voor de periode van logeren gelijktijdig nog extramuraal prestaties te declareren. Uitzondering hierop vormt behandeling en begeleiding groep. Inzet van begeleiding groep (dagbesteding) tijdens het logeren mag als dit aansluit bij de definitie in de NZa beleidsregel<sup>48</sup>. Dat geldt ook voor de noodzakelijke behandeling als die geen onderdeel is van de logeerprestatie.

Cliënten mogen op jaarbasis (kalenderjaar) maximaal 156 etmalen logeren. Voor de aanvraag in de rekenmodule geldt dat het gemiddeld aantal etmalen per week dat een cliënt komt logeren wordt ingevuld. Reken het aantal etmalen per week terug op basis van het verwachte aantal etmalen dat een cliënt in een kalenderjaar komt logeren. Past het logeren niet in het (basis)budget dat voor een cliënt beschikbaar is? Overleg dit dan met het zorgkantoor.

### *Declareren van logeren*

- Voor het aantal dagen dat logeren gedeclareerd mag worden, geldt dat de dag van aankomst en de dag van vertrek mogen worden gedeclareerd. Dit kan een dag verschil opleveren met het aantal etmalen dat is aangevraagd in de rekenmodule;
- Is de functie tijdelijk verblijf toegewezen? Dan kan een reguliere dagbestedingsprestatie uit de sector GZ direct worden gedeclareerd naast de logeerprestatie<sup>49</sup>. Daarvoor is vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor. Deze prestaties hoeven dus niet te worden ingevuld in de rekenmodule. Het zorgkantoor kan achteraf toetsen of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd. De zorgaanbieder moet dit kunnen verantwoorden.

### 4.11.1 MPT en logeren

Cliënten die zorg thuis krijgen via een MPT kunnen logeren bij een aanbieder om de mantelzorg thuis te ontlasten of de zelfstandigheid te bevorderen. Is er bij de start van het MPT nog geen behoefte aan logeren, maar ontstaat deze later wel dan moet er een nieuwe aanvraag voor het MPT worden ingediend. Zonder een toewijzing voor functie Tijdelijk verblijf kan de integrale logeerprestatie niet worden gedeclareerd. Bovendien kan het uitbreiden van de zorg met logeren consequenties hebben voor de ruimte voor andere zorgfuncties binnen het MPT<sup>50</sup>. Daarom wordt bij het logeren in de rekenmodule ook gevraagd hoe vaak de cliënt in een kalenderjaar zal gaan logeren.

Cliënten die hun indicatie volledig in PGB hebben omgezet, kopen ook het logeren in met dit budget. Wil een cliënt het logeren via ZIN inkopen? Dan wordt dit uit het beschikbare

<sup>48</sup> Dagbesteding/dagbehandeling (of dagactiviteit) is een structurele tijdsbesteding met een vastomlijnd doel waarbij de cliënt actief wordt betrokken en die hem zingeving geeft. Een reguliere dagstructurering of welzijnsactiviteit in de woon-/of verblijfsituatie zoals bijvoorbeeld zang, bingo of uitstapjes valt niet onder dagbesteding/dagbehandeling.

<sup>49</sup> Het zorgkantoor gaat uit van gepaste inzet van financiële middelen.

<sup>50</sup> Tenzij de cliënt deze zorg al kreeg voor invoering van het toetsingskader (1 november 2015).

(basis)budget voor de cliënt betaald. Het budget PGB wordt daarvoor dan gecorrigeerd. Het logeren via ZIN wordt dus niet bovenop het oorspronkelijke budget PGB betaald.

#### **4.11.2 VPT en logeren**

Cliënten die hun zorg thuis krijgen via een VPT kunnen gebruik maken van een logeermogelijkheid.

Gaat een cliënt die zijn zorg via een VPT krijgt logeren dan is het, vanuit het oogpunt van doelmatige inzet van zorg, niet toegestaan om gelijktijdig het integrale logeertarief te declareren en ook het VPT-tarief. Dit in tegenstelling tot wat de NZa beleidsregels daarover zeggen. Een dag overlap aan het begin- en aan het eind van de logeerperiode is wel toegestaan.

### **4.12 MPT en VPT Vakantieopnames**

#### **4.12.1 MPT vakantieopnames**

Voor logeren én vakantieopnames samen geldt een maximum van 156 etmalen op jaarbasis. Er wordt van een vakantieperiode gesproken als de cliënt minimaal 7 dagen aaneengesloten wordt opgenomen. De aanbieder(s) die het MPT levert, moet een einde zorg melden op de functies die geleverd worden. Het eerste aanspreekpunt van de cliënt (dossierhouder) vraagt een zorgtoewijzing aan voor het zorgprofiel voor de vakantieperiode via de reguliere werkwijze. Na terugkeer naar de eigenlijke situatie wordt het MPT weer van kracht op voorwaarde dat de functies overeenkomen met de functies die voorafgaande aan het proces golden. NB: Cliënten die hun indicatie volledig in PGB hebben omgezet, kunnen geen gebruik maken van een vakantieopname via zorg in natura. Zij moeten de vakantieopname inkopen met het PGB.

#### **4.12.2 VPT vakantieopnames**

Gaat de partner van een cliënt bijvoorbeeld 3 weken op vakantie en kan de cliënt niet alleen thuis blijven? Dan kan de cliënt voor een korte periode intramuraal worden opgenomen. De aanbieder die het VPT levert maakt daarvoor eerst een melding einde zorg aan op het VPT. Vervolgens vraagt de aanbieder voor deze opname via het gebruikelijke proces een zorgtoewijzing aan. De aanbieder die het VPT levert blijft dossierhouder. Bij terugkeer naar huis wordt het VPT weer van kracht, ook die zorgtoewijzing wordt via het gebruikelijke proces weer aangevraagd bij het zorgkantoor.

### **4.13 Administratieve zorgtoewijzing**

Een administratieve zorgtoewijzing kan worden aangevraagd als een cliënt is opgenomen op een Wlz-plaats zonder toelating voor behandeling, en tijdelijk moet worden opgenomen op een Wlz-plaats met toelating voor behandeling. De Wlz-plaats met behandeling is daarbij een fysiek andere plaats dan die zonder behandeling. De zorgaanbieder mag de Wlz-plaats zonder behandeling dan tijdelijk beschikbaar houden voor terugkeer van de cliënt. De administratieve zorgtoewijzing maakt het mogelijk een declaratie in te dienen voor de Wlz-plaats zonder behandeling.

Een administratieve zorgtoewijzing kan ook worden aangevraagd in de situatie dat een cliënt verblijft op een Wlz-plaats met toelating voor behandeling, en tijdelijk naar een andere locatie met een toelating voor behandeling moet. Dit geldt specifiek voor situaties van revalidatiezorg (zorgprofiel VV9B). Deze revalidatiezorg mag nadrukkelijk niet op dezelfde locatie geboden worden als waar de cliënt normaal verblijft (de cliënt is op deze locatie afwezig).

De administratieve zorgtoewijzing bevat het zorgprofiel dat aan de cliënt was toegewezen op de Wlz-plaats waar de cliënt normaal verblijft (woont). Deze zorgtoewijzing wordt voor maximaal 3 maanden toegewezen. Een verlenging met maximaal 3 maanden is mogelijk. Is eerder duidelijk dat de cliënt niet kan terugkeren naar een Wlz-plaats zonder behandeling dan wordt de administratieve zorgtoewijzing beëindigd. In de zorginkoop zijn voor de financiering van deze afwezigheidsdagen beperkende afspraken gemaakt.

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

#### *Voorbeeld*

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

Heeft de cliënt in zijn nieuwe indicatiebesluit een indicatie voor VV8 (6 maanden) gevolgd door een indicatie voor VV4 (onbepaald) én is de cliënt na 4 maanden uitbehandeld? Dan moet een melding einde zorg worden aangeleverd op de VV8. Gelijktijdig wordt een alternatieve zorgtoewijzing voor de VV4 aangevraagd (om 2 maanden te overbruggen) en wordt de administratieve zorgtoewijzing voor de VV4 beëindigd.

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

#### **4.14 Transferzorg**

Voor een cliënt met een opnamewens is vaak niet direct een plaats beschikbaar bij zijn voorkeursinstelling. Een cliënt kan het zorgkantoor of de dossierhouder dan vragen om

bemiddeling naar een tijdelijk andere instelling, totdat de voorkeuraanbieder een plaats beschikbaar heeft. Ook het zorgkantoor biedt de cliënt de mogelijkheid voor bemiddeling naar een tijdelijk andere aanbieder actief aan als de cliënt benaderd wordt bij het wachtlijstbeheer. In deze situaties is er sprake van transferzorg.

Een aanvraag voor transferzorg is alleen van toepassing bij opname in een instelling. En wordt voor een periode van maximaal 1 jaar toegewezen aan de tijdelijke instelling. De voorkeuraanbieder houdt ook zijn reguliere zorgtoewijzing. Omdat de cliënt al is opgenomen geldt dan de leveringsstatus Wens wachtend voor de reguliere zorgtoewijzing. De periode voor transferzorg kan in overleg met het zorgkantoor worden verlengd als de cliënt vast houdt aan zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder. Wil de cliënt niet meer terug naar zijn voorkeuraanbieder? Dan moet de zorgtoewijzing van transferzorg worden omgezet naar een reguliere zorgtoewijzing. En de zorgtoewijzing bij de oorspronkelijke voorkeuraanbieder worden ingetrokken.



# 5. Wie doet wat voor de cliënt

## 5.1 Inleiding

De Wlz wil de cliënt meer zeggenschap geven over de manier waarop hij zijn zorgbehoefte wenst in te vullen. Zorg op maat en zoveel mogelijk luisteren naar de wens van de cliënt staan voorop. De zorgaanbieder, het zorgkantoor en de onafhankelijke cliëntondersteuner hebben in de Wlz nadrukkelijker een rol in het begeleiden en bemiddelen respectievelijk ondersteunen van de cliënt naar Wlz-zorg. Naar de best passende plek voor de cliënt.

Omdat de aanbieder een (direct) zichtbaar aanspreekpunt is voor de cliënt wordt eerst de begeleidingsrol van de dossierhouder beschreven en die van andere betrokken aanbieders bij een cliëntsituatie. Vervolgens die van het zorgkantoor en de onafhankelijke cliëntondersteuner.

## 5.2 Bepalen dossierhouder

Een cliënt heeft toegang tot de Wlz met een indicatie voor een zorgprofiel. Weet de cliënt van welke zorgaanbieder hij zijn zorg wil krijgen of welke zorgaanbieder zijn vertrouwen heeft voor het goed invullen en organiseren van zijn zorg? Dan neemt het CIZ deze als voorkeuraanbieder op in het indicatiebesluitbericht. Deze aanbieder krijgt het geïndiceerde zorgprofiel toegewezen en wordt het eerste aanspreekpunt (dossierhouder) voor de cliënt. In het integrale zorgplan wordt vastgelegd wie de dossierhouder is. Ook als dit tijdelijk is.

Heeft een cliënt nog geen duidelijke voorkeur voor een zorgaanbieder of wil de cliënt graag hulp bij zijn keuze? Dan neemt het CIZ geen voorkeuraanbieder op in het indicatiebesluitbericht. Het zorgkantoor neemt in deze situaties binnen een werkdag na ontvangst van het indicatiebesluitbericht contact op met de cliënt. En informeert de cliënt over zijn keuzemogelijkheden in de Wlz, begeleidt en bemiddelt de cliënt naar een passende zorgaanbieder of PGB. Zorgkantoren helpen de cliënt ook als hij nog niet weet hoe hij zijn zorg wil ontvangen (bijvoorbeeld thuis of in een instelling) of verwijzen de cliënt door naar een onafhankelijke cliëntondersteuner als hij dit wil. Kan het zorgkantoor de cliënt niet bereiken binnen 3 werkdagen na ontvangst van het indicatiebesluitbericht, dan ontvangt hij hierover een (schriftelijk) bericht van het zorgkantoor. Het zorgkantoor blijft de cliënt benaderen voor een keuze. Maar ook wordt de cliënt gevraagd daarin zelf regie te nemen.

### 5.3 Wie heeft welke taken en verantwoordelijkheden?

*Taken en verantwoordelijkheden dossierhouder voor cliënt met opnamewens (en overbruggingszorg).*

De dossierhouder:

1. is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van noodzakelijke zorg voor de cliënt. Daarom neemt de dossierhouder binnen 2 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt;
2. is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren en aanvragen van overbruggingszorg als er niet direct een geschikte plaats beschikbaar is door een wachtlijst of tijdelijke opnamestop. Overbruggingszorg wordt uiterlijk 10 dagen na ontvangst van de zorgtoewijzing aangevraagd bij het zorgkantoor. Inzet van zorg moet aansluiten op de zorgbehoefte van de cliënt én bevat alle zorg die onder de Wlz valt. Er mag niet onterecht Wlz-zorg achter blijven in de Zvw of Wmo<sup>51</sup>. Het moment van aanvraag van overbruggingszorg staat los van de start van overbruggingszorg. Uitgangspunt is dat de noodzakelijke (overbruggings)zorg direct wordt ingezet bij de cliënt.
3. bepaalt samen met de cliënt wat de noodzaak van opname is (verantwoord thuis) en op welke manier invulling kan worden gegeven aan overbruggingszorg thuis. Is dit een probleem dan gaat de instelling in overleg met de cliënt op zoek naar een tijdelijke andere instelling voor opname (transferzorg). Het zorgkantoor helpt de cliënt en de aanbieder daarbij als hier behoefte aan is;
4. is, net zoals het zorgkantoor, verantwoordelijk voor het informeren van de cliënt over de mogelijkheden van inzet van een onafhankelijke cliëntondersteuner;
5. is verantwoordelijk voor overdracht van de cliëntsituatie aan het zorgkantoor als de instelling de cliënt bij opname geen verantwoorde zorg kan geven. De instelling stelt dit vast binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing. De instelling blijft verantwoordelijk voor het regelen van overbruggingszorg totdat de nieuwe zorgaanbieder bekend is. Het zorgkantoor zoekt samen met de cliënt een andere zorgaanbieder;
6. is verantwoordelijk voor het aanleveren van de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis, als overbruggingszorg thuis ondoelmatig moet worden ingezet om de periode tot opname verantwoord te overbruggen. In de situatie dat er meerdere aanbieders Wlz-zorg leveren aan de cliënt, zorgt de dossierhouder ervoor dat er één rekenmodule en één formulier Verantwoorde zorg wordt aangeleverd bij het zorgkantoor. De dossierhouder overlegt ook met het zorgkantoor als er bijzonderheden zijn over de (zorgverlening aan) de cliënt;
7. informeert de cliënt over het resultaat van de beoordeling. Een cliënt die overbruggingszorg thuis krijgt, ontvangt van de beoordeling door het zorgkantoor geen beschikking;

---

<sup>51</sup> Vanaf 2018 wordt een controle uitgevoerd op onterechte samenloop tussen de Wlz en Zvw omdat de Wlz voorliggend is aan de Zvw. In het belang van de cliënt én ook de zorgaanbieder moet de zorg vanuit het juiste domein geleverd worden. Dit voorkomt onnodige financiële effecten (bijvoorbeeld op gebied van eigen bijdrage voor de cliënt). Voor zover van toepassing gelden onderstaande punten ook voor de subsidieregeling Extramurale behandeling. Dat geldt ook voor het tijdig zetten van een melding aanvang zorg (MAZ), melding einde zorg (MEZ) of mutatiebericht.

8. onderhoudt 'op maat' contact met de cliënt over zijn situatie. Ofwel de frequentie van het contact is afhankelijk van de cliëntsituatie en hoe deze zich ontwikkelt. De dossierhouder evalueert minimaal 2 maar bij voorkeur 4 keer per jaar met de cliënt de zorg thuis. De zorgaanbieder bespreekt dan of de cliënt nog verantwoord thuis kan blijven wonen met de ingezette overbruggingszorg. De eerste keer gebeurt dit minimaal 2 weken voor het verstrijken van de treeknorm (zie bijlage A).
9. signaleert tijdig bij het zorgkantoor als de rol van dossierhouder niet goed (meer) kan worden ingevuld. Dit kan bijvoorbeeld omdat de cliënt nog in een andere regio woont. De zorgkantoren stemmen dan onderling af. Het regionale zorgkantoor (regio waar de cliënt nog woont) bemiddelt naar een passend (tijdelijk) zorgaanbod. Heeft de cliënt eerder zorg thuis gehad, dan kan deze aanbieder hiervoor opnieuw worden ingeschakeld. In deze situaties ligt de rol van dossierhouder tijdelijk bij de regionale aanbieder die de overbruggingszorg regelt. Deze aanbieder stemt ook regelmatig af met de (bovenregionale) intramurale zorginstelling. De bovenregionale zorginstelling houdt contact met de cliënt over plaatsingsmogelijkheden;
10. coördineert de gehele zorgverlening aan de cliënt. Ook als er meerdere aanbieders bij de zorgverlening (overbruggingszorg) zijn betrokken of een deel van de zorg geregeld wordt met een PGB. De dossierhouder houdt samen met de cliënt het totaaloverzicht;
11. is niet inhoudelijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg door andere aanbieders. Behalve als dit gebeurt in de constructie van onderaannemer. De dossierhouder is ook niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die de budgethouder met een PGB inkoop bij andere partijen. Maar de dossierhouder signaleert wel tijdig bij de cliënt en/of het zorgkantoor als deze zorg leidt tot onverantwoorde zorg thuis;
12. is verantwoordelijk voor het onderhouden van contact met de andere betrokken (medische) zorg of hulpverleners bij de cliënt. De dossierhouder bewaakt de urgentie van de situatie en onderneemt actie als dit noodzakelijk is;
13. is verantwoordelijk voor het tijdig opnemen van de cliënt. De landelijke norm voor opname in de langdurige zorg is 13 weken. Uitzondering hierop is verblijf met behandeling in de ouderenzorg. Daarvoor geldt een norm van 6 weken;
14. blijft verantwoordelijk voor het tijdig plaatsen van een cliënt op zijn wachtlijst ook als deze tijdelijk bij een andere aanbieder (transferzorg) is opgenomen. De voorkeur van de cliënt blijft leidend;
15. is verantwoordelijk voor een juiste volgorde van opname. Crisisopnamen of cliënten met de leveringsstatus Actief wachtend gaan voor op cliënten met een leveringsstatus Wens wachtend. Tenzij iemand met leveringsstatus Wens wachtend tijdelijk is opgenomen bij een andere aanbieder (transferzorg) en oorspronkelijk Actief wachtend was. Ook geldt dat de cliënt met de meeste wachtdagen bij een instelling het eerste een plaats krijgt aangeboden als er sprake is van 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. Moet een Actief wachtende cliënt langer dan 13 weken wachten en is het vooruitzicht dat er op korte termijn geen plaats beschikbaar komt, dan wordt (door het zorgkantoor) gestuurd op tijdelijke opname bij een andere aanbieder. Het zorgkantoor bemiddelt hierin actief;

16. is verantwoordelijk voor het actueel houden van de leveringsstatus in iWlz. Is er sprake van een leveringsstatus (Actief, Wens of Slapend wachtend) dan wordt deze 'op maat' geactualiseerd via een mutatiebericht. Ook als de status ongewijzigd blijft;
17. is in de situatie dat de cliënt nog niet weet of hij wil worden opgenomen (leveringsstatus Slapend wachtend) gedeeld verantwoordelijk voor de zorgverlening thuis aan de cliënt. Wil de cliënt nog geen professionele zorg thuis dan geldt dat de dossierhouder de urgentie van de situatie bewaakt en actie onderneemt als dit noodzakelijk is. Is er wel sprake van professionele zorg thuis dan stemmen de betrokken zorgaanbieders samen met de cliënt af wie het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt. En hoe de communicatie tussen de intramurale voorkeuraanbieder en de dossierhouder (eerste aanspreekpunt voor zorg thuis) voor de cliënt wordt ingevuld.
18. Bij voorkeur wordt de status Slapend wachtend zo min mogelijk gebruikt door de zorgaanbieder om een zuivere wachtlijst voor opname te krijgen en voor zorg thuis.

*Taken en verantwoordelijkheden dossierhouder voor cliënt zonder opnamewens (VPT, MPT)<sup>52</sup>*

De dossierhouder:

1. is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van de noodzakelijke zorg thuis voor de cliënt. Daarom neemt de dossierhouder binnen 2 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt. En kijkt samen met de cliënt naar de mogelijkheden voor zorg thuis. Heeft de zorgaanbieder onvoldoende kennis over de mogelijkheden voor zorg thuis of komt hij er samen met de cliënt niet uit? Dan neemt de aanbieder contact op met het zorgkantoor. Het zorgkantoor begeleidt de cliënt dan in het vinden van alternatieven. Als de cliënt dit wil verwijst het zorgkantoor de cliënt door naar een onafhankelijke cliëntondersteuner. Totdat een nieuwe aanbieder bekend is blijft de oorspronkelijke voorkeuraanbieder dossierhouder;
2. is definitief het eerste aanspreekpunt voor de cliënt als die zijn volledige zorgarrangement thuis via zijn organisatie ontvangt;
3. is definitief het eerste aanspreekpunt voor de cliënt als die het VPT via zijn organisatie ontvangt. Ook als de dagbesteding bij een andere aanbieder of via PGB wordt afgenomen;
4. blijft mogelijk het eerste aanspreekpunt voor de cliënt als het MPT door meerdere aanbieders wordt geleverd. De betrokken aanbieders stemmen dan samen met de cliënt af wie het beste zijn eerste aanspreekpunt kan zijn. De afspraak die hierover met de cliënt is gemaakt, wordt vastgelegd in het integrale zorgplan voor de cliënt. Dat geldt ook voor de situatie waarbij ZIN gecombineerd wordt met een PGB;
5. zorgt dat binnen 10 dagen samen met de cliënt een passend zorgarrangement is samengesteld en aangevraagd bij het zorgkantoor. En dat alle direct noodzakelijke zorg voor de cliënt wordt gestart. Inzet van zorg moet aansluiten op de zorgbehoefte van de cliënt én bevat alle zorg die onder de Wlz valt (er mag niet onterecht Wlz-zorg achterblijven)

<sup>52</sup> Vanaf 2018 wordt een controle uitgevoerd op onterechte samenloop tussen de Wlz en Zvw omdat de Wlz voorliggend is aan de Zvw. In het belang van de cliënt én ook de zorgaanbieder moet de zorg vanuit het juiste domein geleverd worden. Dit voorkomt onnodige financiële effecten (bijvoorbeeld op gebied van eigen bijdrage voor de cliënt). Voor zover van toepassing gelden onderstaande punten ook voor de subsidieregeling Extramuraal behandeling. Dat geldt ook voor het tijdig zetten van een melding aanvang zorg (MAZ), melding einde zorg (MEZ) of mutatiebericht.

- in de Zvw of Wmo). Het gehele zorgarrangement thuis is uiterlijk binnen 13 weken georganiseerd en afgestemd met andere betrokken aanbieders;
6. houdt het overzicht over de gehele zorg thuis voor de cliënt, ook als een deel daarvan door andere zorgaanbieders wordt geleverd. De andere aanbieders hebben deze rol ook maar verwijzen bij problemen de cliënt in principe terug naar de dossierhouder of koppelen dit rechtstreeks terug aan de dossierhouder. De dossierhouder bespreekt dit dan met de cliënt. De aanbieders zijn zelf (inhoudelijk) verantwoordelijk voor het naleven van de gemaakte afspraken over de te leveren zorg;
  7. is verantwoordelijk voor juiste en tijdige afstemming met andere partijen in de (medische) zorg- of hulpverlening rondom de cliënt. Het gaat hier om partijen anders dan genoemd bij punt 5;
  8. is verantwoordelijk voor het aanleveren van de rekenmodule en/of het formulier Verantwoorde zorg thuis als dit noodzakelijk is. In de situatie dat er meerdere aanbieders Wlz-zorg leveren aan de cliënt, zorgt de dossierhouder ervoor dat er één rekenmodule en één formulier Verantwoorde zorg wordt aangeleverd bij het zorgkantoor;
  9. is verantwoordelijk voor de communicatie met het zorgkantoor over de cliënt;
  10. is verantwoordelijk voor het 'op maat' actueel houden van de leveringsstatus in iWlz. Ook als de status ongewijzigd blijft.

*Taken en verantwoordelijkheden alle aanbieders die betrokken zijn bij een cliënt*

In relatie tot de wachtlijstaanpak:

1. heeft de zorgaanbieder(s), na ontvangst van het zorgtoewijzingsbericht, maximaal 10 dagen de tijd om samen met de cliënt een passend zorgarrangement thuis samen te stellen;
2. is de zorgaanbieder verplicht om binnen 5 werkdagen ná ontvangst van een zorgtoewijzingsbericht, een mutatiebericht (iWlz) te sturen. Met dit mutatiebericht (MUT) geeft de zorgaanbieder minimaal de leveringsstatus (wachtlijststatus, zie bijlage C) voor de cliënt door aan het zorgkantoor;
3. wordt voor een cliënt binnen deze 5 werkdagen de gewenste zorg thuis, via een mutatiebericht aangevraagd en ingezet? Dan wordt van de betrokken zorgaanbieder(s) verwacht dat binnen 5 werkdagen na start van de zorg een melding aanvang zorg bericht (MAZ) wordt aangeleverd voor de geleverde zorg;
4. levert de zorgaanbieder voor alle overige start, einde of wijziging van een zorgsituatie binnen 5 werkdagen een melding aanvang zorg (MAZ), melding einde zorg (MUT/MEZ) of mutatiebericht (MUT) aan. Is er sprake van een zorgtoewijzing met terugwerkende kracht, en is de zorg voor de toewijzdatum gestart, beëindigd of gewijzigd, dan binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing;
5. is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor behandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder.

### *Taken en verantwoordelijkheden zorgkantoor*

Het zorgkantoor:

1. geeft informatie aan de cliënt over het traject van vraag naar zorg, de manier waarop hij zijn zorg kan krijgen, over de verschillende soorten zorg en het beschikbare zorgaanbod, zijn cliëntrechten (bijvoorbeeld het inbrengen van een persoonlijk zorgplan), zijn verplichtingen en de mogelijkheid voor wachtlijstbemiddeling door het zorgkantoor;
2. geeft informatie aan de cliënt over de rol en bereikbaarheid van het zorgkantoor zodat het zorgkantoor goed vindbaar is voor de cliënt. De cliënt moet tijdig bij het zorgkantoor kunnen signaleren als er vragen of knelpunten zijn over de zorg, als hij de zorg niet krijgt zoals hij het graag wil of als zijn situatie thuis niet meer verantwoord is;
3. is, net zoals de zorgaanbieder, verantwoordelijk voor het informeren van de cliënt over de mogelijkheden van inzet van een onafhankelijke cliëntondersteuner;
4. helpt de cliënt bij het zoeken naar een passende aanbieder (ZIN) als de cliënt nog geen voorkeuraanbieder heeft of wil wijzigen van voorkeuraanbieder. Dit kan ook als de cliënt al is opgenomen bij een aanbieder;
5. bewaakt dat de cliënt de zorg (ZIN) krijgt zoals hij dat heeft aangegeven bij de indicatiestelling. Krijgt de cliënt zijn zorg op een andere manier dan stemt het zorgkantoor hierover af met de cliënt. De cliënt heeft bijvoorbeeld aangegeven zorg thuis te willen via ZIN, maar krijgt zijn zorg thuis via PGB of staat op de wachtlijst voor opname. Het zorgkantoor bemiddelt de cliënt dan naar de zorg zoals hij dit wil. Op voorwaarde dat dit doelmatig en verantwoord mogelijk is;
6. volgt een signaal op over een onverantwoorde cliëntsituatie thuis en stemt hierover af met de cliënt en betrokken zorgprofessionals. Een medisch adviseur van de zorgkantoren kan daarbij contact opnemen met de behandelaar die betrokken is bij de medische of gedragskundige zorg. Daarvoor wordt altijd vooraf toestemming gevraagd aan de cliënt;
7. bespreekt met een cliënt en zijn dossierhouder de gevolgen van een negatieve beoordeling van een aanvraag voor zorg thuis, dit gebeurt vóór het afgeven van de negatieve beschikking. Voordat een negatieve beschikking wordt afgegeven krijgen de dossierhouder en de cliënt tijd om met een alternatief (persoonlijk) zorgplan te komen. Het zorgkantoor kan de cliënt daarvoor ook bemiddelen naar een andere aanbieder of naar PGB;
8. bewaakt dat de cliënt tijdig zijn zorg krijgt als de cliënt een dringende zorgvraag heeft (Actief wachtend) en ook als hij nog kan wachten (Wens wachtend);
9. neemt in de situatie dat de cliënt Actief wachtend is en geen enkele vorm van zorg ontvangt contact op met de cliënt en de dossierhouder om na te gaan of de situatie thuis nog verantwoord is. Dit gebeurt uiterlijk 2 weken na de ingangsdatum van de leveringsstatus Actief wachtend die via een mutatiebericht is aangeleverd. Het zorgkantoor bemiddelt de cliënt naar noodzakelijke Wlz-zorg en neemt contact op met de voorkeuraanbieder over invulling van zijn rol. Het zorgkantoor verifieert ook of er onterecht een beroep wordt gedaan op zorg uit een ander domein;
10. neemt in de situatie dat de cliënt Wens wachtend is en geen enkele vorm van zorg ontvangt (geen declaraties bekend) óf bijvoorbeeld alleen huishoudelijke hulp, contact op met de cliënt om na te gaan of de situatie thuis verantwoord is. Het zorgkantoor verifieert daarbij ook of er mogelijk onterecht een beroep wordt gedaan op zorg uit een ander domein. Dit gebeurt uiterlijk 6 weken na de ingangsdatum van de leveringsstatus Wens wachtend. Het

zorgkantoor bemiddelt de cliënt naar noodzakelijke Wlz-zorg en neemt contact op met de voorkeuraanbieder over invulling van zijn rol;

11. neemt in de situatie dat de cliënt Wens wachtend is en wel zorg ontvangt contact op met de cliënt om na te gaan of de situatie thuis verantwoord is. Dit gebeurt uiterlijk 11 weken nadat de cliënt de status Wens wachtend heeft gekregen;
12. maakt, in alle beschreven situaties onder punt 9, 10 en 11, met de cliënt afspraken over zorgbemiddeling of de wijze en frequentie waarop vervolcontact plaatsvindt. Hierbij wordt rekening gehouden met de wens van zelfregie door de cliënt (de cliënt neemt zelf contact op met het zorgkantoor als dit nodig is), de wijze waarop de dossierhouder zijn rol invult en de cliënt zijn betrokkenheid ervaart. Het zorgkantoor spreekt de zorgaanbieder zo nodig aan op de wijze waarop de rol van dossierhouder wordt ingevuld;
13. neemt in de situatie dat een cliënt de leveringsstatus Slappend wachtend heeft op het zorgprofiel of een alternatief pakket zorg thuis ontvangt periodiek contact op met de cliënt. Doel daarvan is volgen of een situatie thuis nog verantwoord is. Ook deze cliëntsituaties kunnen zich ontwikkelen naar een opnamewens, waarop tijdig gereageerd moet worden;
14. is verantwoordelijk voor behandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van het zorgkantoor;
15. kan de cliënt begeleiden bij het opstellen, evalueren en bijstellen van een zorgplan of persoonlijk plan. Dit geldt ook voor zorgplanbesprekingen voor zowel ZIN als PGB;
16. 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.

#### *Taken en verantwoordelijkheden onafhankelijke cliëntondersteuner*

De cliënt kan in de Wlz begeleiding en bemiddeling van het zorgkantoor krijgen, maar mag daarvoor ook een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen. Een onafhankelijke cliëntondersteuner ondersteunt de cliënt bij het tot gelding brengen van zijn recht op zorg op een manier die past bij de persoonlijke voorkeuren van de cliënt en in samenhang met dienstverlening op andere gebieden. Ook kan de cliëntondersteuner naar andere vormen van hulp verwijzen of de cliënt helpen de Wlz-zorg op deze aspecten af te stemmen. Het gaat dan niet om de uitvoering van zaken die in een ander domein zijn geregeld, bijvoorbeeld hulp bij schulden of hulp bij het zoeken naar werk.

Cliëntondersteuning bestaat uit de volgende diensten voor de cliënt op gebied van ZIN en PGB:

- Informatie en advies geven;
- Ondersteuning bij het opstellen van een persoonlijk plan;
- Ondersteuning bij het kiezen van een passende Wlz-zorgaanbieder en passende Wlz-zorg;
- Ondersteuning bij het opstellen, bijstellen en evalueren van het zorgplan;
- Bemiddeling als zorg niet volgens verwachting en afspraken wordt geleverd;
- Ondersteuning bij klachten, geschillen, bezwaar en beroep;
- Ondersteuning bij het aanvragen van een nieuwe indicatie.

## 5.4 Wanneer stopt het dossierhouderschap?

Het dossierhouderschap stopt als:

- de cliënt geen Wlz-zorg in natura meer wil;
- de cliënt wijzigt van leveringsvorm, die door een andere aanbieder wordt geleverd;
- een cliënt definitief wordt overgeplaatst van zorgaanbieder A naar zorgaanbieder B. Bij overdracht stopt het dossierhouderschap bij zorgaanbieder A en wordt zorgaanbieder B dossierhouder.

NB. Het dossierhouderschap stopt niet voor de voorkeuraanbieder in het geval van transferzorg, crisis- of vakantieopname (zie paragraaf 4.13.2). In deze situaties ligt de verantwoordelijkheid voor de (medische) zorg bij de aanbieder zolang de cliënt daar tijdelijk verblijft. In de situatie van transferzorg en crisiszorg blijft de dossierhouder verantwoordelijk voor een juiste plaatsing van de cliënt.

## 5.5 Verandering van dossierhouder

Wijzigt de voorkeur van de cliënt voor een aanbieder of is de cliënt niet tevreden over zijn dossierhouder? De cliënt kan altijd wijzigen van dossierhouder. Ook als er al overbruggingszorg wordt ingezet. Blijft de overbruggingszorg ongewijzigd? Dan is het niet wenselijk en onnodig dat er diverse iWlz-berichten heen en weer worden gestuurd. Het zorgprofiel wordt in deze situatie dan alleen naar de nieuwe dossierhouder overgedragen via het berichtenverkeer. De al toegewezen overbruggingszorg blijft ongewijzigd staan (en wordt dus niet ingetrokken en opnieuw toegewezen). De nieuwe dossierhouder heeft wel de verplichting 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.



# 6. Zorgweigerings en zorgbeëindiging

## 6.1 Inleiding

In de Wlz geldt een zorgplicht voor zorgkantoren. Dat houdt in dat zorgkantoren zich inspinnen en alles 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 tot doel en verplicht zich ook om te voorzien in de behoefte aan Wlz-zorg die cliëntgericht, doeltreffend en recht- en doelmatig geleverd wordt.

Een negatief advies over doelmatige en/of verantwoorde zorg thuis mag nooit reden zijn om zorg te weigeren of te beëindigen. Een negatief advies voor zorg thuis kan, na een zorgvuldige beoordeling met alle betrokken partijen, leiden tot een negatieve beschikking voor zorg thuis. Geeft het zorgkantoor een negatieve beschikking af, dan wordt in de beschikking opgenomen wat de redenen zijn van dit besluit. Daarnaast wordt in de beschikking opgenomen op welke wijze invulling wordt gegeven aan de zorgvraag thuis en welke verantwoordelijkheid daarin ligt bij de betrokken zorgaanbieder(s), het zorgkantoor, de cliënt en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger. Voor deze cliëntsituaties blijft een zorgplicht gelden.

## 6.2 Zorgweigerings

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

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

*Procedure bij zorgweigerings voor een individuele cliënt*

- Bij een voorgenomen weigering van zorg doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk melding aan de cliënt;
- Bij een voorgenomen weigering van zorg doet de zorgaanbieder via VECOZO notitieverkeer een met redenen omkleed verzoek aan het zorgkantoor;
- Het schriftelijk verzoek aan het zorgkantoor wordt onderbouwd (met een dossier). De onderbouwing wordt, via het VECOZO notitieverkeer, als bijlage meegestuurd naar het zorgkantoor;
- Uit de onderbouwing (of het dossier) blijkt welke omstandigheden een rol spelen in het verzoek;
- Uit de onderbouwing (of het dossier) blijkt dat de zorgaanbieder inspanningen heeft verricht om de casuïstiek te bespreken met andere disciplines of deskundigheidsniveaus (bijvoorbeeld arts, CCE of casemanager);
- Het zorgkantoor neemt contact op met de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger voor wederhoor;
- Het zorgkantoor neemt binnen 1 week na ontvangst van de zorgweigering een besluit en deelt dit schriftelijke 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;
- Partijen treden niet in de publiciteit met betrekking tot de zorgweigering voor individuele casuïstiek;
- Stemt het zorgkantoor in met de zorgweigering van een individuele cliënt? Dan ligt er een inspanningsverplichting bij het zorgkantoor om samen met de zorgaanbieder een oplossing te vinden voor de cliënt. En de cliënt naar een andere zorgaanbieder te bemiddelen die wel in staat is deze cliënt goede zorg te leveren. Is er direct zorg nodig dan spant de zorgaanbieder zich in om deze zorg (zo goed mogelijk) te leveren totdat een andere aanbieder de zorg overneemt.

*Procedure bij zorgweigering (cliëntenstop) voor bepaalde zorg*

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

### 6.3 Zorgbeëindiging

Zorgbeëindiging is het eenzijdig willen stopzetten van de ingezette zorg door de zorgaanbieder terwijl er nog wel een actuele zorgvraag aanwezig is. Het beëindigen is slechts mogelijk bij

zwaarwegende redenen en alleen onder bijzondere omstandigheden. Een voorgenomen beëindiging van zorg kan dus slechts in zeer uitzonderlijke situaties plaatsvinden. Voorbeelden van zwaarwegende redenen zijn:

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

In de besluitvorming moeten de volgende afwegingen worden meegenomen:

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

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

- Bij een voorgenomen stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk melding aan de cliënt;
- Bij een voorgenomen stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder via VECOZO notitieverkeer een met redenen omkleed verzoek aan het zorgkantoor;
- Het schriftelijk verzoek aan het zorgkantoor wordt onderbouwd met een dossier. De onderbouwing wordt, via het VECOZO notitieverkeer, als bijlage meegestuurd naar het zorgkantoor;
- Uit 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 veranderd;
- 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 het schriftelijk verzoek 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;
- Partijen treden niet in de publiciteit met betrekking tot de zorgbeëindiging voor individuele casuïstiek.



# 7. Bijlage A: Begrippenlijst<sup>53</sup>

Aanvang Zorg	De aanvang van de zorg verwijst naar de datum waarop de (toegewezen) zorg is gestart. Dit wordt in het berichtenverkeer gecommuniceerd via het Melding Aanvang Zorg bericht (MAZ/AW35).
Aanvraag aangepaste Zorgtoewijzing (AAT)	Aanvraag van een zorgaanbieder voor aanpassing op een eerder verzonden of ontvangen zorgtoewijzing (die wordt verstuurd via iWlz-berichtenverkeer).
Actief wachtend	De cliënt krijgt in iWlz de leveringsstatus (wachlijststatus) Actief wachtend als geïndiceerde en/of toegewezen zorg dringend (urgent) moet starten. De cliënt wil deze zorg ontvangen, maar kan deze nog niet krijgen. Ofwel de cliënt wacht buiten zijn wil om op de gewenste zorg. De zorgbehoefte is zo urgent dat de zorg eventueel ook (tijdelijk) geboden moet worden door een andere aanbieder dan zijn voorkeuraanbieder.
Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	ADL zijn dagelijks terugkerende handelingen die mensen in het gewone leven verrichten. Voorbeelden zijn: in en uit bed komen, aan- en uitkleden, lichamelijke hygiëne, in een stoel gaan zitten en weer opstaan, eten, drinken, medicijnen innemen, bewegen, lopen, praten, horen, naar het toilet gaan, ontspannen, sociale contacten, zinvolle activiteiten ondernemen (zoals sport en hobby's), seks, verplaatsen (zoals autorijden of fietsen) en lichaamswarmte regelen (verwarming hoger of lager kunnen zetten, verkleden).
Administratieve zorgtoewijzing	Soort zorgtoewijzing waarmee wordt aangegeven dat de zorgaanbieder een intramurale plaats vrij mag houden voor terugkeer van de cliënt. De cliënt moet in deze situatie tijdelijk verhuizen naar een andere (zwaardere) intramurale voorziening voor bijvoorbeeld behandeling of herstel. Bij een administratieve zorgtoewijzing komt de toegewezen zorg overeen met de toegewezen zorg uit de voorgaande (aansluitende) periode.
Alternatieve zorg	De cliënt krijgt een alternatief (ander) zorgarrangement dan geïndiceerd. Alternatieve zorg past in principe binnen het budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel. En sluit aan bij de zorgbehoefte en gewenste zorg door de cliënt. Kiest de cliënt voor een zorg thuis als alternatief voor opname, dan staat de cliënt niet meer op een formele wachtlijst voor opname in een instelling (iWlz).
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.) Extra budget (toeslag) bovenop het basisbudget is mogelijk als de cliënt bij opname in een instelling ook is aangewezen op deze toeslag én deze toeslag niet gebonden is aan het verblijf in een instelling. Het basisbudget (100%, doelmatige zorg) is dan gelijk aan het PGB budget voor een bepaald zorgprofiel, opgehoogd met de zorgkosten voor een intramurale toeslag zoals invasieve of non-invasieve beademing. Toeslagen voor kinderen die te maken hebben met het

<sup>53</sup> Bronnen:

Informatiemodel istandaarden Zorginstituut Nederland, Overeenkomst Wlz, Deel III: Algemeen deel, NZa beleidsregels, Regeling langdurige zorg (Rlz)

	leveren van gebruikelijke zorg in een instelling (bij opname of dagprogramma), zijn uitgezonderd van vergoeding thuis.
Crisis zorg	Crisis zorg is noodzakelijke zorg die een zorgaanbieder onmiddellijk moet leveren. In deze situaties is sprake van een acute verandering van de situatie (vaak permanent) waarbij een gevaars criterium duidelijk aanwezig is. En een intramurale opname binnen 24 uur noodzakelijk is. Zie verder Handboek crisis zorg in de Wlz.
Dag structuur	Het kunnen structureren van de dag is belangrijk voor het welzijn van de cliënt en het goed functioneren in de thuissituatie. Dag-structuur zorgt voor houvast, duidelijkheid en overzicht. Daarvoor is regie-vermogen bij de cliënt belangrijk. Is dit niet het geval dan kan door het gebruik van dagbesteding de dag voor de verzekerde afdoende sturing en/of structuur krijgen.
Doelmatige zorg	Doelmatige zorg verwijst naar een optimale balans tussen kosten, volume en kwaliteit van zorg, die aansluit bij de zorgbehoefte en wensen van een cliënt (NZa).
Dossierhouder	De dossierhouder is de zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt. Deze aanbieder is verantwoordelijk voor de coördinatie van de te leveren zorg en de communicatie daarover met de cliënt. Bij een opnamewens is de voorkeuraanbieder van de cliënt is de dossierhouder. Bij zorg thuis wordt dit in overleg met de cliënt afgesproken.
Eerstelijnsverblijf Zvw	Eerstelijns verblijf wordt vanaf 2017 betaald door de zorgverzekeraar en vergoed vanuit de basisverzekering. Het gaat dan om kortdurend verblijf, maximaal 3 maanden, dat noodzakelijk is in verband met medische zorg (geneeskundige zorg) zoals die door een huisarts wordt geboden. Eerstelijns verblijf is gericht op mogelijk herstel en op terugkeer naar de eigen woonomgeving. (En is dus zeker niet bedoeld voor crisis zorg of geriatrische revalidatiezorg of als zorghotel.) 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 of specialistische diagnostiek. Eerstelijns verblijf kan ook ingezet worden voor palliatief terminale zorg (PTZ) als de cliënt niet zonder toezicht thuis kan zijn als de (professionele) zorgverlener er niet is.
Ervaren gevoel van veiligheid	Een cliënt voelt zich veilig als hij weet, erop kan vertrouwen, dat er hulp komt als hij dit nodig heeft. De beleving van veiligheid wordt positief beïnvloed door: <ul style="list-style-type: none"> <li>o alarmeringsmogelijkheden (binnen handbereik) en/of</li> <li>o korte responstijd van mantelzorg of (professionele) zorgverleners en/of</li> <li>o het gebruik kunnen maken van zorg op onplanbare momenten.</li> </ul>
Einde zorg	Cliënt ontvangt de toegewezen zorg niet (meer) en de zorgtoewijzing is afgesloten. Dit wordt in het berichtenverkeer gecommuniceerd via het Melding Einde Zorg bericht (MEZ). De MEZ is een Mutatiebericht (MUT/AW39).
Extra Kosten Thuis	Zorgkantoren moeten bij de beoordeling van een aanvraag voor zorg thuis rekening houden met de doelgroepen zoals beschreven onder artikel 5.3 lid 3 uit de Regeling langdurige zorg. Bij de doelgroepen onder artikel 5.3 lid 3 is specifiek bij het MPT en/of PGB enige ondoelmatigheid bij inzet van zorg toegestaan. Er mag maximaal 25% extra budget voor zorg thuis worden ingezet om zorg in de thuissituatie op een verantwoorde manier te organiseren. Het extra budget (bovenop het basisbudget) kan besteed worden aan Persoonlijke verzorging, Verpleging, Individuele begeleiding, Begeleiding in groepsverband en/of Schoonhouden van de woning. De noodzakelijke behandeling kan naast het extra budget worden aangevraagd.
Extramurale zorg	Wlz-zorg die aan thuiswonende cliënten wordt geleverd. Extramuraal zorg omvat ook deelname aan dagbesteding of (dag)behandeling in een instelling.
Fysieke veiligheid	Fysieke veiligheid ontstaat door een veilige leefomgeving. Gevaar voor incidenten voor de cliënt, mantelzorgers of zorgprofessionals kan worden beperkt door de woonomgeving fysiek anders in te richten. Aanpassingen zijn relatief eenvoudig te realiseren door:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ voorwerpen/obstakels te verwijderen die een gevaar vormen (bijvoorbeeld valgevaar als gevolg van drempels of tapijt) zodat veilig verplaatsten binnen en/of om de woning geborgd is. En/of</li> <li>○ leefruimten aan te passen om mogelijke gevaren te beperken (aanpassingen in een badkamer om veilige ADL-zorg te kunnen leveren, gelijkvloerse ruimte, traplift etc.). En/of</li> <li>○ aanwezigheid van zorg ondersteunende hulpmiddelen zoals tillift, hoog-laagbed, aangepast toilet etc.</li> </ul>
Gebruikelijke zorg	<p>Gebruikelijke zorg gaat over zorg en activiteiten die partners, ouders, volwassen kinderen en/of andere volwassen huisgenoten voor elkaar, naar algemeen aanvaardbare maatstaven, behoren te doen.</p> <p>Hiermee wordt expliciet tot uitdrukking gebracht dat daar waar een gezamenlijk huishouden wordt gevoerd en iemand onderdeel uitmaakt van deze leefeenheid, iemand op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft voor het functioneren van het huishouden. Hiervoor is primair geen vergoeding van de kosten voor die (huishoudelijke-) activiteiten mogelijk. Het hangt van de sociale relatie af welke zorg/activiteiten mensen voor elkaar behoren te doen. Hoe intiemer de relatie, hoe meer mensen voor elkaar horen te doen (gebruikelijke zorg). Voor de zorg van ouderen en kinderen, zie bijlage G. Bij volwassenen onderling geldt dat daar waar men bij het normale maatschappelijke verkeer binnen de persoonlijke levenssfeer zaken samendoet, zoals het bezoeken van familie/vrienden, het meegaan naar de huisarts enzovoort, die wordt gezien als gebruikelijke zorg van huisgenoten onderling.</p> <p>Wanneer maakt iemand onderdeel uit van een leefeenheid?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ onder een leefeenheid wordt verstaan: alle bewoners die een gemeenschappelijke woning bewonen met als doel een duurzaam huishouden te voeren. Zijn één of meer huisgenoten in staat huishoudelijk werk te verrichten dan komt men in principe niet in aanmerking voor hulp bij het huishouden;</li> <li>○ 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;</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>Wanneer maakt iemand geen onderdeel uit van een leefeenheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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) schoon houdt 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;</li> <li>○ 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;</li> </ul> <p>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 overname. In die situaties kan iemand Huishoudelijke hulp bij het schoonmaken van de eigen kamer krijgen en een evenredig deel van</p>

	de gemeenschappelijke ruimten die vallen binnen het niveau van de sociale woningbouw. Bibliotheken, gebedsruimten etc. vallen hierbuiten en behoren dan tot de eigen verantwoordelijkheid van de gemeenschap.
Geclusterde woonvorm/ kleinschalig wonen (Blz, Artikel 3.1.4)	<p>In een geclusterde woonvorm of kleinschalig wooninitiatief wonen mensen die langdurige zorg nodig hebben. Zij huren of kopen zelf woonruimte. Voor deze groep mensen wordt de zorg gezamenlijk geregeld door een of meerdere gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder(s). Of zij regelen samen de zorg, vaak met hulp van hun familie. De zorg wordt dan veelal zelf ingekocht met een persoonsgebonden budget (PGB), al dan niet aangevuld met zorg in natura (ZIN).</p> <p>Kleinschalig wonen (PGB) is een woonsituatie waarbij minimaal 3 en maximaal 26 bewoners (budgethouders) verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet basisregistratie personen. Of op verschillende woonadressen binnen een straal van honderd meter wonen, waar ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten. Het aantal budgethouders dat in de woonvorm moet verblijven om in aanmerking te komen voor een toeslag kleinschalig wonen PGB wordt over de domeinen heen geteld in plaats van alleen binnen de Wlz.</p>
Gevaarscriterium	<p>In de situatie van een gevaarscriterium is er sprake van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voortdurend, acute bedreiging van het leven. Iemand kan niet zelfstandig buiten een instelling wonen en heeft zorg nodig die alleen in een professionele zorginstelling mogelijk is. Zonder die zorg is er sprake van ernstig gevaar voor zichzelf, ernstige zelfverwaarlozing, een risico voor mensen in zijn omgeving of een risico voor de algemene veiligheid (spullen in zijn omgeving kapot maken). Het gedrag kan zó gevaarlijk zijn dat er wel moet worden ingegrepen. Ook als niemand dat eigenlijk wil. Bijvoorbeeld: brandgevaar als iemand het gas laat aanstaan of dat iemand rookt terwijl dat niet veilig kan, dwaalgedrag, wegliep gedrag, agressief gedrag naar mensen in zijn omgeving etc. In de situatie van gevaar door gedrag kan er sprake zijn van een verklaring BOPZ waarbij vrijheidsbeperking noodzakelijk is om het risico te verminderen (Het gevaarscriterium is niet van toepassing bij een In Bewaring Stelling in het kader van de BOPZ). Of</li> <li>○ Voortdurend, acute bedreiging van het leven. Iemand met zeer ernstig/zware lichamelijke beperkingen (bijvoorbeeld ernstige ademhalingsproblematiek) die is aangewezen op zorg met zeer korte responsetijd. Er is een medische noodzakelijkheid tot direct ingrijpen omdat anders een levensbedreigende situatie ontstaat. Feitelijk moet er iemand 24 uur per dag in de direct omgeving van de cliënt zijn. In deze situaties heeft de cliënt de volledig regie over het eigen leven en kan en wil deelnemen aan de samenleving. Als iemand niet in staat is om zelf te alarmeren dan wordt dit geborgd door medisch technologie.</li> </ul>
Gewaarborgde hulp (PGB)	De gewaarborgde hulp is een door de cliënt ingeschakelde hulp van een derde die de budgethouder (verplicht) ondersteunt bij het voldoen/nakomen van de aan het PGB verbonden verplichtingen. Dit kan de wettelijk vertegenwoordiger zijn maar ook iemand anders of een organisatie. Meer informatie over de gewaarborgde hulp is terug te vinden in de Regeling langdurige zorg, hoofdstuk 5 (onder andere artikel 5.6, 5.11).
Intramurale zorg	Zorg die een zorgaanbieder binnen de muren van een instelling verleent aan cliënten die minimaal 24 uur in die instelling verblijven.
Intramurale toeslag	<p>Een intramurale toeslag is extra budget dat beschikbaar komt bovenop het bedrag voor het geïndiceerde of toegewezen zorgprofiel. Daarmee kan aan de cliënt meer zorg worden geleverd dan waar hij op grond van zijn geïndiceerde zorgprofiel recht op heeft. Om aanspraak te maken op een toeslag moet wel aan bepaalde voorwaarde(n) worden voldaan. De voorwaarden zijn afhankelijk van de toeslag en zijn terug te vinden in de NZa beleidsregels en het zorginkoopbeleid van zorgkantoren.</p> <p>Voorbeelden van intramurale toeslagen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Invasieve beademing, Non-Invasieve beademing (ook mogelijk bij extramurale zorg)</li> <li>○ Huntington, Cerebrovasculair Accident (CVA), Multifunctioneel centrum, Observatie, Gespecialiseerde epilepsiezorg, Niet strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP) en</li> </ul>



Woonzorg gehandicaptenzorg (kind/jeugd/jong volwassen).	
iWlz	iWlz is een systematiek van elektronisch berichtenverkeer waarmee de cliënt in alle fasen van de zorgketen kan worden gevolgd. Van indicatie naar het toewijzen van zorg, wachtlijsten en vervolgens het leveren van zorg. En ook het vaststellen van de eigen bijdrage. Het elektronisch berichtenverkeer vindt plaats op basis van landelijk vastgestelde berichtenstandaarden.
In zorg	Cliënt ontvangt (een deel van) de toegewezen zorg(eenheid) (functie of zorgprofiel) en de omvang van de geleverde zorg volstaat. De zorg(eenheid) krijgt in iWlz dan de leveringsstatus In zorg.
Mantelzorg	<p>Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende. Dit gebeurt door personen uit de directe omgeving van degene die hulp of zorg nodig heeft, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (Zorg Nabij, VWS 2001). Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende persoon uit hun omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn, maar ook een ander familielid, vriend of kennis.</p> <p>Bij mantelzorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ gaat het om zorg waarop een cliënt wel aanspraak heeft;</li> <li>○ wordt de normale (gebruikelijke) zorg in zwaarte, duur en/of intensiteit aanmerkelijk overschreden;</li> <li>○ is sprake van zorg op basis van vrijwilligheid, dat wil zeggen dat de mantelzorger bereid en in staat is deze zorg te leveren;</li> <li>○ wordt niet bewust gekozen om te gaan zorgen. Het overkomt de mantelzorger, omdat ze een emotionele band hebben met degene die zorg nodig heeft. Mantelzorgers zorgen soms 24 uur per dag, kunnen hier niet zomaar mee stoppen en verrichten soms verpleegkundige handelingen.</li> </ul> <p>Vanaf 2017 wordt bij de indicatiestelling door het CIZ voor toegang tot de Wlz geen rekening gehouden met de mogelijkheden van de mantelzorg.</p>
Mantelzorg-netwerk (sociaal netwerk)	Mantelzorgers (sociaal netwerk) zorgen voor gevoel van veiligheid en structuur. Mensen met een klein sociaal netwerk en weinig of geen mantelzorgers lopen een groot/groter risico op verwaarlozing. Mantelzorgers zorgen vaak voor zaken als de was, boodschappen, maaltijden, begeleiding bij ziekenhuisbezoek, maken van afspraken, hulp bij financiën, ondernemen van activiteiten of afstemming met professionele zorgverleners. Woonondersteuning in de vorm van klusjesdiensten.
Medische veiligheid	Medische veiligheid ontstaat als de medisch vereiste zorg in de thuisituatie 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 SOG, AVG-arts, medische specialist en of orthopedagoog geborgd beschikbaar/raadpleegbaar voor huisarts. Dit geldt ook voor eventueel noodzakelijke multidisciplinaire benadering.
Meerzorg (ZZP-meerzorg)	<p>Meerzorg is bedoeld om extra zorg voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag te betalen. Er is sprake van een zeer intensieve zorgvraag als de totale zorg van een cliënt uitstijgt boven de zorg die de cliënt krijgt op basis van het geïndiceerde zorgprofiel (ZZP). De totale zorgbehoefte moet dan minimaal 25% hoger zijn dan de hoeveelheid zorg die gemiddeld is opgenomen in een zorgprofiel of als de behoefte aan zorg ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie.</p> <p>Meerzorg kan zowel thuis of in een instelling worden ingezet en is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Dit staat verder uitgewerkt in het Protocol uitvoering regeling Meerzorg.</p>

Modulair Pakket Thuis (MPT)	Een MPT is een vorm van zorg thuis die van toepassing is als de cliënt thuis wil blijven wonen en bijvoorbeeld niet het volledige zorgaanbod nodig heeft die hij krijgt in een instelling of via een VPT. De zorg thuis wordt modulair opgebouwd (bijvoorbeeld Verpleging en/of Verzorging etc.) Een MPT is altijd een bewuste keuze van een cliënt en wordt als alternatieve zorg toegewezen in functies en klassen. Dit geldt ook voor het PGB. Naast een volledig MPT kan een alternatief pakket zorg thuis ook verzilverd worden via een combinatie van MPT/PGB (of een volledig PGB).
Overbruggingszorg	Overbruggingszorg is zorg die bij een cliënt met opnamewens tijdelijk wordt ingezet om de wachtperiode tot opname op een passende plaats in een instelling op verantwoorde wijze te overbruggen. Het gaat hier om inzet van zorg thuis of in een instelling, anders dan geïndiceerd.
Overbruggingszorg voorafgaand aan alternatieve zorg thuis	Heeft een aanbieder meer tijd nodig om een aanvraag voor een MPT of VPT te doen dan kan de noodzakelijke zorg thuis tijdelijk worden aangevraagd met soort zorgtoewijzing overbruggingszorg. Deze overbruggingszorg wordt dan voor een korte periode toegekend (maximaal 13 weken). Belangrijk is om deze zorg qua inhoud en omvang te laten aansluiten op de verwachte alternatieve zorgarrangement thuis.
Overgangsrecht laag zorgprofiel	Voor cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel (zie bijlage F) is in de Wlz een overgangsrecht van toepassing. Of iemand in het overgangsrecht valt hangt af van het geïndiceerde (lage) zorgprofiel die bij de transitie van de AWBZ naar de Wlz is overgegaan naar een ander domein. En van de woonsituatie van de cliënt op dat moment en de wijze waarop hij zijn zorg kreeg.
Passende zorg	Zorg die aansluit bij de urgentie van de cliëntsituatie en die past binnen de indicatie van de cliënt.
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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In geval de cliënt geïndiceerd is voor het zorgprofiel LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging dan wel voor het zorgzwaartepakket Z(Z)P LG 5, ZZP LG 6, Z(Z)P LG 7, Z(Z)P VV 7 of Z(Z)P VV 8 kan het zorgkantoor, op aanvraag van de cliënt, zijn persoonsgebonden budget ophogen als de cliënt: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) vanuit een medische noodzaak is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid van verzekerde in levensbedreigende situaties te waarborgen,</li> <li>b) 18 jaar of ouder is,</li> <li>c) geen cognitieve beperkingen heeft, en</li> <li>d) op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de taken als omschreven in artikel 3.3.3, vierde lid, onderdeel b en c, van de wet kan uitvoeren.</li> </ol> </li> <li>2. De aanvraag van de cliënt bij het zorgkantoor gaat vergezeld van een oordeel van een behandelend arts over de medische noodzaak als beschreven in het eerste lid, onderdeel a, en wordt slechts ingewilligd nadat het zorgkantoor de cliënt in persoon heeft gezien en mede op grond daarvan tot de overtuiging is gekomen dat de cliënt voldoet aan de voorwaarden, onder lid 1.</li> </ol> <p>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.)</p>

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 volgens de voor de beroepsgroep geldend standaarden. Een zorgprofessional is verantwoordelijk voor het maken van duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, taken, dossiervorming (zorgplan), zorgcoördinatie en afstemming met andere betrokken zorgprofessionals rondom de (medische) zorgbehoefte van een cliënt.
Rechtmatige zorg	Rechtmatig houdt in dat het beschikbare geld besteed moet worden aan publieke (Wlz-)zorg.
Regelzorg	Heeft een cliënt zorg in een van de andere domeinen (Wmo, JW en/of Zvw) maar is de Wlz meer aangewezen (indicatie zorgprofiel), dan is er tijd nodig om passende zorg in de Wlz op te starten/te organiseren. Wanneer de nieuwe, intramurale zorg niet direct start en de overbruggingszorg of alternatieve zorg nog niet is toegewezen, is er sprake van een overgangperiode (regeltijd). Om continuïteit van de zorg te borgen is in deze korte overgangperiode sprake van regelzorg die nog betaald wordt vanuit het andere domein.
Reguliere zorg	Zorg die wat betreft aard van de zorg (zorgprofiel of functie) gelijk is aan de geïndiceerde zorg. De zorg mag wat betreft omvang afwijken van de geïndiceerde zorg: de toegewezen klasse moet kleiner of gelijk zijn aan de geïndiceerde klasse. De zorg wordt geleverd door de voorkeuraanbieder.
Respijtzorg	Respijtzorg biedt mantelzorgers de mogelijkheid om hun zorgtaken tijdelijk aan een ander over te dragen zodat zij even op adem kunnen komen. Respijtzorg heeft tot doel te voorkomen dat de mantelzorg zich zwaar belast of overbelast voelt. Respijtzorg kan op verschillende manieren gefinancierd worden. Vanuit de Wmo, Wlz en/of zorgverzekeraar. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om opvang buitenshuis (dagopvang, vakantieopvang of logeren), iemand kan een dag(deel) bij de zorgvrager thuis komen als deze graag in zijn vertrouwde omgeving blijft en de mantelzorg een (dag)deel weg wil (incidenteel of met regelmaat) of om een gezamenlijke vakantie van de mantelzorg en de zorgvrager. Respijtzorg wordt uit de Wlz betaald als de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.
Slapend wachtend	Cliënt wil de geïndiceerde zorg nu nog niet ontvangen.
Soort (zorg)toewijzing	Nadere aanduiding van de zorgtoewijzing die de relatie tot de indicatie weergeeft. De administratieve zorgtoewijzing vormt hierop een uitzondering. De volgende soorten zorgtoewijzing bestaan in iWlz: Regulier, Alternatief, Overbruggingszorg, Transfer en Administratief.
Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis	Het toetsingskader Doelmatige en verantwoorde zorg thuis biedt zorgkantoren (en zorgaanbieders) een handvat voor het beoordelen of de zorg thuis doelmatig en verantwoord kan plaatsvinden. Vanaf 1 januari 2015 is dit een wettelijke taak van de zorgkantoren. Het toetsingskader is vanaf 2017 volledig geïntegreerd in het Voorschrift zorgtoewijzing.
Toekenningstabel PGB	De toekenningstabel PGB is een landelijk tabel die gebruikt kan worden ten behoeve van het regelen (toekennen) van een PGB. Deze tabel geldt niet voor ZIN. Met behulp van deze tabel kan het zorgprofiel worden vertaald naar een combinatie van functies en klassen met bijbehorend PGB.
Transferzorg	Transferzorg is van toepassing op situaties waarbij sprake is van een opnamewens bij de cliënt (opname in een instelling). In de situaties van transferzorg kan de cliënt nog niet geplaatst worden bij zijn voorkeuraanbieder en wordt de cliënt tijdelijk opgenomen bij een niet-voorkeuraanbieder. Deze aanbieder levert het volledig, geïndiceerde zorgprofiel. Zodra dit mogelijk (en nog gewenst) is, wordt de cliënt opgenomen bij zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder. De soort zorgtoewijzing transfer is voorbehouden aan opname en kan dus niet gebruikt worden voor andere vormen van zorg.

Treeknorm	<p>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&amp;V en GZ waar een Wlz-zorgprofiel van toepassing is voor verblijf (met behandeling) geldt een treeknorm van 13 weken. Uitzondering hierop vormt verblijf met behandeling in de sector V&amp;V. Daarvoor geldt een treeknorm van 6 weken. Voor de GGZ geldt binnen de Wlz geen treeknorm. Cliënten hebben alleen aanspraak op Wlz zorg als zij al zijn opgenomen in een klinische behandelsetting (doorstroom vanuit de Zvw). Voor zorg thuis is de treeknorm 6 weken.</p> <p>(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.)</p>
VECOZO notitieverkeer	<p>Het VECOZO notitieverkeer is bedoeld om op een beveiligde manier (in een beveiligde omgeving) informatie uit te wisselen over zorgvragen van cliënten. Het gaat om informatie die niet via iWlz kan worden doorgegeven. Deze informatie-uitwisseling vindt plaats tussen zorgkantoren en de zorgaanbieders.</p>
Vertaaltabel	<p>Zorgkantoren hanteren een uniforme vertaaltabel waarmee een geïndiceerd zorgprofiel kan worden vertaald naar een ander zorgprofiel. Dit gebeurt op basis van zorginhoudelijke en financiële afwegingen. De vertaaltabel kan worden toegepast als een cliënt voorkeur heeft voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel. Het geïndiceerde zorgprofiel wordt dan een instellingsvreemd zorgprofiel genoemd. Via de vertaaltabel kan het geïndiceerde zorgprofiel vertaald worden naar een instellingseigen zorgprofiel waarvoor de aanbieder wel is gecontracteerd.</p>
Volledig Pakket Thuis (VPT)	<p>Met het VPT kunnen verzekerden thuis vergelijkbare zorg krijgen als die in een instelling geboden wordt voor een bepaald zorgprofiel.</p>
Voorkeuraanbieder	<p>De zorgaanbieder waarvan de cliënt graag zijn zorg wil ontvangen en die door de cliënt is opgegeven als zorgaanbieder van eerste voorkeur.</p>
Vrijwilligerszorg	<p>In de situatie van vrijwilligerszorg kiezen vrijwilligers ervoor om te zorgen. Als zij met het vrijwilligerswerk starten, is er (nog) geen emotionele band. Zij verlenen hun zorg voor een beperkt aantal uren en kunnen hier op eigen initiatief mee stoppen. Zorgvrijwilligers werken in georganiseerd verband en verrichten nooit verpleegkundige handelingen.</p>
Wachtstatus	<p>De wachtstatus is een gegeven dat wordt gebruikt bij het samenstellen van de landelijke Wlz-wachttijdslijst. De wachtstatus wordt, aan de hand van de leveringsstatus, bepaald per individuele cliënt op het niveau van het indicatiebesluit. De wachtstatus kan de volgende waarden hebben: Actief wachtend, Wens wachtend, Slapend wachtend, In zorg en Einde zorg. De cliënt wordt als wachtend beschouwd als zijn wachtstatus Actief wachtend of Wens wachtend is.</p>
Wens wachtend	<p>Cliënt wil de geïndiceerde zorg alleen ontvangen van zijn voorkeuraanbieder.</p>
Wettelijke vertegenwoordiging	<p>Een wilsonbekwame cliënt heeft een (wettelijk) vertegenwoordiger die de beslissingen neemt op het gebied waarvoor de cliënt wilsonbekwaam is. Vindt de arts dat een cliënt wilsonbekwaam is, dan moet hij dit aan de cliënt vertellen en in het dossier opnemen. Wil een arts een wilsonbekwame cliënt behandelen, dan moet hij toestemming vragen aan zijn wettelijk vertegenwoordiger.</p> <p>Een wettelijk vertegenwoordiger is iemand die voor een cliënt mag optreden en beslissen. De vertegenwoordiger moet hierbij wel de cliënt zo veel mogelijk betrekken. Ook de arts moet de cliënt zo veel mogelijk blijven betrekken bij het nemen van beslissingen.</p> <p>Volgens de WGBO kunnen de volgende personen vertegenwoordiger zijn. De opsomming is in volgorde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curator / mentor = benoemd door de rechter</li> <li>2. De schriftelijk gemachtigde = benoemd door de cliënt zelf (in een schriftelijke verklaring)</li> <li>3. De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt = niet</li> </ol>

	<p>benoemd, vrijwillig</p> <p>4. Een ouder / kind / broer / zus = niet benoemd, vrijwillig</p> <p>Een vertegenwoordiger heeft in principe recht op informatie en inzage in het dossier, of een kopie van het dossier. De vertegenwoordiger krijgt alleen de informatie die nodig is om beslissingen te nemen.</p>
Wlz-indiceerbaren	<p>Wlz-indiceerbaren zijn cliënten die op 31/12/2014 een indicatie hadden voor extramurale zorg, waarbij het Ministerie verwachtte dat de Wlz het meest aangewezen domein is. Deze cliënten zijn bij de transitie van de AWBZ naar de Wlz, op 1 januari 2015 niet uitgestroomd naar de andere domeinen. Dit ondanks een indicatie in functies en klassen (een indicatie voor een Wlz-zorgprofiel ontbrak op 1 januari 2015). In 2016 heeft voor deze cliënten een herindicatietraject plaats gevonden. Het CIZ heeft daarbij formeel vastgesteld of een cliënt vanaf 1 januari 2017 (of eerder) aanspraak houdt op de Wlz (indicatie voor een zorgprofiel) of alsnog uitstroomt naar een ander domein. Zie bijlage H.</p>
Zelfregie	<p>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.</p>
Zelfzorg	<p>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.</p>
Zorgplan	<p>Het zorgplan bevat de concrete invulling van de geïndiceerde zorg: welke zorg, in welke omvang en onder welke condities door de zorgaanbieder(s) wordt verleend aan de cliënt. Het zorgplan wordt formeel overeengekomen tussen de cliënt en de zorgaanbieder (dossierhouder). De cliënt ondertekent het zorgplan. Het zorgplan wordt ook wel individueel begeleidingsplan, zorgleefplan, behandelplan of ondersteuningsplan genoemd.</p>
Zorgplicht zorgkantoren	<p>Het zorgkantoor moet alles doen om het recht op zorg dat een cliënt heeft op grond van de Wlz te realiseren. (NZa, Toezichtkader zorgplicht Wlz).</p>
Zorgprofiel (ZP)	<p>In de Wet langdurige zorg staat dat indicaties voor de langdurige zorg worden ingevuld via zorgprofielen. In de Wlz bestaan verschillende soorten zorgprofielen voor de verschillende sectoren. In een zorgprofiel staat de aard, inhoud en globale omvang van de zorg. Deze is minder gedetailleerd dan in de zorgzwaartepakketten (zzp) uit de AWBZ, waarin de zorg in uren wordt 'geïndiceerd'. De zorgprofielen bieden meer ruimte voor maatwerk.</p> <p>Anders geformuleerd: een zorgprofiel is een standaardbeschrijving voor een vastgestelde cliëntgroep met een indicatiebesluit voor Wlz-zorg. In de beschrijving van het zorg/cliëntprofiel staat een globale omschrijving van het benodigde pakket aan zorg, de omgeving waarin de zorg geleverd wordt en de leveringsvoorwaarde. In de zorgzwaartebekostiging worden zorgprofielen gebruikt om te bepalen hoeveel geld een (intramurale) instelling voor een cliënt krijgt. De indicatiestelling voor zorgprofielen wordt uitgevoerd door het CIZ.</p>
Zorgtoewijzing	<p>Het zorgdragen voor de uitvoering van de geïndiceerde zorg door een zorgaanbieder. Hieronder valt ook het treffen van alternatieve voorzieningen ter overbrugging van de wachtperiode tot de geïndiceerde zorg geleverd kan worden of het bieden van een alternatief zorgarrangement. Zorgtoewijzing volgt na indicatiestelling en wordt voor Wlz-zorg uitgevoerd door zorgkantoren.</p>

# 8. Bijlage B: Belangrijke informatie en websites

1. Website van VWS over de veranderingen in de zorg: [www.wlz-overgangsrecht.nl](http://www.wlz-overgangsrecht.nl)
2. Informatie over de Wlz en Rlz is te vinden op [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)
3. Zorginkoopkader ZN inclusief alle bijlagen: [www.zn.nl](http://www.zn.nl)
4. Regionale zorginkoopdocumenten zijn te vinden op de websites van de zorgkantoren;
5. De beschrijving van de zorgprofielen en de beleidsregels Wlz (indicatiestelling) zijn te vinden onder de tab 'voor professionals' op [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl)
6. De beleidsregels, nadere regelingen, circulaire's en factsheets van de NZa over de zorgzwaartebekostiging en zorg thuis staan op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)
7. De spelregels van i-Wlz zijn te vinden op de website van het Zorginstituut [www.istandaarden.nl](http://www.istandaarden.nl)
8. Informatie over de regeling PGB en de toekenningstabel PGB is te vinden op [www.pgb.nl](http://www.pgb.nl) en [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)
9. Informatie over de eigen bijdrage voor de Wlz is te vinden op [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
10. Wegwijzer van de overheid voor iedereen die zorg en ondersteuning nodig heeft: [www.regelhulp.nl](http://www.regelhulp.nl)
11. Wlz-kompas Zorginstituut Nederland [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)

# 9. Bijlage C: Leveringsstatus

## Geldend voor de Melding Aanvang Zorg

Situatie	Leveringsstatus
Cliënt ontvangt alle toegewezen zorg.	In Zorg
Cliënt ontvangt deel van toegewezen zorg, maar gaat akkoord met de (tijdelijke) lagere levering.	In Zorg of Slapend Wachtend
Cliënt ontvangt deel van toegewezen zorg, maar gaat NIET akkoord met de (tijdelijke) lagere levering.	Wens of Actief Wachtend

## Geldend voor de Melding uit Zorg

Mutatie-code	Cliënt in zorg (actieve MAZ aanwezig die niet is beëindigd)	Soort zorg-eenheid	Leveringsstatus op regulier toegewezen zorgprofiel	Aan te vragen soort zorg-toewijzing en einddatum (ED) van zorg-toewijzing	Beschrijving	Voorwaarden	Mutatie-datum	Actie zorgaanbieder
02	Kan, hoeft niet	zorgprofiel / functie	Einde zorgvraag	Nee	Cliënt is overleden.	NVT	Datum overlijden	o Insturen MUT02 (Overlijden)
12	Nee*	zorgprofiel	Slapend wachtend	Nee	Cliënt wil vooralsnog geen enkele zorg (dus geen MAZ).	Cliënt komt zelf in actie bij opname wens of wijziging zorgvraag.	Mutatie-datum	o Insturen MUT12 (Cliënt wil de zorg (nog) niet) / slapend wachtend
12	Nee*	zorgprofiel	Slapend wachtend	Ja, overbrugging ED = duur van 1 jaar	Cliënt wil niet binnen treeknorm opgenomen worden, maar wil wel gebruik maken van extramuraal zorg.	<u>Ztw voor max 1 jaar. Zorg mag (basis) budget zorgprofiel niet overschrijden.</u> Dossierhouder blijft verantwoordelijk.	Mutatie-datum	o Insturen MUT12 / slapend wachtend + aanmaken AAT
12	Nee*	zorgprofiel	Einde zorgvraag	Nee	Cliënt wil geen enkele zorg.	Cliënt komt zelf in actie bij opname wens of wijziging zorgvraag.	Mutatie-datum	o Insturen MUT12 einde zorgvraag

12	Nee*	zorgprofiel	Einde zorgvraag	Ja, alternatief	Cliënt ontvangt een alternatief pakket zorg thuis (VPT of MPT) en is daarmee tevreden.	Bij een gewijzigde zorgvraag komt de dossierhouder en/of de cliënt zelf in actie	Mutatie-datum	o Insturen MUT12 / einde zorgvraag + aanmaken AAT
17	Ja	zorgprofiel / functie	Einde zorgvraag +overplaatsing	Nee	Dossierhouder stuurt MUT17.	Er is wel een MAZ aanwezig maar nog geen MUT.	Datum overplaatsing	o Insturen MUT17 (Overplaatsing, er is een MAZ)
18	Nee*	zorgprofiel	Actief wachtend	Nee	Aanbieder kan binnen 5 werkdagen na start-datum ZTW nog geen besluit nemen.	Zorgaanbieder mag volgens productieafspraken geen zorg leveren.	Mutatie-datum	o Insturen MUT18 (Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren) / actief wachtend
18	Nee*	zorgprofiel	Actief wachtend (duur zorgtoewijzing bepaalt prioriteit)	Ja Overbrugging thuis Voor ED zie voorwaarde!	Cliënt wil (overal) direct worden opgenomen binnen de Treeknorm.	<u>Wordt voor maximaal 6 maanden toegewezen</u> Actie ligt bij dossierhouder.	Mutatie-datum	o Insturen MUT18 / actief wachtend + aanmaken AAT
18	Nee*	zorgprofiel	Wens wachtend	Nee	Aanbieder kan de geïndiceerde zorg nu nog niet leveren. Cliënt wil <u>alleen opgenomen worden bij instelling van 1e voorkeur</u> , maar ontvangt voorlopig <u>geen</u> Wlz zorg.	Actie ligt bij dossierhouder als er wel WLZ zorg nodig is.	Mutatie-datum	o Insturen MUT18 / wens wachtend
18	Nee*	zorgprofiel	Wens wachtend	Ja, overbrugging ED = duur van 1 jaar	Cliënt wil <u>alleen opgenomen worden bij instelling van 1e voorkeur</u> , maar ontvangt wel al zorg thuis of een ander zorgprofiel dan geïndiceerd door andere zorgaanbieder.	<u>Mag toegewezen worden voor de duur van 1 jaar. Zorg mag budget zorgprofiel niet overschrijden.</u> Dossierhouder komt in actie als er een vrije plaats is.	Mutatie-datum	o Insturen MUT18 / wens wachtend + aanmaken AAT



18	Nee*	zorgprofiel	Wens wachtend	Ja, transfer Voor ED zie voorwaarde!	Cliënt wil opgenomen worden bij instelling van 1e voorkeur maar ontvangt tijdelijk de volledig geïndiceerde zorg (altijd zelfde zorgprofiel) van andere zorgaanbieder.	<u>Wordt voor 1 jaar toegewezen.</u> Dossierhouder komt in actie als er een vrije plaats is.	Mutatie-datum	o Insturen MUT18 / wens wachtend + aanmaken AAT
19	Ja	zorgprofiel / functie	Einde zorgvraag	Nee	Levering zorg is beëindigd, zorgtoewijzing gesloten.		Ontslag datum	o Insturen MUT19 (Levering zorg is beëindigd, zorgtoewijzing gesloten)
19	Ja	zorgprofiel	Einde zorgvraag	Ja, alternatief ED = duur van het zorgprofiel (oneindig indien geïndiceerd zorgprofiel geen einddatum heeft)	Levering zorg is beëindigd, ZTW sluiten. Cliënt ontvangt nog alternatieve zorg op het pakket		Ontslag datum	o Insturen MUT19 / einde zorg + AAT
20	Ja	zorgprofiel / functie	Actief wachtend, wens wachtend of slapend wachtend	Nee	Levering zorg is beëindigd, zorgtoewijzing aanhouden.	Als er sprake is van extramuraal zorg na verblijf, kan er mutatie met een AAT ingediend worden.	Ontslag datum	o Insturen MUT20 (Levering zorg is beëindigd, zorgtoewijzing aanhouden)
21	Nee	zorgprofiel / functie	Einde zorgvraag	Nee	Overdracht zorgtoewijzing	Zorgtoewijzing wordt toegewezen vanaf de mutatiedatum.	Mutatie-datum	o Insturen MUT21 (Overdracht ZTW, er is geen MAZ)
21	Ja, en opname is beëindigd door een MUT20	zorgprofiel / functie	Einde zorgvraag	Nee	Overdracht zorgtoewijzing	Zorgtoewijzing wordt toegewezen vanaf de mutatiedatum.	Mutatie-datum (De mut.-datum moet groter zijn dan de mut datum van de MUT20)	o Insturen MUT21

\* Deze mutatie mag ook aangeleverd worden indien cliënt in zorg is geweest en uit zorg is gemeld met mutatiecode 20 (er is een actieve zorgtoewijzing aanwezig).

# 10. Bijlage D: Vertaaltabel

De zorgkantoren hanteren uniforme uitgangspunten bij de vertaling van een instellingsvreemd zorgprofiel naar een alternatief, instellingseigen zorgprofiel. Op basis van deze uitgangspunten is een vertaaltabel opgesteld. Deze tabel wordt als digitale bijlage bij dit Voorschrift gepubliceerd.

Past de omzetting van een zorgprofiel binnen de tabel, dan kan dit zorgprofiel worden aangevraagd via een AAT. Past de omzetting niet binnen de tabel dan kan hierover contact worden opgenomen met het zorgkantoor. Op grond van de onderliggende inhoudelijke motivatie van de instelling voor de gewenste omzetting bekijkt het zorgkantoor of een uitzondering op deze vertaaltabel is toegestaan.

Uitgangspunten:

1. Tijdens het zorginkoopproces wordt bepaald welke zorgprofielen bij een instelling worden ingekocht. Voor de declaratie is de geleverde zorg leidend, op voorwaarde dat deze past binnen de productieafspraken. Daar verandert de vertaaltabel niets aan;
2. Cliënten zullen in het algemeen kiezen voor een instelling waarbij het geïndiceerde zorgprofiel is ingekocht;
3. Heeft de cliënt voorkeur voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel? Dan kan de zorgaanbieder in overleg met de cliënt bekijken of er een passend instellingseigen zorgprofiel is. Het leveren van verantwoorde zorg staat daarbij niet ter discussie. Deze situatie is niet regulier, maar komt regelmatig voor;
4. Voor de beoordeling van deze situatie hanteren zorgkantoren uniforme richtlijnen. Omdat het om specifieke cliënten in specifieke situaties kan gaan, zijn deze richtlijnen nooit volledig. Maatwerk blijft nodig en mogelijk in overleg tussen zorgaanbieder en zorgkantoor;
5. Of een alternatief zorgprofiel kan worden ingezet, is afhankelijk van:
  - a) Het zorginhoudelijke karakter van het zorgprofiel. Niet elk zorgprofiel kan als alternatief pakket worden ingezet voor het oorspronkelijk 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.
6. Vertalingen van instellingseigen naar instellingsvreemd die niet mogelijk zijn:
  - a) Van een zorgprofiel (niet zijnde zorgprofiel GGZ B) naar een GGZ B-zorgprofiel;
  - b) Van een zorgprofiel (niet zijnde zorgprofiel VV gb of zorgprofiel VV10) naar een zorgprofiel VV gb of zorgprofiel VV10;
  - c) Van een zorgprofiel (niet zijnde SGLVG, LVG of VG7) naar een SGLVG, LVG of VG7;
  - d) Van een zorgprofiel (niet zijnde ZG-VIS) naar een ZG-VIS;

- e) Van een zorgprofiel (niet zijnde ZG-AUD) naar een ZG-AUD.
7. Vertalingen die alleen onder de volgende voorwaarden mogelijk zijn:
    - a) Indicaties voor een zorgprofiel VG 7, LVG of SGLVG mogen worden omgezet naar een instellingseigen zorgprofiel als de betreffende aanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling in de VG.
    - b) In alle andere gevallen geldt voor zorgprofiel VG 7, LVG en SGLVG dat deze alleen tijdelijk – ter overbrugging – omgezet mogen worden naar een instellingseigen zorgprofiel. Onder tijdelijk wordt verstaan een opname van maximaal 6 maanden met de mogelijkheid dit eenmalig te verlengen met 6 maanden. De behandeling wordt niet mee vertaald, tenzij daarover separate afspraken worden gemaakt.
    - c) Omzettingen van en naar LVG kan alleen voor de duur van de indicatie (maximaal 3 jaar)
    - d) Omzettingen van een GGZ B naar een lager GGZ B pakket kan maximaal voor de duur van 3 jaar en op voorwaarde dat de cliënt nog in een GGZ behandelinstelling is opgenomen.
  8. Vertalingen die in principe mogelijk zijn als voldaan wordt aan uitgangspunten 3 en 5, uitgezonderd wat is bepaald in uitgangspunten 7 en 8:
    - a) Vertalingen tussen zorgprofiel VV-SOM, VV-PG, VG, LG
    - b) Een cliënt met zorgprofiel VV gb die uit gerevalideerd is en woont in een intramurale setting kan worden vertaald naar het geïndiceerde vervolg zorgprofiel of (in afwachting daarvan) het voorgaande geïndiceerde zorgprofiel;
    - c) Een zorgprofiel VV10, zorgprofiel-AUD en zorgprofiel-VIS kan worden vertaald naar andere zorgprofielen maar voor deze situaties wordt bij voorkeur een nieuwe indicatie aangevraagd bij het CIZ;
    - d) Als een zorgprofiel inclusief dagbesteding wordt vertaald naar een zorgprofiel VV, dan geldt voor de vertaling het zorgprofiel-tarief exclusief dagbesteding.
  9. Vertaling die in principe niet mogelijk is:  
Van een hoog zorgprofiel naar een zorgprofiel die valt onder de categorie lage zorgprofielen (1VV, 2VV, 3VV, 1VG, 2VG, 1 LG, 3 LG of 1 ZG).

# 11. Bijlage E: Uitgangspunten rekenmethodiek rekenmodule

Om te bepalen of zorg thuis doelmatig kan worden ingezet wordt een rekenmodule gebruikt. De wijze waarop de rekenmodule werkt, wordt verder toegelicht in de tabbladen bij de rekenmodule.

Algemene uitgangspunten voor de rekenmodule:

- Voor de inzet van zorg thuis wordt op individueel cliëntniveau een cliëntvolgend budget bepaald;
- De financiële ruimte voor zorg thuis wordt bepaald door het PGB budget dat past bij het geïndiceerde zorgprofiel (en bijbehorende dagbesteding). Dit is het basisbudget (100%);
- Voor een aantal doelgroepen waaronder de Wlz-indiceerbaren, is extra financiële ruimte mogelijk bovenop het basisbudget (EKT, ademhalingstoelagen, Meerzorg en Palliatief Terminale Zorg). Komt een cliënt hiervoor in aanmerking dan kan dat in de rekenmodule worden aangegeven;
- De rekenmodule biedt ook een handvat om de kosten door te berekenen voor overbruggingszorg;
- In de rekenmodule wordt gerekend met reguliere NZa-prestaties;
- Het tarief voor de reguliere NZa-prestaties bevat een vaste correctie op het maximum tarief. Deze vast correctie is in onderling overleg tussen de zorgkantoren afgesproken;
- In de rekenmodule wordt voor alle zorgaanbieders dezelfde tarieven gehanteerd. Dit vereenvoudigt het gebruik van de rekenmodule als de zorg thuis geleverd wordt door meerdere zorgaanbieders;
- Is het afgesproken tarief voor de reguliere NZa-prestaties lager dan het gehanteerde tarief in de rekenmodule, dan kan de zorgaanbieder over de omvang van de in te zetten zorg thuis afstemming zoeken met het zorgkantoor (mogelijk kan er meer zorg thuis worden ingezet door de zorgaanbieder met zijn eigen tarieven);
- De feitelijk geleverde zorg mag het vastgestelde cliëntvolgende budget niet overschrijden (het zorgkantoor voert hier periodiek een achteraf controle op uit). Overschrijding van het budget is voor risico voor de aanbieder en kan niet afgewenteld

worden op de cliënt, tenzij dit nadrukkelijk is overeengekomen met de cliënt en is vastgelegd in het zorgplan;

- De rekenmodule geeft automatisch een vertaling van de ingevulde prestatie(s) naar een bijbehorende functie(s) en klasse(n). Deze vertaling is relevant voor de AAT. Aan de omvang van de klasse bij de toegewezen functie(s) kan zowel door de zorgaanbieder(s) als de cliënt geen recht worden ontleend;
- Tussen de toegewezen functie(s) en klasse(n) mag substitutie plaatsvinden op voorwaarde dat de feitelijke geleverde (en gedeclareerde) zorg het vastgestelde budget niet overschrijdt.
- In de situatie dat EKT, een ademhalingstoeslag of Meerzorg is toegewezen én de functie verpleging (VP) als voorwaarde is gesteld, mag deze functie VP niet worden gesubstitueerd voor een andere functie zonder overleg met het zorgkantoor;
- Wordt er zorg ingezet voor een prestatie waarvoor geen functie is toegewezen dan kan de zorgaanbieder deze zorg niet declareren. De aanbieder loopt over deze ingezette zorg een financieel risico en is zelf verantwoordelijk voor (het regelen van) een passende zorgtoewijzing via een AAT;
- Tijdelijke opname (logeren) en/of deelname aan een dagprogramma moeten in principe uit het vastgestelde budget worden gefinancierd (zie paragraaf 4.11). Dit geldt ook voor casemanagement dementie;
- Is in de indicatie naast het zorgprofiel ook de functie Begeleiding groep aanwezig? En is de Begeleiding groep nodig? Dan maakt deze geen onderdeel uit van de AAT. Dit sluit aan bij een operationele regel in iWlz-berichtenverkeer. In de situatie dat de functie Begeleiding groep is toegewezen aan een andere aanbieder dan die bij het zorgprofiel, voorkomt dit onnodige administratieve lasten. De noodzakelijke begeleiding groep wordt door de dossierhouder wel meegenomen in de doorrekening van de kosten in de rekenmodule! De betrokken zorgaanbieders stemmen hierover onderling af.
- De kapitaalslasten voor de prestaties begeleiding groep worden buiten de berekening gehouden.
- 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;
- Is het noodzakelijk dat een cliënt behandeling krijgt (individueel of groep), dan kan daarvoor extra financiële ruimte in de rekenmodule worden aangevraagd. Deze extra financiële ruimte mag niet worden ingezet voor zorg anders dan behandeling. Bedragen de kosten voor de behandeling meer dan de extra financiële ruimte voor behandeling, dan mag deze ten laste worden gebracht van het overige budget dat beschikbaar is voor de cliënt. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis verantwoord blijft;
- Wil de cliënt zijn zorg thuis verzilveren in een combinatie van ZIN en PGB, dan moet dit in de rekenmodule worden aangegeven. Beide budgetcomponenten moeten bij elkaar worden opgeteld om vast te stellen of de zorg past binnen het beschikbare budget. Wil de cliënt informatie over de hoogte van zijn PGB niet delen met de dossierhouder dan is dat geen probleem. Het zorgkantoor controleert deze aanvragen altijd apart vanwege het financiële effect op het (toegekende) PGB of de op te starten procedure PGB. De cliënt heeft de mogelijkheid om ook voor het PGB een flexibel budget aan te vragen.



# 12. Bijlage F:

## Overgangsrecht voor cliënten met een laag zorgprofiel

Bij invoering van de Wlz heeft VWS cliëntengroepen aangewezen waarop een overgangsrecht van toepassing is. Cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel vallen onder dit overgangsrecht. Ook voor de groep Wlz-indiceerbaren<sup>54</sup> geldt een overgangsrecht. Dit overgangsrecht wordt beschreven in bijlage H en op [www.wlz-overgangsrecht.nl](http://www.wlz-overgangsrecht.nl)

*Wat houdt het overgangsrecht voor cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel in?*

Een cliënt met een indicatie voor een laag zorgprofiel moest in 2015 kiezen vanuit welk domein hij zijn zorg thuis wilde ontvangen. Bepalend daarvoor was de plaats waar de cliënt op dat moment verbleef, waar hij zijn zorg wilde krijgen en de leveringsvorm van zorg. Belangrijk is dat deze cliënten altijd het recht (terugkeergarantie) houden om terug te keren naar de Wlz, voor opname in een zorginstelling. Dat kan zonder tussenkomst van het CIZ. Tenzij er sprake is van een structureel gewijzigde (zwaardere) zorgvraag.

### 12.1 Over welke lage zorgprofielen gaat het overgangsrecht?

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

- een laag zorgprofiel V&V: 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

Deze ontvingen:

- op 31 december 2014 een zorgarrangement thuis in functies/klassen en woonden niet in een kleinschalig wooninitiatief PGB of;
- op 31 december 2014 nog geen zorg vanuit de AWBZ of;

<sup>54</sup> Een Wlz indiceerbare had op 1 januari 2015 nog geen indicatie voor een zorgprofiel, maar een indicatie in functies/klassen. Vanwege zijn intensieve zorgvraag valt deze groep vooralsnog onder het domein van de Wlz.

- op of na 1 januari 2015 voor het eerst zorg thuis in de vorm van een VPT of MPT. Bijvoorbeeld na ontslag uit een instelling of bij het verlaten van een kleinschalig wooninitiatief PGB.

#### *Welke cliënten vallen buiten het overgangsrecht (en binnen Wlz)?*

Cliënten met een indicatie voor:

- VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (ouder dan 18 jaar) die op 31 december 2014 waren opgenomen in een instelling of
- VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (ouder dan 18 jaar) die op 31 december 2014 de zorg thuis kregen via een VPT of
- VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (ouder dan 18 jaar) die in een kleinschalig wooninitiatief woonden dat gefinancierd werd met PGB (juridisch is dit gelijk aan gesteld aan opname in een instelling). Het kleinschalig wooninitiatief voldoet daarbij aan de eisen van de Wlz.
- een laag zorgprofiel LG: LG1 of LG3 voor het eerst geïndiceerd op of na 1 januari 2015
- een laag zorgprofiel ZG: ZGaud1 of ZGvis1 voor het eerst geïndiceerd na 1 januari 2015

### **12.2 Welke keuzemogelijkheden zijn er in het overgangsrecht?**

De cliënt die onder een van de doelgroepen laag overgangsrecht viel, kon kiezen of:

1. hij thuis wilde blijven wonen, zonder zorg en/of zonder ondersteuning. Is er in de toekomst zorg thuis nodig, dan kan de cliënt voor zorg en ondersteuning een beroep doen op de zorgverzekeraar en/of gemeente;
2. hij thuis wilde blijven wonen met zorg en/of ondersteuning thuis. Voor deze zorg kan de cliënt dan een beroep doen op de zorgverzekeraar en/of de gemeente;
3. hij opgenomen wilde worden in een instelling. Als dit het geval was dan kreeg de cliënt de leveringsstatus Actief wachtend. Zorgkantoren moe(s)ten deze cliënten actief naar een opname bemiddelen. Was (is) er geen plaats bij de voorkeuraanbieder? Dan bemiddelt het zorgkantoor naar een (tijdelijk) andere instelling waar de cliënt kan worden opgenomen. De cliënt kan daarbij altijd op de wachtlijst blijven staan van zijn instelling van voorkeur. In de tussentijd wordt dan transferzorg ingezet. Weigert de cliënt een aanbod dan ontvangt de cliënt niet langer zijn zorg binnen de Wlz. De cliënt stroomt uit naar de andere domeinen. In de wachtperiode tot opname wordt de overbruggingszorg betaald vanuit de Wlz. De cliënt behoudt in de tijd tot opname zijn huidige leveringsvorm. Switchen van ZIN naar PGB is in principe niet toegestaan;
4. hij geen keuze kenbaar wilde maken. In deze situaties heeft het zorgkantoor, op basis van de indicatie en de zorgafname, de wettelijke regels toegepast. Deze cliënten zijn uitgestroomd naar het andere domein(en). Het zorgkantoor heeft de cliënt daarover geïnformeerd.

### **12.3 Cliënten waarop geen overgangsrecht van toepassing is**

Een cliënt met een indicatie voor:

- een zorgprofiel LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis1,



- die door het CIZ voor het eerst is geïndiceerd op of na 1 januari 2015,
- daarvoor geldt dat het indicatiebesluit een onbepaalde geldigheidsduur heeft gekregen in de Wlz. Deze verzekerden zijn daarom op 1 januari 2016 in principe niet uitgestroomd. Het indicatiebesluit mag verzilverd worden in alle leveringsvormen die de Wlz kent.

# 13. Bijlage G:

## Overgangsrecht voor Wlz-indiceerbaren

### *Wie vallen onder de groep Wlz-indiceerbaren en hebben een Wlz-overgangsrecht?*

Iedereen die onder deze groep valt, had bij de transitie van de AWBZ naar de Wlz nog een indicatie in AWBZ-functies en klassen. Omdat deze mensen geen indicatie voor een zorgprofiel hadden, kwamen zij vanaf 1 januari 2015 niet vanzelfsprekend in aanmerking voor de Wlz. Dit terwijl er vaak wel sprake was van een zwaardere, intensieve zorgvraag. Via een overgangsregeling is geregeld dat deze groep (Wlz-indiceerbaren) toch zorg vanuit de Wlz kon krijgen totdat een herindicatie is gesteld. Dit zijn bijvoorbeeld mensen met meer dan 18 dagdelen zorg (inclusief kortdurend verblijf/logeren), intensieve zorg voor kinderen met een meervoudig complexe beperking, mensen met minimaal 8 dagdelen behandeling groep (VG), mensen met een indicatie voor kortdurend verblijf, mensen met meer dan 25 uur individuele zorg per week (LG), volwassenen waarbij sprake is van thuisbeademing waarbij verpleegkundig toezicht nodig is.

Mensen die gebruik wilde maken van het overgangsrecht moesten zich (voor een deel) voor 1 januari 2015 actief aanmelden. Niet iedereen uit de beschreven groepen heeft voor het Wlz-overgangsrecht gekozen. Een deel van de beschreven groepen heeft dat bewust niet gedaan.

### *Vaststellen toegang tot de Wlz voor de Wlz-indiceerbaren*

In 2016 is de hele groep Wlz-indiceerbaren opnieuw geïndiceerd door het CIZ. Het CIZ heeft vastgesteld of er sprake is van een Wlz-recht. Zo ja, dan heeft iemand een indicatie voor een zorgprofiel gekregen die:

- op expliciet verzoek van de cliënt voor januari 2017 ingaat (de vangnetregeling wordt dan niet gebruikt). Of
- op 1 januari 2017 ingaat en loopt tot 1 januari 2020 (er kan dan sprake zijn van vangnetregeling).

Is geen Wlz-recht vastgesteld, dan is de indicatie in AWBZ-functies en klassen gehandhaafd tot 1 juli 2017. Voor 1 juli 2017 moet de overgang naar het andere domein(en) geregeld zijn.

### *Uitzonderingsgroepen*

- In de groep Wlz-indiceerbaren komt een beperkte groep mensen voor met een indicatie voor ADL die in een ADL-cluster verblijven. Omdat deze groep in de Wlz nog niet goed is geborgd, houden zij tot uiterlijk 1 januari 2020 een Wlz-overgangsrecht in functies en klassen;
- Jongeren met een zorgprofiel VG3 die 18 jaar worden vóór 1 juli 2017. Van deze beperkte groep is bij het CIZ bekend dat zij recht houden op de Wlz vanaf hun 18e verjaardag. Het CIZ benadert deze groep actief voor een herindicatie vóór 1 juli 2017. Het zorgprofiel gaat dan in vanaf de 18e verjaardag;
- Een klein aantal jongeren die 18 jaar worden tussen 1 juli 2017 en 1 juli 2018, waarbij met zekerheid recht is op de Wlz (zorgprofiel VG3) als zij 18 jaar worden. Het CIZ heeft deze groep niet goed in beeld omdat er meerdere redenen kunnen zijn waarom iemand vanaf zijn 18e jaar wel of geen recht krijgt op de Wlz. Deze jongeren moeten zich zelf voor 1 juli 2017 melden bij het CIZ. Als het CIZ inderdaad met zekerheid vaststelt dat er recht is op Wlz-zorg, dan gaat de Wlz-indicatie in op 1 juli 2017;
- Kinderen die 8 jaar worden tussen 1 januari 2017 en 1 juli 2018. En die vóór hun 8e jaar geen toegang hebben tot de Wlz op grond van de gebruikelijke zorg die van ouders of verzorgers gevraagd wordt tot 8 jarige leeftijd van het kind. Het CIZ heeft deze groep niet goed in beeld omdat er meerdere redenen kunnen zijn waarom eerder geen indicatie voor de Wlz is afgegeven. Ouders of verzorgers van deze kinderen kunnen tot 1 juli 2017 bij het CIZ een aanvraag doen voor toegang tot de Wlz. Bij een positief besluit gaat het recht op de Wlz dan (eventueel met terugwerkende kracht) uiterlijk in per 1 juli 2017. Dat hangt van het moment af waarop het kind 8 jaar wordt.

*Wat houdt de vangnetregeling in voor de groep Wlz-indiceerbaren die in de Wlz blijft?*

- De vangnetregeling geldt voor 3 jaar en loopt van 1 januari 2017 tot 1 januari 2020;
- De vangnetregeling<sup>55</sup> houdt in dat de zorg die iemand had op basis van zijn indicatie in AWBZ- functies en klassen doorloopt na de ingangsdatum van het zorgprofiel. De cliënt kiest er dan niet voor om het geïndiceerde zorgprofiel te verzilveren. Zorgkantoren verlengen het recht op de functies en klassen die geldig waren op 31 december 2016 (hebben = houden) dan automatisch vanaf 1 januari 2017;
- Valt iemand onder de vangnetregeling dan kan er sprake zijn van vereenvoudigde toegang tot EKT of Meezorg. Dat is mogelijk als de zorgvraag is toegenomen en die niet past binnen het vangnet en als ook het geïndiceerde zorgprofiel daarvoor onvoldoende ruimte biedt. Vereenvoudigde toegang houdt in dat de toegang voor EKT niet bepaald wordt door criteria zoals opgenomen in artikel 2.2 of 5.3 van de Regeling langdurige zorg (Rlz). En dat voor toegang tot Meezorg niet gekeken wordt naar de range zorgprofielen die daarvoor in aanmerking komen volgens de Rlz. De vereenvoudigde toegang is verder niet van invloed op de inhoudelijke beoordeling van de aanvragen voor EKT (Voorschrift zorgtoewijzing) of Meezorg (Protocol Meezorg).

*Wie heeft er recht op de vangnetregeling?*

<sup>55</sup> Rlz, artikel 9.3, tweede lid en vierde lid beschrijft wanneer wel of geen vangnetregeling van toepassing

- Wlz-indiceerbaren die vanaf 1 januari 2017 hun zorg continueren op basis van de geïndiceerde functies en klassen (zoals geldig op 31 december 2016) vallen onder de vangnetregeling. Dat kan bijvoorbeeld gaan om situaties waarbij de indicatie in functies en klassen meer financiële ruimte geeft voor het inzetten van de noodzakelijke zorg dan het geïndiceerde zorgprofiel. Willen mensen gebruik maken van de vangnetregeling dan hoeven zij zich niet actief te melden bij het zorgkantoor of de zorgaanbieder. De functies en klassen die geldig waren tot en met 31 december 2016 worden door de zorgkantoren automatisch toegewezen vanaf 1 januari 2017;
- Wlz-indiceerbaren die zorg krijgen op basis van het zorgprofiel, kunnen er voor kiezen weer terug te vallen op het indicatiebesluit in AWBZ-functies en klassen (tot 1 januari 2020). Het gaat dan om het indicatiebesluit met AWBZ-functies en klassen zoals bekend voor de ingangsdatum van het zorgprofiel. Vanaf dat moment is de vangnetregeling wel van toepassing. Reden om terug te vallen op het vangnet kan zijn de vereenvoudigde toegang tot EKT of Meezorg.
- Wlz-indiceerbaren die in eerste instantie geen Wlz-indicatie hebben gekregen bij het herindicatietraject van het CIZ, maar die alsnog krijgen vóór 1 juli 2017.

*Wie heeft er geen recht op de vangnetregeling?*

- Wlz-indiceerbaren die het zorgprofiel eerder hebben laten ingaan dan 1 januari 2017 vallen niet onder de vangnetregeling. Reden om het zorgprofiel eerder te laten ingaan, kan de financiële ruimte zijn die dan extra beschikbaar komt. Voor deze cliënten geldt het reguliere proces zoals beschreven in het voorschrift;
- Wlz-indiceerbaren die het zorgprofiel laten ingaan op 1 januari 2017 of later vallen vanaf dat moment niet onder de vangnetregeling. Deze cliënten doen daarvoor altijd een aanvraag bij het zorgkantoor. Voor deze cliënten geldt het reguliere proces zoals beschreven in het voorschrift.
- Wlz-indiceerbaren die het zorgprofiel hebben laten ingaan kunnen (tot 1 januari 2020) nog een beroep doen op de vangnetregeling. Iemand moet dan eerst terug naar zijn indicatiebesluit in AWBZ-functies en klassen zoals bekend voor de ingangsdatum van het zorgprofiel;

*Welke bijzondere afspraken gelden nog voor de groep Wlz-indiceerbaren?*

- Een Wlz-indiceerbare kan zijn zorg via ZIN, PGB of een combinatie van ZIN en PGB krijgen;
- Net zoals bij het MPT of de combinatie MPT met PGB kan substitutie plaatsvinden tussen de toegewezen functies en klassen als het budget voor het vangnet niet wordt overschreden;
- Is een Wlz-indiceerbare jonger dan 18 jaar? Valt hij onder de vangnetregeling en krijg hij een (deel) van zijn zorg in PGB? Dan mag het bedrag voor Huishoudelijke hulp niet aan het PGB worden toegevoegd als hij 18 jaar wordt, tenzij hij kan aantonen dat hij van de gemeente een vergoeding kreeg voor Huishoudelijke hulp op 31 december 2016;
- Wordt de Wlz-indiceerbare 18 jaar en valt hij nog steeds onder de vangnetregeling? Dan wordt vanaf het moment dat hij 18 jaar wordt niet standaard een bedrag voor Huishoudelijke hulp aan zijn PGB toegevoegd. Hebben is houden betekent in dit geval geen extra bedrag Huishoudelijke hulp bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar;

- Heeft iemand uit de doelgroep Wlz-indiceerbaren via het gemeentelijk domein meer Huishoudelijke hulp ontvangen dan betaald kan worden met het beschikbare bedrag in de Wlz? Dan kan het zorgkantoor extra budget toekennen voor Huishoudelijke hulp als de cliënt dat kan aantonen. De cliënt moet daarvoor de beschikking van de gemeente bij het zorgkantoor overleggen;
- Een Wlz-indiceerbare die in zijn indicatiebesluit de functie ADL heeft moet voor Huishoudelijke hulp een beroep doen op de gemeente;
- Iemand die zijn zorgprofiel verzilvert krijgt automatisch een bedrag voor Huishoudelijke hulp aan zijn budget toegevoegd.

# 14. Bijlage H: Gebruikelijke zorg

## *Gebruikelijke zorg*<sup>56</sup>

Het CIZ onderzoekt de zorgbehoefte van een kind op basis van de 'Richtlijn gebruikelijke zorg van ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijd' (zie verderop in deze bijlage). Gebruikelijke zorg is de dagelijkse zorg die ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger aan kinderen geacht worden te bieden, ook als de ouder/wettelijk vertegenwoordiger de gebruikelijke zorg vanwege eigen aandoening, beperking, stoornis of handicap niet kan bieden. Als een kind niet bij (een van) de ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger kan wonen, vanwege de onmogelijkheden van de ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger om een veilig thuis te bieden en/of vanwege opvoedingsonmacht van de ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger, is verblijf op grond van de Jeugdwet aan de orde.

Gebruikelijke zorg:

- het door ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger aan kinderen bieden van een woonomgeving waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en hen een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Gebruikelijke zorg bij kinderen kan ook zorg omvatten die niet standaard bij alle kinderen voorkomt. Het gaat dan om zorg die gebruikelijke zorg vervangt zoals sondevoeding in plaats van eten, of om zorg die in samenhang met reguliere zorg kan worden geboden zoals het geven van medicijnen;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid is gebruikelijke zorg afhankelijk van de leeftijd van het kind (zie richtlijn). Hiermee wordt bedoeld dat zorg en toezicht gedurende het gehele etmaal in de nabijheid nodig is zonder dat daarbij permanente actieve observatie nodig is. Het gaat hier om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is wel nodig op zowel geplande als ongeplande momenten, en ook voortdurend in de nabijheid. Dit is gebruikelijke zorg omdat ook een kind met een normaal ontwikkelingsprofiel tot een bepaalde leeftijd:
  1. niet zelf de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten, of
  2. niet zelf in staat is om op relevante momenten adequaat hulp in te roepen om ernstig nadeel te voorkomen, of
  3. ook vaak op ongeplande momenten zorg in de zin van begeleiding of overname van zelfzorg nodig heeft.

<sup>56</sup> Bron CIZ, 2016

Gebruikelijke zorg is niet:

- 'permanent toezicht' in de zin van onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragsituaties voor verzekerde kan worden voorkómen<sup>57</sup>. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

Richtlijn gebruikelijke zorg voor ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger van kinderen met zonder beperkingen, rekening houdend met de verschillen die bij kinderen in dezelfde leeftijdscategorie kunnen bestaan.

#### *Kinderen van 0 tot 3 jaar*

- hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen;
- hebben voortdurend, dat wil zeggen op geplande én ongeplande momenten overname van zelfzorg<sup>58</sup> nodig;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

#### *Kinderen van 3 tot 5 jaar*

- hebben overdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen;
- hebben overdag voortdurend begeleiding en overname van zelfzorg nodig,
- hebben 's nachts soms nog begeleiding en overname van zelfzorg nodig;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

NB: deze zorg voor kinderen van 3 tot 5 jaar is geen gebruikelijke zorg als is vastgesteld dat het gaat om een kind met ernstige meervoudig complexe handicaps waaronder een verstandelijke handicap en een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief.

---

<sup>57</sup> Dit betekent niet dat elk kind dat permanent toezicht nodig heeft onder de Wlz zal vallen. Immers, als het permanent toezicht nodig is vanwege somatische of lichamelijke problematiek, dan wordt de zorg geleverd uit de Zvw. Als permanent toezicht nodig is vanwege ernstige gedragsproblematiek, dan is behandeling eerst aangewezen, voordat kan worden beoordeeld of sprake is van blijvende zorgbehoefte.

<sup>58</sup> Zelfzorg= algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), persoonlijke verzorging, hygiëne en zo nodig verpleegkundige zorg.

*Kinderen van 5 tot 8 jaar*

- hebben tot 8 jaar overdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen;
- hebben tot 8 jaar overdag nog voortdurend begeleiding nodig;
- hebben tot 8 jaar overdag op geplande en soms op ongeplande momenten hulp bij of overname van zelfzorg nodig;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

*Kinderen vanaf 8 tot 18 jaar*

- hebben vanaf 8 jaar geen zorg in de nabijheid nodig omdat zij in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen;
- hebben tot 18 jaar een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig en passend bij hun ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.



# 15. Bijlage I: Regeling crisisopname

## 15.1 Algemene uitgangspunten

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor:

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

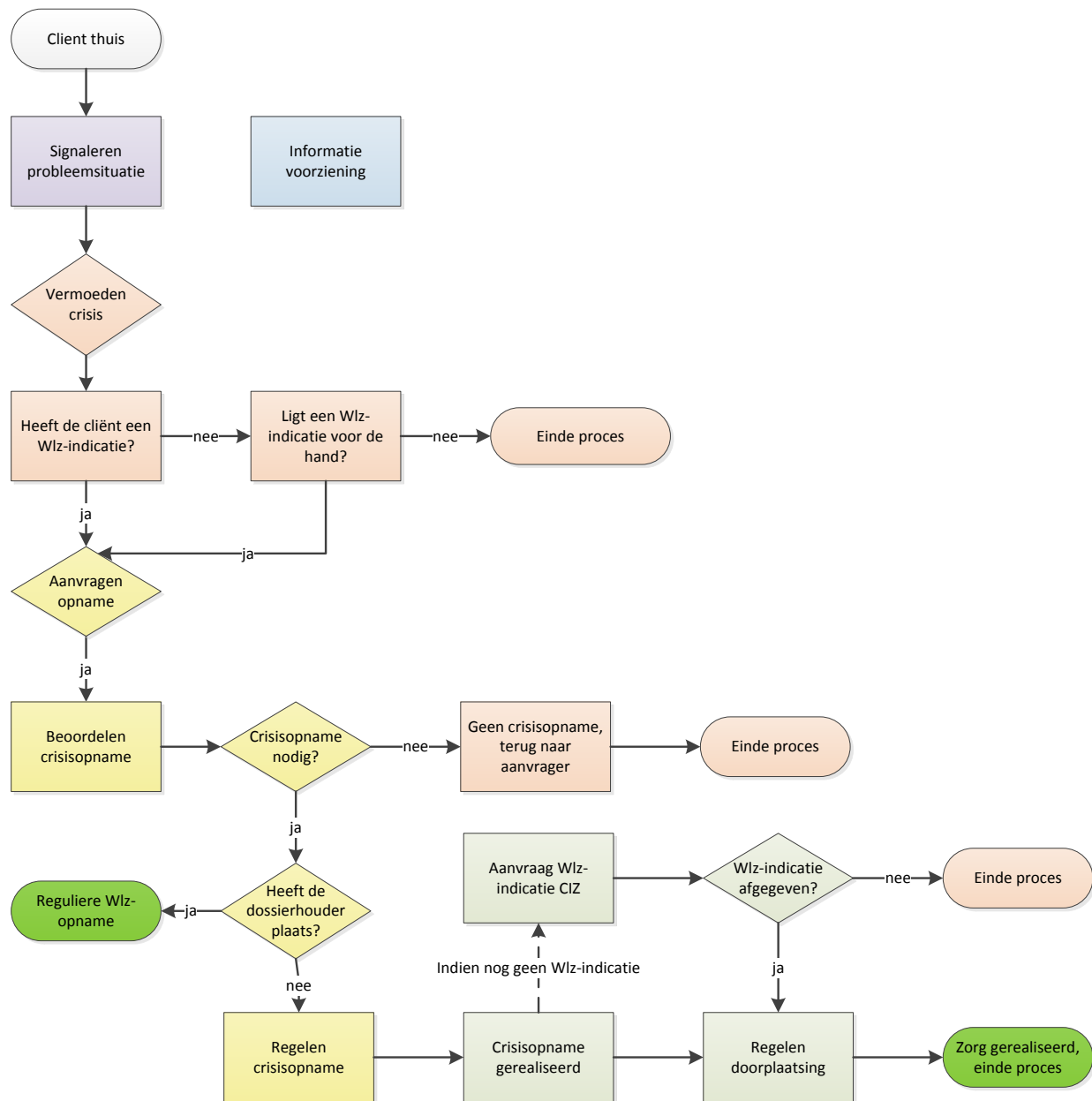
Het CIZ is verantwoordelijk voor:

- het afgeven van een indicatie en eventueel een BOPZ binnen 14 dagen na ontvangst van de aanvraag. Bij een crisisopname kan dat vanwege bijzondere omstandigheden.

De aanbieders die gecontracteerd zijn voor crisiszorg:

- zijn, samen met het zorgkantoor, verantwoordelijk voor het proces voor het realiseren van passende (vervolg)zorg;
- zijn gemandateerd voor het beoordelen en plaatsen van crisissituaties;
- garanderen (zelfstandig of in de vorm van regionale samenwerking) 7x24 uren bereikbaarheid voor intake (aanmeldingen) en opnamen.

## 15.2 Processchema crisisopname V&V en GZ



### 15.3 Processtappen crisissituatie V&V

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Cliënt thuis	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt.	-	Medisch: Huisarts (thuis)
Signaleren probleemsituatie	De huidige situatie wordt als probleem ervaren.	Cliënt, mantelzorg, familie, Huisarts, Zorgaanbieder, Ondersteuners	Medisch: Huisarts (thuis)
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: * Criteria crisisopname * Proces & procedure * Mogelijkheden m.b.t. te volgen stappen en alternatieven * Dossierhouderschap * Beschikbare plaatsen.	Zorgkantoor	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie wordt bepaald of crisisopname de meest passende optie is.	Huisarts	Huisarts
Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De huisarts zoekt met de cliënt, mantelzorg en/of wijkverpleging uit of de cliënt een geldige Wlz-indicatie heeft.	Huisarts, cliënt, familie, mantelzorg, wijkverpleegkundige	Huisarts
Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	De huisarts schat in of de cliënt voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt. Zo ja, opstarten aanvraag crisisopname Wlz .  Zo nee, einde proces voor routing crisisopname Wlz.	Huisarts (in samenspraak met betrokken wijkverpleegkundige)	Huisarts
Einde proces	De huisarts zorgt voor een passend alternatief. Bijvoorbeeld herstel gerichte zorg (Zvw) of respijtzorg (Wmo). De huisarts kan in dat geval de verzekeraar van de cliënt of de gemeente benaderen.	Huisarts	Huisarts

Beslismoment: aanvragen crisisopname	Opname wordt aangevraagd bij een zorgaanbieder die gecontracteerd is voor crisisplaatsing. Vooraf checkt de aanvrager een aantal geldende criteria. Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op een wachtlijst voor opname? Dan wordt contact opgenomen met de deze zorgaanbieder (dossierhouder) <sup>59</sup> .	Huisarts, Huisartsenpost, Spoed Eisende Hulp	Huisarts
Beoordelen crisisopname	Op grond van de criteria voor crisisopname beoordeelt de aanbieder waar de cliënt wordt aangemeld, of werkelijk sprake is van crisisopname.	Specialist ouderengeneeskunde (SOG); verlengde arm constructie mogelijk	Zorgaanbieder van crisisplaats
Beslismoment: crisisopname nodig?	De SOG beslist of er daadwerkelijk sprake is van een crisissituatie (eerste moment van aanmelding).	SOG	Zorgaanbieder van crisisplaats
Geen crisisopname, terug naar aanvrager	Beoordeelt de SOG dat er géén sprake is van crisisopname conform de Wlz, dan wordt de aanvraag teruggelegd bij de huisarts.	SOG	Huisarts
Einde proces: Geen crisisopname	Wordt crisisopname door de huisarts niet als meest adequate oplossing gezien? Dan valt verder verloop buiten scope. De huisarts is verantwoordelijk voor het organiseren van passende zorg via de Wmo of Zvw.	Huisarts	Huisarts
Wel crisisopname: heeft de dossierhouder plaats?	Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling? Dan is er een dossierhouder. Heeft deze instelling plaats en een productie afspraak voor crisisopname, dan kan de cliënt daar worden opgenomen.	Zorgaanbieder crisiszorg	Dossierhouder en zorgaanbieder van crisisplaats
Reguliere opname	Is er direct plaats bij de dossierhouder? Dan is er sprake van een reguliere opname en is er feitelijk geen sprake van crisisopname. Kan de cliënt niet binnen de geldende termijn worden geplaatst bij de dossierhouder? Dan zoekt deze	Dossierhouder	Dossierhouder

<sup>59</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging. Zo nodig kan het zorgkantoor hierover adviseren.

	contact met het zorgkantoor voor zorgbemiddeling naar een tijdelijk andere instelling.		
Regelen crisisopname	Is er geen dossierhouder bekend (omdat het om een nieuwe Wlz-cliënt gaat) of heeft de dossier-houder geen passende plaats beschikbaar? Dan wordt er een crisisopname geregeld. Dit wordt gedaan door een aanbieder die gecontracteerd is voor crisisplaatsing.	Zorgaanbieder crisiszorg	Zorgaanbieder crisiszorg
Crisisopname gerealiseerd	De cliënt is opgenomen bij een aanbieder van crisiszorg.	Zorgaanbieder crisiszorg	Zorgaanbieder crisiszorg
Geen geldige Wlz-indicatie: aanvraag Wlz-indicatie bij CIZ	Uiterlijk de eerste werkdag na opname wordt direct een Wlz-indicatie aangevraagd bij het CIZ.	Zorgaanbieder crisiszorg	Zorgaanbieder crisiszorg
Beslismoment: positief indicatiebesluit voor Wlz-zorg	Het CIZ geeft een indicatie voor Wlz-zorg af. Dit besluit wordt via het iWz-berichtenverkeer naar de ingevulde 'voorkeuraanbieder' gestuurd. Is de feitelijke voorkeuraanbieder van de cliënt opgenomen in het indicatiebesluitbericht én is dit niet de crisiszorgaanbieder? Dan neemt de voorkeuraanbieder (dossier-houder) contact op met de crisiszorgaanbieder om reguliere plaatsing te regelen. Is in het indicatiebesluit niet de feitelijke voorkeuraanbieder van de cliënt gevuld maar de aanvragende crisiszorgaanbieder? Dan stemt die af met de voorkeuraanbieder van de cliënt en draagt de zorgtoewijzing zelf direct over. Heeft de cliënt nog geen voorkeuraanbieder en hulp nodig bij het maken van een keuze? Dan neemt de crisiszorgaanbieder contact op met het zorgkantoor voor bemiddeling.	CIZ	Zorgaanbieder crisiszorg
Beslismoment: geen/negatief	Wordt er, ondanks inschatting van de huisarts en de SOG, geen Wlz-	Zorgaanbieder crisiszorg/ huisarts	Zorgaanbieder crisiszorg

indicatiebesluit voor Wlz-zorg	indicatie afgegeven door het CIZ? Dan zijn de zorgaanbieder van crisiszorg en de huisarts samen verantwoordelijk voor het regelen van een passend alternatief, via de Wmo en/of Zvw. Einde proces.		
Regelen doorplaatsing	De cliënt heeft al een indicatie of krijgt gedurende de crisisopname een indicatie, waardoor een dossierhouder ontstaat. De dossierhouder organiseert, samen met het zorgkantoor, passende vervolgzorg.	Dossierhouder	Dossierhouder
Vervolgzorg gerealiseerd, einde proces	De cliënt heeft vervolgzorg. Einde proces.	Zorgaanbieder/ dossierhouder	Zorgaanbieder/ dossierhouder

### 15.3.1 Rollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

#### *Clïent of vertegenwoordiger van de cliënt*

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

#### *Thuiszorg (als de cliënt al thuiszorg krijgt vanuit Wlz of Zvw)*

- is 24 uur per dag bereikbaar voor het inzetten van aanvullende zorg in de thuissituatie;
- stelt alle relevante gegevens van de cliënt beschikbaar bij een crisisaanvraag of -opname<sup>60</sup>;
- regelt passende zorg in de thuissituatie als de cliënt niet in aanmerking komt voor crisisopname.

#### *Huisarts (Huisartsenpost en spoedeisende hulp)*

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

#### *Dossierhouder*

- is de voorkeuraanbieder voor opname. Dit kan ook de crisiszorgaanbieder zijn. Heeft de cliënt geen voorkeuraanbieder, dan is de crisiszorgaanbieder de dossierhouder tot het moment dat de cliënt een voorkeuraanbieder kiest. Voor de keuze van een voorkeuraanbieder kan de crisiszorgaanbieder ook contact opnemen met het

<sup>60</sup> Hiermee worden ook de gegevens van de zorg bedoeld als de cliënt onder de Wmo of Zvw valt.

zorgkantoor. In overleg met de cliënt en de crisiszorgaanbieder bemiddelt het zorgkantoor naar een passende voorkeuraanbieder;

- heeft zorgplicht richting de cliënt zoals zorgkantoren die door de overeenkomst met de aanbieder zijn overeengekomen. Vanuit deze optiek dient de dossierhouder te handelen en te voorkomen dat een crisisopname noodzakelijk is;
- bekijkt als eerste of hij de cliënt kan opnemen op een regulier bed. Is dit niet mogelijk, dan meldt hij de cliënt aan bij de zorgaanbieder waar crisisbedden beschikbaar zijn (V&V) of regisseur crisisopname (GZ);
- is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van alle relevante gegevens van de cliënt die hij heeft aan de crisiszorgaanbieder bij crisisopname;
- is verantwoordelijk voor het regelen van vervolgzorg<sup>61</sup> (juiste plaatsing) na crisisopname. Het dossierhouderschap stopt dus niet bij crisisplaatsing. En neemt, als partijen er onderling (samen) niet uitkomen, contact op met het zorgkantoor voor zorgbemiddeling. Verlenging van de crisisopname kan alleen in overleg met het zorgkantoor.
- V&V: regelt vervolgzorg binnen een termijn van 2 weken vanaf opnamedatum met mogelijkheid tot eenmalige verlenging van maximaal 2 weken.
- GZ: regelt vervolgzorg binnen een termijn van 6 weken vanaf opnamedatum met mogelijkheid tot eenmalige verlenging van maximaal 6 weken;
- is niet verantwoordelijk voor de (medische) zorg bij een crisiszorgaanbieder buiten zijn organisatie.

#### *Zorgaanbieder crisisopname*

- beoordeelt inhoudelijk of het om een crisisopname gaat. Is voor crisisaanmeldingen een (centraal) coördinatiepunt ingericht, dan voert de regisseur crisisopname (crisiscoördinator) deze inhoudelijke beoordeling uit;
- komt de cliënt niet in aanmerking voor crisisopname onder de Wlz, dan legt hij de verantwoordelijkheid terug bij de huisarts of aanmelder van de crisissituatie om passende zorg in de thuisituatie te regelen;
- is er een Wlz-indicatie aanwezig en staat de cliënt al op een wachtlijst voor opname bij een Wlz-instelling, dan neemt de crisiszorgaanbieder contact op met de dossierhouder;
- neemt, als crisisopname noodzakelijk is, de cliënt van de huisarts of dossierhouder over;
- plaatst de cliënt binnen 24 uur op een crisisbed binnen de eigen organisatie of bemiddelt de cliënt door naar een andere crisiszorgaanbieder;
- houdt een registratie bij dat binnen 24 uur na eerste melding er een crisisbed beschikbaar is en dat de crisisopname binnen 24 uur na eerste melding heeft plaatsgevonden;
- legt in de overeenkomst de duur van de crisisopname vast en bespreekt dit met de cliënt of zijn vertegenwoordiger;
- inventariseert of een Wlz-indicatie en eventueel BOPZ<sup>62</sup> aanwezig is. Is deze niet aanwezig is, dan wordt die op de eerst volgende werkdag via de spoedprocedure

<sup>61</sup> Vervolgzorg bestaat veelal uit doorplaatsing naar een regulier bed maar kan in uitzonderlijke gevallen ook zorg thuis zijn

<sup>62</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging. Indien nodig kan het zorgkantoor hierover adviseren.

aangevraagd bij het CIZ. Dit gebeurt op basis van de criteria bijzondere omstandigheden;

- declareert de kosten van crisisopname bij de gemeente en/of zorgverzekeraar als het CIZ geen Wlz-indicatie afgeeft. Is er een Wlz-indicatie (per opnamedatum) dan wordt de zorg gedeclareerd bij het zorgkantoor;
- maakt een melding aanvang zorg aan bij opname op een crisisbed;
- bewaakt dat de cliënt maximaal 2 weken op het crisisbed verblijft. Is er geen reguliere vervolgplaats beschikbaar dan wordt ondersteuning of hulp van het zorgkantoor gevraagd;
- stelt de eventuele dossierhouder op de hoogte van de crisisopname en bewaakt dat dossierhouder vervolgzorg regelt (regulier bed). Dit gebeurt in onderling overleg. De crisiszorgaanbieder geeft de dossierhouder zorg-, behandel- en/of begeleidingsadvies mee;
- maakt mutatiebericht aan naar het zorgkantoor bij overplaatsing naar een andere aanbieder;
- meldt lege crisisbedden aan het zorgkantoor in het kader van de verantwoording.

#### Zorgkantoren

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

## 15.4 Processtappen crisissituatie GZ

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

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

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Clïent thuis	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt.	-	Medisch: Huisarts
Signaleren probleemsituatie	De huidige situatie wordt als probleem ervaren.	MEE, Netwerk van de cliënt, Huisarts, Zorgaanbieders (zoals VG, begeleid wonen,	Medisch: Huisarts Psychiater



		thuiszorg) of aan Jeugdwet- gerelateerde instanties	
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: * Criteria crisisopname * Proces & procedure * Dossierhouderschap * Beschikbare plaatsen	Zorgkantoor	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie wordt bepaald of crisisopname de meest passende optie is.	Aanmelder <sup>63</sup>	Aanmelder
Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De aanmelder zoekt met de cliënt en eventueel met iemand uit het directe netwerk van de cliënt uit of de cliënt een geldige Wlz-indicatie heeft. Mogelijk heeft de cliënt deze nog niet maar ligt dit wel voor de hand.	Aanmelder, cliënt, mantelzorger	Aanmelder
Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	De aanmelder (met regionale regisseur crisisopname of aanbieder) schat in of de cliënt voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt. Alleen dan kan er een aanvraag voor opname onder de Wlz gedaan worden. Anders einde proces.	Aanmelder	Aanmelder
Einde proces	Bij einde proces zorg de aanmelder voor een passend alternatief. Mogelijk komt de cliënt in aanmerking voor op herstel gerichte zorg (Zvw) of respijtzorg (Wmo). Is er sprake van spoed dan neemt de aanmelder contact op met de regionale regisseur crisisopname die contact en afspraken heeft met gemeenten en zorg-verzekeraars.	Aanmelder	Aanmelder
Beslismoment: aanvragen crisisopname	Een crisisplaats wordt aangevraagd bij de regionale regisseur crisisopname (partij die spoedcoördinatie tot taak heeft). Vooraf checkt de aanmelder een aantal geldende criteria voor aanvraag van een crisisplaats <sup>64</sup> .	Aanmelder	Aanmelder
Beoordelen crisisopname	Op grond van vooraf vastgestelde criteria wordt beoordeeld of werkelijk sprake is van crisisopname Wlz en daarmee recht op een crisisplaatsing.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Beslismoment: crisisopname?	De regionale regisseur crisisopname VG beslist op basis van de beoordeling of er daadwerkelijk sprake is van spoed en daarmee aanspraak op een crisisplaats.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Terug naar aanmelder	Is er geen sprake van een crisisopname conform de geldende criteria voor de Wlz? Dan wordt de aanvraag teruggelegd bij de aanmelder.	Aanmelder	Aanmelder

<sup>63</sup> Een aanmelder is altijd een professionele hulpverlener.

<sup>64</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging. Indien nodig kan het zorgkantoor hierover adviseren.

Einde proces: geen crisisopname	Wordt een Wlz-crisisopname niet als meest adequate oplossing gezien, dan valt verder verloop buiten scope. De aanmelder (professionele hulpverlener) heeft de verantwoordelijkheid om een adequaat alternatief te verzorgen.	Aanmelder	Aanmelder
Beslismoment: heeft de dossierhouder plaats?	Wordt de cliëntsituatie beoordeeld als een crisissituatie én staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling? Dan is er een dossierhouder. Heeft deze instelling plaats en een productie afspraak voor crisisopname, dan kan de cliënt daar regulier worden opgenomen. Dit op voorwaarde dat passende zorg kan worden geboden.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Reguliere opname	Heeft de voorkeuraanbieder een passende plaats beschikbaar, dan vindt reguliere opname plaats.	Dossierhouder	Dossierhouder
Regelen crisisopname	Is er nog geen dossierhouder of heeft deze geen passende plaats beschikbaar? Dan wordt een crisisopname geregeld bij een crisiszorg-aanbieder. De logistieke afstemming en uitvoering over de opname ligt bij de aanmelder en de crisiszorgaanbieder, waarover de regionale regisseur wordt geïnformeerd.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Crisisopname gerealiseerd	Het fysiek opnemen van de cliënt bij de crisiszorg-aanbieder.	Zorgaanbieder crisisopname	Betrokken behandelaar of hulpverlener
Geen geldige Wlz-indicatie: aanvraag Wlz-indicatie bij CIZ	Uiterlijk de eerste werkdag na opname wordt direct een Wlz-indicatie aangevraagd bij het CIZ.	Zorgaanbieder crisiszorg	Zorgaanbieder crisiszorg
Beslismoment: positief indicatiebesluit voor Wlz-zorg	Het CIZ geeft een indicatie voor Wlz-zorg af. Dit besluit wordt via het iWz-berichtenverkeer naar de ingevulde 'voorkeuraanbieder' gestuurd. Is de feitelijke voorkeuraanbieder van de cliënt opgenomen in het indicatiebesluitbericht én is dit niet de crisiszorgaanbieder? Dan neemt de voorkeur-aanbieder (dossierhouder) contact op met de crisiszorg-aanbieder om reguliere plaatsing te regelen. Is in het indicatiebesluit niet de feitelijke voorkeur-aanbieder van de cliënt gevuld maar de aanvragende crisiszorgaanbieder? Dan stemt die af met de voorkeur-aanbieder van de cliënt en draagt de	CIZ	Zorgaanbieder crisiszorg

	zorgtoewijzing zelf direct over. Heeft de cliënt nog geen voorkeuraanbieder en hulp nodig bij het maken van een keuze? Dan neemt de crisiszorgaanbieder contact op met het zorgkantoor voor bemiddeling.		
Beslismoment: geen/negatief indicatiebesluit voor Wlz-zorg. Einde proces	Wordt er, ondanks de inschatting van de regionale regisseur, geen Wlz-indicatie afgegeven? Dan is de crisiszorgaanbieder in samenspraak met de aanmelder verantwoordelijk voor het regelen van een passend alternatief via de Wmo en/of Zvw.	Zorgaanbieder crisiszorg, huisarts	Zorgaanbieder crisiszorg
Regelen doorplaatsing	De cliënt heeft al een indicatie of krijgt gedurende de opname een indicatie, waardoor een dossierhouder ontstaat. De dossierhouder organiseert, samen met het zorgkantoor, passende vervolgzorg. Eventueel noodzakelijke verlenging van de crisisopname wordt afgestemd met de regisseur crisisopname.	Dossierhouder	Dossierhouder
Vervolgzorg gerealiseerd, einde proces	De cliënt heeft vervolgzorg. Einde proces.	Zorgaanbieder/ dossierhouder	Zorgaanbieder/ dossierhouder

#### 15.4.1 Rollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

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

##### *Clïent of vertegenwoordiger van de cliënt*

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

##### *Aanmelder crisisopname GZ*

- zorgt dat de regisseur crisisopname alle benodigde informatie heeft om de beoordeling van de crisissituatie adequaat te kunnen uitvoeren. Hij verzorgt ook de coördinatie;

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

#### *Regisseur crisisopname GZ*

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

#### *Zorgaanbieder crisisopname*

- neemt, als opname noodzakelijk is, de cliënt van de aanmelder of dossierhouder over op verwijzing door de regisseur crisisopname;
- plaatst de cliënt binnen 48 uur op een crisisbed binnen de eigen organisatie of neemt opnieuw contact op met de regisseur crisisopname als dit niet mogelijk is;
- legt in de overeenkomst de duur van de crisisopname vast en bespreekt dit met de cliënt of zijn vertegenwoordiger én informeert de aanmelder en de regisseur hierover;

- vraagt op aanwijzing van de regisseur crisisopname, als de cliënt nog geen Wlz-indicatie heeft, deze op de eerst volgende werkdag aan bij het CIZ via de spoedprocedure. Dit gebeurt op basis van de criteria bijzondere omstandigheden, met ingang van de opnamedatum;
- maakt een melding aanvang zorg aan bij opname;
- bewaakt dat de cliënt maximaal 6 weken op het crisisbed verblijft. Ontstaan er bij het regelen van vervolgzorg problemen dan kan de regionale regisseur crisisopname worden betrokken;
- bewaakt dat de dossierhouder of aanmelder vervolgzorg regelt. Als hier problemen ontstaan, dan wordt de regisseur betrokken;
- geeft een behandel- en/of begeleidingsadvies aan de vervolg aanbieder;
- maakt een mutatiebericht aan naar het zorgkantoor bij overplaatsing naar een andere aanbieder;
- meldt lege crisisbedden aan regionale regisseur in het kader van de verantwoording;
- declareert de kosten bij de gemeente en/of zorgverzekeraar als het CIZ geen Wlz-indicatie afgeeft. Wordt er wel een Wlz-indicatie afgegeven, dan declareert de zorgaanbieder bij het zorgkantoor.

# 16. Bijlage J: Regeling Meerzorg

## 16.1 Advies meerzorg van het CIZ

Het CIZ kan bij de indicatiestelling aangeven dat er mogelijk sprake is van meerzorg<sup>65</sup>. Dit advies van het CIZ is niet bindend<sup>66</sup> maar is een handvat bij de aanvraag en beoordeling van meerzorg.

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

## 16.2 Aanvraag meerzorg intramuraal

*Processtappen voor zorgaanbieder bij aanvraag intramurale meerzorg:*

- bent u de aanbieder waar een cliënt verblijft? Dan kunt u voor de cliënt meerzorg aanvragen bij het zorgkantoor dat uw organisatie heeft gecontracteerd;
- treedt u als zaakwaarnemer (eerste aanspreekpunt) op voor de cliënt in de procedure meerzorg? Regel dit dan vooraf goed met de cliënt of zijn vertegenwoordiger en leg dit vast in het zorgplan. Dit voorkomt bij eventuele gerechtelijke procedures onduidelijkheden;
- gebruik het aanvraagsjabloon meerzorg intramuraal (lees de invulinstructie zorgvuldig)<sup>67</sup>;
- vul de startdatum van de meerzorg op het aanvraagsjabloon in met de datum van aanvraag. Dit op voorwaarde dat meerzorg op dat moment ook wordt geleverd. Start de meerzorg later dan de aanvraagdatum, dan moet de ingangsdatum van hierop worden aangepast. Een aanvraag met startdatum in het verleden is niet mogelijk;
- houd er rekening mee dat de ingangsdatum van een beschikking voor meerzorg ook bepaald wordt door de datum dat de aanvraag compleet en juist is ingediend bij het zorgkantoor;
- vul de tabbladen motivatie (waarom is er sprake van extreme zorgbehoefte en wat is daar tot nu toe aan gedaan), doelen en berekening (woonzorg, dagbesteding of

<sup>65</sup> Het CIZ geeft informatie over meerzorg in het indicatiebesluit alleen mee als er bij een cliënt sprake is van (non)invasieve beademing of van ernstige VG problematiek in combinatie met ernstige somatische (medische) problematiek.

<sup>66</sup> Het CIZ weegt de mogelijkheden van de sociale omgeving niet mee in de besluitvorming.

<sup>67</sup> Het aanvraag sjabloon meerzorg, de rekenmodule en het formulier verantwoord worden gepubliceerd op de website van het regionale zorgkantoor.

behandeling) uit dit aanvraagsjabloon goed en volledig in. Zonder deze informatie neemt het zorgkantoor een aanvraag niet in behandeling. De zorgaanbieder krijgt dan wel de gelegenheid om de aanvraag aan te vullen binnen een door het zorgkantoor gestelde termijn (zie artikel 4.5, Awb);

- houd er rekening mee dat voor de sector V&V en GGZ maximaal 40 uur per week meerzorg kan worden aangevraagd, bovenop het gemiddelde aantal uren uit het zorgprofiel. Deze grens geldt niet voor de GZ;
- stuur de aanvraag via het VECOZO notitieverkeer naar het zorgkantoor;
- het zorgkantoor neemt de aanvraag alleen in behandeling als deze compleet is ingediend (een volledig ingevuld sjabloon en een goede motivatie met beschrijving van doelen die gericht zijn op de extreme zorgzwaarte);
- het zorgkantoor neemt binnen 8 weken een besluit bij een volledig ingediende aanvraag. Dit wordt berekend vanaf de ontvangstdatum van een volledig ingediende aanvraag. Het zorgkantoor voorziet het besluit van een datum van dagtekening en stuurt dit naar de aanvragende zorgaanbieder. In het besluit staat of de aanvraag voldoet aan de formele en financiële criteria (zie 3.3.3) en of de aanvraag akkoord is of wordt afgewezen. Het kan zijn dat een aanvraag akkoord is maar dat nog aan enkele voorwaarden moet worden voldaan. Deze voorwaarde(n) wordt dan beschreven in het besluit, inclusief de eventuele gevolgen voor een nieuwe aanvraag. Een voorwaarde kan bijvoorbeeld zijn dat binnen een half jaar een andere zorgverlener moet worden ingezet met meer specifieke expertise. Het zorgkantoor toetst na deze periode of aan deze voorwaarde is voldaan;
- is er alleen sprake van somatische problematiek dan voert het zorgkantoor zelf de inhoudelijke beoordeling uit binnen 8 weken. Via het aanvraagsjabloon wordt beoordeeld of er sprake is van extreme zorgbehoefte. Via het plan van aanpak wordt beoordeeld of de zorg wordt geoptimaliseerd én of de voorgestelde uren redelijk en billijk zijn. Voor een adequate beoordeling kan het zorgkantoor aanvullende vragen stellen of op huisbezoek gaan bij de cliënt;
- is er sprake van (ernstig) probleemgedrag<sup>68</sup>, dan ligt de zorginhoudelijke beoordeling niet bij het zorgkantoor maar bij het CCE. Vraag binnen 2 weken, ná akkoord van het zorgkantoor, zorginhoudelijk advies aan bij het CCE.
- Voeg bij de aanvraag voor het CCE: het aanvraagformulier CCE, de toestemming van het zorgkantoor<sup>69</sup>, het volledig ingevulde aanvraagsjabloon, het ondertekende individuele zorgplan<sup>70</sup> én actuele rapportage (maximaal 1 jaar oud) waaruit de gedragsproblematiek blijkt;
- controleer of alle informatie die het CCE nodig heeft compleet en volledig is. Is dit niet het geval, dan is het CCE niet verantwoordelijk voor het overschrijden van de adviestermijn;
- het zorgkantoor heeft in de situatie dat het CCE wordt ingeschakeld, 8 weken langer de tijd om een besluit te nemen op de aanvraag. De totale beoordelingsperiode is dan in

<sup>68</sup> Aan een reguliere, zorginhoudelijke toetsing door het CCE zijn kosten verbonden. Deze kosten zijn voor de zorgaanbieder. Het tarief wordt jaarlijks vastgesteld en is op te vragen bij het CCE of zorgkantoor.

<sup>69</sup> Vooraf akkoord van het zorgkantoor geldt ook bij een hernieuwde aanvraag (herhaling);

<sup>70</sup> Het individuele zorgplan (behandelplan, ondersteuningsplan, leefplan) moet door de cliënt of zijn vertegenwoordiger én de zorgaanbieder zijn getekend.

principe 16 weken. Kan het zorgkantoor de beoordeling niet binnen 8 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);

- bereid het toetsingsgesprek van het CCE goed voor en organiseer tijdig een bezoek aan de cliënt. Zorg dat bij het toetsingsgesprek minimaal aanwezig zijn: een gedragskundige, manager, persoonlijk begeleider wonen cliënt (vertegenwoordiger), een persoonlijk begeleider dagbesteding en eventueel andere disciplines zoals een arts;
- bewaak dat het conclusieformulier door het CCE wordt opgestuurd (het CCE stuurt dit naar de zorgaanbieder). Het CCE kan bij de inhoudelijke beoordeling besluiten het aantal uren bij te stellen. Controleer het conclusieformulier hierop. Stuur het conclusieformulier en eventueel bijgesteld sjabloon via VECOZO naar het zorgkantoor;
- het zorgkantoor beoordeelt of de meerzorg aanvraag wordt toegekend, na ontvangst van het conclusieformulier van het CCE. Zo ja voor welke hoogte, vanaf wanneer en voor welke periode (afhankelijk van de problematiek maximaal 1, 2 of 3 jaar). De beoordeling door het zorgkantoor gebeurt in principe binnen 8 weken, dit is inclusief de beoordeling door het CCE. Het zorgkantoor kan aanvullende vragen stellen;
- het zorgkantoor legt het besluit vast in een beschikking. Bij een negatieve beschikking geeft het zorgkantoor een inhoudelijke en juridische onderbouwing;
- leg de beschikking, met CCE advies, vast in het persoonlijk zorgplan van de cliënt. Informeer de cliënt over de inhoud van de beschikking en zorg dat deze altijd inzichtelijk is voor de cliënt en het zorgkantoor;
- leg, samen met de cliënt, in het persoonlijk zorgplan vast welke - aanvullende – zorg vanuit het budget meerzorg wordt betaald;
- het zorgkantoor kan, gedurende de looptijd van de beschikking, vragen om een evaluatie. Houd hier rekening mee;
- vraag verlenging van meerzorg altijd 12 weken voor het verlopen van de beschikking aan bij het zorgkantoor. Voor een verlenging worden de reguliere processtappen opnieuw doorlopen. Wordt een verlenging te laat ingediend dan kan dit gevolgen hebben voor de continuïteit van de zorg. De zorgaanbieder is hier, samen met de cliënt, verantwoordelijk voor;
- voeg aan een aanvraag voor verlenging altijd een evaluatie van de inzet van de extra middelen toe en een evaluatie van de tot dan toe bereikte doelen (kritische reflectie/voorgangsrapportage). Wijken de aangevraagde uren af, onderbouw deze afwijking dan in de aanvraag;
- loopt er een (actief) consultatietraject van het CCE als meerzorg verlengd moet worden? Dan kan het CCE direct beoordelen of zij nog een aparte toetsing ter plaatse moeten doen of dat er al voldoende zicht is op de cliëntsituatie om zo een advies af te geven;
- meld een relevante wijziging in het zorgplan of de persoonlijke omstandigheden van de cliënt zo snel mogelijk bij het zorgkantoor via het VECOZO notitieverkeer. Het zorgkantoor beslist op basis van deze informatie of een nieuwe beoordeling voor meerzorg noodzakelijk is;



- declareer de NZa-prestatie meerzorg bij het zorgkantoor (binnen de duur van de beschikking). Daarvoor wordt het beschikbare budget omgerekend naar een tarief per dag voor de cliënt<sup>71</sup>;
- zorg dat (bij een materiële controle) altijd verantwoordt kan worden op welke wijze de extra financiële middelen zijn ingezet voor de individuele cliënt;
- teken, bij bezwaar op de beschikking, namens de cliënt binnen 6 weken na dagtekening bezwaar aan tegen de beschikking (zie J.4).

#### *Onderwerpen toetsingsgesprek CCE*

Gespreksthema's voor het toetsingsgesprek met het CCE:

- de cliënt en zijn zorgvraag voor meerzorg;
- vertaling van de zorgvraag van de cliënt naar een passend perspectief en bijbehorende doelen, interventies en dagprogramma(s);
- bijbehorende inzet van mensen, middelen en methodieken;
- het meten van voortgang en realisatie van doelen en van effectiviteit uitgevoerde therapieën en interventies;
- aanpassen van het zorgplan op basis van multidisciplinaire overleggen (MDO's), evaluaties, effectmetingen of cliëntwaardering.

#### *Welke inhoudelijke toetsing voert het CCE uit?*

Het CCE legt in het conclusieformulier vast of:

- er sprake is van een extreme zorgbehoefte bij de cliënt;
- er een kwalitatief goed zorgplan aanwezig is bij de cliënt met bijpassende randvoorwaarden;
- er sprake is van een correcte vertaling van het zorgplan in het sjabloon Aanvraag meerzorg;
- de aangevraagde uren meerzorg redelijk en billijk zijn;
- er, bij een hernieuwde aanvraag, op systematische wijze aan doelen wordt gewerkt.

Stelt het CCE vast dat aan alle inhoudelijke vragen is voldaan, dan geeft het zorgkantoor in principe akkoord op de aanvraag.

Is er sprake van extreme zorgbehoefte maar kan de zorgaanbieder niet voldoen aan een of meer van de overige vragen? Dan gaat het zorgkantoor in gesprek met de zorgaanbieder. Kan de zorgaanbieder definitief niet aan (een of meer van) deze voorwaarden voldoen, dan wordt de cliënt overgeplaatst naar een andere zorgaanbieder die dat wel kan.

#### *Wat speelt een rol in het bepalen van de hoogte van een meerzorg budget?*

- karakteristieken van het zorgprofiel (mate van begeleiding, psychosociaal functioneren, motorisch functioneren, verzorging, verpleging, probleemgedrag, sociale redzaamheid en mobiliteit);
- taxaties van risico's en veiligheid voor de individuele cliënt op het gebied van gedragsmatige zorg, medische zorg en/of cliëntveiligheid;

<sup>71</sup> Volg bij afwezigheidsdagen ook de daarvoor geldende NZa beleidsregel.

- de fase van het behandeltraject waarin de cliënt zich bevindt: stabilisatie of crisis voorkomen, consolidatie of participatie.

### 16.3 Aanvraag meerzorg MPT, MPT met PGB of VPT

Andere processtappen voor zorgaanbieder bij aanvraag meerzorg thuis

- gebruik het intramurale aanvraagsjabloon voor een aanvraag meerzorg VPT;
- bij een aanvraag meerzorg VPT geldt dat de aanbieder die het VPT levert, verantwoordelijk is voor de aanvraag meerzorg. Deze zorgaanbieder is ook verantwoordelijk voor de coördinatie van de (meer)zorg aan de cliënt;
- gebruik het formulier verantwoorde zorg thuis en de rekenmodule meerzorg voor een aanvraag meerzorg MPT (lees de invulinstructie in het aanvraagformulier zorgvuldig);
- volg de aanvraagprocedure PGB als er sprake is van een combinatie MPT met PGB, waarbij de nadruk ligt op PGB. (Voor het MPT gedeelte moet dan ook altijd een rekenmodule worden ingevuld anders heeft het zorgkantoor geen totaal beeld van het budget.) Volg anders de aanvraag procedure MPT;
- spreek bij een aanvraag meerzorg MPT samen met de cliënt af wie de zorg voor de cliënt thuis coördineert en verantwoordelijk is voor de aanvraag meerzorg;
- voor iemand uit de doelgroep Wlz-indiceerbaren, die gebruik maakt van de vangnetregeling, geldt een vereenvoudigde toegang tot meerzorg. Vereenvoudigd houdt in dat meerzorg bij iemand uit deze doelgroep bij elk zorgprofiel kan worden aangevraagd. Geef daarvoor in de AAT aan dat het gaat om ondoelmatige zorg en dat er sprake is van een bijzondere situatie (vul Wlz-indiceerbare). De aanvraag- en beoordelingsprocedure blijven verder gelijk;
- de beschikking voor een aanvraag meerzorg PGB wordt door het zorgkantoor alleen naar de cliënt gestuurd. Een beschikking voor een aanvraag meerzorg MPT wordt altijd naar de aanvragende aanbieder en eventueel ook naar de cliënt gestuurd;
- declareer voor meerzorg thuis de reguliere, extramurale prestaties bij het zorgkantoor.

### 16.4 Bezwaarprocedure

- vanaf dagtekening van de beschikking Meerzorg heeft de cliënt, of de zorgaanbieder namens de cliënt, 6 weken de tijd om bezwaar aan te tekenen tegen de beschikking;
- het zorgkantoor heeft maximaal 21 weken voor het afhandelen van de bezwaarprocedure op voorwaarde dat het bezwaar voorzien is van een uitgebreide onderbouwing. Het zorgkantoor kan het CCE in deze periode vragen om uitvoering van een heroverweging (bij een zorginhoudelijk verschil van inzicht). Het resultaat hiervan wordt meegenomen in de bezwaarprocedure;
- het zorgkantoor hoort de cliënt of zorgaanbieder en maakt hiervan verslag. Het zorgkantoor hoeft de zorgaanbieder niet te horen in situaties zoals beschreven in de wetgeving (zie artikel 7.3 Awb);
- kan het zorgkantoor niet (volledig) tegemoet komen 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 in de situatie dat 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.

## 16.5 Verhuizing

- het zorgkantoor van de regio waar de cliënt woont voert de Wlz uit en is verantwoordelijk voor beoordeling van een meerzorg aanvraag;
- verhuist een cliënt later naar een andere zorgaanbieder, in een andere zorgkantoorregio? Dan beoordeelt de nieuwe zorgaanbieder het zorgplan dat hoort bij de meerzorg beschikking;
- neemt deze zorgaanbieder het zorgplan integraal over? dan blijft het besluit nog maximaal 1 jaar van kracht. Het nieuwe zorgkantoor stuurt dan een nieuwe beschikking naar de nieuwe zorgaanbieder voor de resterende periode. Alle betrokken partijen bevestigen dit op het 'verhuisformulier' uit het sjabloon Aanvraag meerzorg;
- neemt de nieuwe zorgaanbieder het zorgplan niet integraal over? Dan vervalt het besluit en dient deze aanbieder een nieuwe aanvraag meerzorg in bij zijn regionale zorgkantoor.

## 16.6 Proeftuinen meerzorg

Het experiment meerzorg staat in 2018 open voor alle sectoren. Deze uitbreiding geldt voor één jaar. In de sector V&V en GGZ is tot nu toe minimale ervaring opgedaan met meerzorg. Vraag is daarom of het zinnig is om in 2018 met nieuwe werkwijzen te experimenteren óf het onderzoek van de NZa voor aanpassing van de beleidsregel Meerzorg voor 2019 af te wachten. Dit geldt ook voor GZ aanbieders zonder ervaring met meerzorg. Het staat overigens niet ter discussie dat zorgkantoren Wlz-breed willen voortbouwen op de positieve ervaringen uit eerder gestarte proeftuinen in de GZ.

Omdat nog niet duidelijk is hoe de beleidsregel meerzorg 2019 er uit komt te zien, wordt het aanvraagsjabloon meerzorg (inclusief financieel deel) in 2018 gehandhaafd. Dat geldt ook voor het afgeven van een individuele beschikking.

*Algemene uitgangspunten voor het opstarten van een proeftuin in 2018*

Uitgangspunt is:

- dat een zorgaanbieder, het (regionale) zorgkantoor, de cliëntvertegenwoordiging en het CCE zijn betrokken in de proeftuin en zich hebben gecommitteerd;

- dat de start van de proeftuin formeel is bevestigd aan de NZa. Daarvoor wordt een experiment- overeenkomst<sup>72</sup> door betrokken partijen ondertekend die via het zorgkantoor wordt doorgestuurd naar de NZa<sup>73</sup>;
- dat de insteek van de proeftuin kwalitatief is. Daarvoor zijn toetsbare verbeterdoelen geformuleerd;
- dat de nadruk voor de proeftuinen ligt op het inhoudelijke deel: de manier van aanvragen, dialoog voeren en toetsen;
- de cliënt in zijn context. Daarin wordt de stap gezet van smal kijken (beperkt tot de individuele cliënt) naar breder kijken (aandacht voor de wisselwerking tussen de cliënt en zijn context);
- dat het meerzorg budget flexibeler kan worden ingezet. Naast inzet voor extra begeleiding ook gericht op het beter toerusten van medewerkers en verbeteringen van of in de context;
- een gelijkwaardige dialoog voor de betrokken partijen met als doel bevorderen van creativiteit, durf tonen en het stimuleren van een lerende houding;
- een proces met een cyclisch karakter, zodat er een dynamische benadering ontstaat die gericht is op verbetering. Dit moet leiden tot meer methodisch werken via verbeterplannen in de bredere organisatie (hoe omgaan met complexe problematiek, bijvoorbeeld zeer ernstig probleemgedrag) en borging door verbeterlagen direct te integreren in de eigen systematiek van de zorgaanbieder (jaarplan en monitoring). Ook worden inzichten en goede resultaten gedeeld (kennisdeling) zodat van elkaar geleerd kan worden;
- het bereiken van vereenvoudiging in aanvraag en verantwoording tussen zorgaanbieder en zorgkantoor (bij signalering van formeel-administratieve lasten kaarten partijen deze formeel aan bij VWS en de NZa).

*Specifieke voorwaarden voor het opstarten van een context gebonden proeftuin meerzorg*

- beschrijf in het voorstel wat de huidige situatie is en wat de gewenste situatie is;
- beschrijf de doelgroep;
- geef aan hoeveel cliënten betrokken zijn in het voorstel (inclusief BSN en geïndiceerde zorgprofielen);
- breng het reguliere budget in beeld voor de locatie (ZZP formatieberekening, exclusief meerzorg);
- geef in het voorstel aan wat het totale (extra) benodigde budget is en waarvoor dit wordt ingezet;
- geef in het voorstel aan voor welke periode dit extra budget nodig is;
- deel het totaal aangevraagd budget meerzorg door het aantal betrokken cliënten van de locatie. En vraag dit (gelijke) bedrag per individuele cliënt aan. Gebruik daarvoor het huidige aanvraagsjabloon als onderlegger. Bij akkoord van het zorgkantoor zal er per individuele cliënt een beschikking worden afgegeven voor een lumpsum budget;

<sup>72</sup> Experiment-overeenkomst: een tussen een deelnemende zorgaanbieder en een (of meerdere) Wlz-uitvoerders gesloten en door hen ondertekende overeenkomst waarin aard, inhoud en omvang van het door hen te houden experiment proeftuinen meerzorg 2.0 is beschreven.

<sup>73</sup> Aanvraag voor instandlating van een huidige proeftuin moet uiterlijk 12 weken vóór afloop van het experiment ingediend zijn bij de NZa, BG/RG-1764.

- bespreek samen met de cliënt(vertegenwoordiger) hoe de individuele middelen worden ingezet. Leg dit ook vast in de doelen van het zorgplan van de cliënt;
- voer een nulmeting uit op indicatoren zoals MIC meldingen, medicatie afbouw, cliënt tevredenheid, vrijheidsbeperking, verzuim personeel en ziekte personeel;
- werk via (verschillende) dialoog werkvormen met alle betrokken partijen aan het verbeterplan met daarin aandacht voor de gehele context;
- stel het CCE en/of het zorgkantoor uiterlijk 3 maanden voor afloop van de proeftuin, schriftelijk op de hoogte van de ontwikkelingen en behaalde doelen;
- zijn de voorwaarden niet op orde, dan zal een verbetertraject voorgesteld worden;
- verantwoord de inzet van cliënt gebonden uren en niet cliënt gebonden (indirecte) uren apart;
- houd er rekening mee dat het zorgkantoor zowel op groepsniveau als individueel niveau een materiële controle kan uitvoeren.

*Advies voor nieuwe zorgaanbieder(s) die een proeftuin meerzorg willen opstarten in 2018*

- sluit aan bij een proeftuin in de eigen zorgkantoorregio en neem hierover contact op met het regionale zorgkantoor. Spreek met de betrokken partijen in de proeftuin af hoe daarover het gesprek aan te gaan (denk bijvoorbeeld aan een bestuurlijk overleg);
- start een proeftuin alleen op bij enige ervaring en omvang van cliënten met meerzorg;
- start niet meer dan 2 proeftuinen op;
- houd er rekening mee dat hoe het budget mag worden ingezet, alleen geldt voor 2018;
- houd rekening met de evaluatie die de NZa vraagt over de proeftuinen 2018. De inhoud daarvan is nog niet bekend.