



**Bijlage 7 UITVOERING REGELING
MEERZORG 2017**

TEN BEHOEVE VAN DE ZORGINKOOP LANGDURIGE ZORG 2017

Van toepassing op de sectoren GZ, VV en GGZ

Inhoud

I 1. MEERZORGREGELING INTRAMURAAL GZ, GGZ EN VV.	4
I 2. PROCESBESCHRIJVING MEERZORG INTRAMURAAL – REGULIERE PROCEDURE GZ	6
I 3. PROCESBESCHRIJVING MEERZORG INTRAMURAAL – VERKORTE PROCEDURE GZ.....	11
I 4. MEERZORG 2.0 (PROEFTUINEN GZ)	11
I 5. PROCESBESCHRIJVING MEERZORG INTRAMURAAL VV EN GGZ	12
I 6. BIJLAGEN BIJ DEEL I	17
II 1. INLEIDING MEERZORGREGELING THUISWONENDE CLIËNTEN.....	18
II 2. AANVRAAG MEERZORG BIJ PGB	21
II 3. AANVRAAG MEERZORG BIJ MPT.....	25
II 4. AANVRAAG MEERZORG BIJ VPT.....	29
II 5. PERSOONLIJK ASSISTENTIE BUDGET.....	33
II BIJLAGE 1 AANVRAAGSJABLONEN	35
II BIJLAGE 2 ZORGPLAN VOOR THUISWONENDE CLIËNTEN	36
II BIJLAGE 3 VOORWAARDEN WAARAAN AANVRAAG MEERZORG MOET VOLDOEN	37
II BIJLAGE 4 GEBRUIKELIJKE ZORG	38
II BIJLAGE 5 STROOMSCHEMA THUISWONEND II BIJLAGE 5 STROOMSCHEMA THUISWONEND	40

Algemene inleiding Meerzorgregeling GZ, GGZ en VV (bij deel I en II)

Voor u ligt het protocol Uitvoering regeling meerzorg 2017. Het protocol uitvoering regeling meerzorg bestaat net als in 2016 uit twee delen. Deel I voor de intramurale zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie en deel II voor de thuiswonende cliënten met een Wlz-indicatie.

De regeling meerzorg intramurale zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie geldt voor de sectoren GZ, GGZ en VV. In de situatie van thuiswonende cliënten met een aanvraag voor meerzorg, betreft het cliënten die zorg thuis ontvangen via de leveringsvorm VPT, MPT en/of PGB pakket. Het gaat hier om de sectoren GZ en VV.

De zorgkantoren zijn voornemens om voor de GZ sector een vereenvoudigde werkwijze in te voeren geënt op de proeftuinen meerzorg 2.0. Een zorgvuldige invoering staat voorop en daarom gaan de zorgkantoren met betrokken partijen aan de slag om de nieuwe werkwijze te kunnen realiseren. Het protocol Meerzorg 2017 zoals deze nu voorligt, blijft vooralsnog voor de GZ sector gehandhaafd.

Voor alle sectoren geldt dat het protocol ten opzichte van 2016 geen grote wijzigingen kent. In het kader van de administratieve lastenverlichting is voor alle sectoren goed gekeken naar de looptijd en de procedure rondom heraanvragen zowel voor PGB als voor de andere leveringsvormen. Tevens zijn de aanvraagsjablonen voor alle sectoren m.u.v. PGB sterk gewijzigd met het doel ze gebruiksvriendelijker te maken. Het aanvraagsjabloon PGB is niet gewijzigd omdat gebruik wordt gemaakt van het persoonlijk plan. Voor de sector GZ geldt dat de verkorte procedure is komen te vervallen.

In het document wordt meerdere malen gesproken over een complete aanvraag. Om eventuele begripsverwarring te voorkomen: een complete aanvraag betekent een volledig ingevuld Excel aanvraagsjabloon en eventueel een toelichting/bijlagen (zonder CCE advies).

Dit protocol is een bijlage bij de Wlz-overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder m.u.v. de bepalingen over PGB.

I 1 Meerzorgregeling intramuraal GZ, GGZ en VV.

Meerzorg is bedoeld voor cliënten die gezien hun behoefte aan zorg meer zorg nodig hebben dan waarop zij op grond van het best passend profiel recht hebben en daardoor niet uitkomen met de financiering die samenhangt met de Wlz-indicatie die zij hebben. Zorgaanbieders vragen de meerzorg ten behoeve en namens de cliënt aan bij het zorgkantoor.

Met de invoering van de Wlz op 1 januari 2015 staat het recht op meerzorg beschreven in artikel 3.1.1 van het Besluit Langdurige zorg.

1. Een verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket recht heeft, voor zover naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg en:
 - a. de verzekerde krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel:
 - VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, (=5 VG)
 - VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (=7VG)
 - VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging (= 8 VG)
 - LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (= 4 LVG)
 - LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (= 5 LVG)
 - LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum (= 1 SGLVG)
 - LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging (= 5 LG)
 - LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (= 6LG)
 - LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (= 7 LG)
 - ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (= 3 ZGaud), of
 - ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (= 5 ZGvis)
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding. (= VV 7)
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging. (= VV 8)
 - GGZ Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging.(= GGZ 6B)
 - GGZ Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding. (=GGZ 7B).
 - b. de verzekerde op 31 december 2014 recht had op zorgzwaartepakket 5 VG, 7 VG, 8 VG, 4 LVG, 5 LVG, 1 SGLVG, 5 LG, 6 LG, 7 LG, 3 ZGaud of 5 ZGvis, VV 7, VV 8, GGZ 6B of GGZ 7B of
 - c. de behoefte aan zorg tevens bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet- strafrechtelijke forensische psychiatrie¹.
2. Een verzekerde als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, kan slechts recht op de in dat lid bedoelde zorg krijgen indien zijn behoefte aan zorg minimaal 25%² hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt dan wel van het zorgprofiel.

Het protocol gaat in op het proces dat wordt doorlopen van aanvraag tot realisatie van meerzorg. Van groot belang hierbij is de samenwerking met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Het CCE brengt vanuit een onafhankelijke positie advies uit aan de zorgaanbieder en het zorgkantoor over de zorginhoudelijke aspecten

¹NB Indien cliënt een of meerdere toeslagen op een zorgprofiel ontvangt, zoals genoemd in Beleidsregel BR/REG-17138 van NZa, komen deze toeslagen te vervallen zodra de cliënt meerzorg ontvangt.

²Artikel 5.3 lid 3 van de Regeling Langdurige zorg omschrijft enkele doelgroepen waarvoor het is toegestaan om maximaal 25% extra budget voor zorg thuis in te zetten om een verantwoorde thuissituatie te creëren. Samenloop tussen deze toeslag en de meerzorgregeling is niet mogelijk. Op het moment dat meerzorg wordt vastgesteld vervalt de toeslag beschreven in artikel 5.3. RLZ.

van de aanvraag meerzorg. Zorgkantoren zullen hun besluit over meerzorg mede hierop baseren. Het CCE heeft met name expertise op het gebied van gedragsproblematiek. In gevallen waar de problematiek van pure medische aard is, kan het zorgkantoor ervoor kiezen om de aanvraag af te handelen zonder tussenkomst van het CCE.

Voor de vaststelling van de tarieven, wijze van bekostiging en registratie- en declaratieregels in 2017 wordt verwezen naar de relevante vigerende beleidsregels 2017 die te vinden zijn op de website van de NZa.

I 2. Procesbeschrijving meerzorg intramuraal– reguliere procedure GZ

Toelichting

Vanuit de vierhoek CCE/Cliëntorganisaties/VGN en de Zorgkantoren is het de wens om het huidige protocol Meerzorg voor de Gehandicaptenzorg volledig te hervormen.

De kwaliteit van zorg moet voorop staan en wij willen de beweging stimuleren dat zorgaanbieders zich hierin lerend opstellen en dat de cliënten/verwanten daarbij worden betrokken.

Wij willen af van het sjabloon dat gebaseerd is op 1 op 1 zorg en wat vooral gaat om de uren. Tevens willen wij de administratieve lasten terugbrengen en de procedure versimpelen.

De stip op de horizon is een regeling te hebben met daarin de resultaten verwerkt die uit de proeftuinen komen.

Het protocol Meerzorg 2017 zoals deze nu voorligt, blijft vooralsnog voor de GZ sector gehandhaafd. De partijen in de vierhoek willen het jaar 2017 gebruiken om met alle betrokken partijen te komen tot een nieuw protocol waarin de werkbare delen uit de proeftuinen zijn opgenomen. Dit is de reden dat het protocol GZ intramuraal voor 2017 enkel een klein aantal wijzigingen in zich heeft. Let op! Het sjabloon is wel op een aantal punten sterk vereenvoudigd en de verkorte procedure GZ is komen te vervallen.

In het proces meerzorg worden drie deelprocessen onderscheiden:

1. Van behoefte aan reguliere zorg tot en met behoefte aan meerzorg.
2. Van aanvraag meerzorg tot en met honorering/afwijzing aanvraag.
3. a. Van honorering aanvraag tot en met her-aanvraag meerzorg.
b. Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure.

Tabel I 2.1: van behoefte aan reguliere zorg tot en met behoefte aan meerzorg

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Cliënt (CL) heeft behoefte aan zorg.2. CL ontvangt indicatie van CIZ en geeft voorkeursaanbieder aan. Indien CL het oneens is met zorgprofiel-indicatie, kan hij een bezwaar indienen bij het CIZ.3. Zorgkantoor (ZK) wijst CL idealiter toe aan voorkeursaanbieder, indien dit niet mogelijk is, bemiddelt ZK tussen CL en andere zorgaanbieder (ZA).4. CL wordt in zorg genomen.5. CL heeft behoefte aan meer zorg dan geïndiceerd zorgprofiel³ voorschrijft en is aangewezen op zorgprofiel VG-5, VG-7, VG-8, LG-5, LG6, LG-7, ZG-3 auditief, ZG-5 visueel, LVG-4, LVG-5 of SGLVG en heeft behoefte aan zorg die minimaal 25% hoger is dan het aantal uren binnen het zorgprofiel⁴. |
|---|

⁴ Indien CL een of meerdere toeslagen op een zorgprofiel ontvangt, zoals genoemd in Beleidsregel BR/REG 17138 van NZa, komen deze toeslagen te vervallen zodra de cliënt meerzorg ontvangt.

Tabel I 2.2: van aanvraag meerzorg tot en met honorering/afwijzing aanvraag: doorlooptijd maximaal acht weken⁵

6. ZA⁶ (als zaakwaarnemer van CL) dient namens de cliënt een aanvraag⁷ voor meerzorg in bij het ZK. De ZA informeert de cliënt hierover en levert hierbij het Excelsjabloon 'Aanvraag meerzorg' aan waarin de volgende informatie is opgenomen, opdat aanvraag compleet is (zie bijlage A):
- **Tabblad Motivatie aanvraag** wordt antwoord gegeven op de 2 vragen:
 - 1) Waaruit blijkt de extreme zorgbehoefte van de cliënt/wat is de aanleiding voor de extreme zorgvraag? (zorgprofiel, zorgvraag).
 - 2) Wat is er tot nu toe gedaan om in deze zorgvraag te voorzien? En is er sprake van een signaleringsplan, bejegeningplan, crisisinterventieplan?
 - **Tabblad berekening** wordt aangevuld door zorgaanbieder. Het totaal aantal uren per dag wonen, uren per dag dagbesteding uren per dag behandeling, nachtopvang en restposturen kunnen opgevoerd worden. Het zorgkantoor kan het zorgplan opvragen. Wanneer cliënt structureel naar huis gaat bijvoorbeeld in het weekend dient dit ook aangegeven te worden, dit aantal uren wordt in mindering gebracht.
 - **Tabblad Doelen.** Dit tabblad is ook een verplicht veld. Hier dienen de doelen van de zorg te worden ingevuld.
 - Eventueel verhuisformulier.
- Indien de aanvraag voor meerzorg niet compleet is neemt het ZK deze niet in behandeling. Het zorgkantoor geeft de aanvrager (ZA) de gelegenheid om de aanvraag binnen een door het zorgkantoor gestelde termijn aan te vullen (artikel 4:5 Algemene Wet Bestuursrecht).
7. ZK beoordeelt de aanvraag voor meerzorg op formele en financiële voorwaarden (bijvoorbeeld: soort zorgprofiel, doelmatigheid, zorgtoewijzing, behalen 25%-urendrempel) en controleert geldigheid van de CIZ-indicatie van betreffende CL:
- ZK is akkoord en voorziet deze van datum dagtekening
 - ZK is akkoord met enkele kanttekeningen en voorziet deze van datum dagtekening
 - ZK wijst aanvraag af en stopt het proces van aanvraag meerzorg
8. Indien de aanvraag de formele en financiële (uren) toets doorstaat en wanneer er sprake is van (ernstig) probleemgedrag is de ZA verplicht om een zorginhoudelijk advies aan het CCE te vragen⁸ en stuurt ZA de in Bijlage B genoemde documenten binnen een redelijke termijn door naar CCE⁹.
9. ZA zorgt ervoor dat tijdige en adequate medewerking wordt verleend die redelijkerwijs van hem mag worden verwacht, opdat het CCE binnen een termijn van 8 weken haar advies kan uitbrengen. Het is immers in het belang van de cliënt de procedure snel te doorlopen. Indien ZA onvoldoende medewerking verleent kan het niet realiseren van de adviestermijn CCE niet aangerekend worden. Enkele voorbeelden van medewerking zijn:
- het compleet indienen van aanvragen (zie bijlage B), pas bij volledigheid van het dossier worden aanvragen ingepland;
 - aanwezigheid bij het CCE toetsingsgesprek van de volgende betrokkenen: gedragskundige, manager, persoonlijk begeleider wonen cliënt (vertegenwoordiger) en persoonlijk begeleider

⁵ Zodra ZA op verplichting van ZK advies vraagt aan CCE wordt de beslissingstermijn van maximaal 8 weken door ZK opgeschort.

⁶ Formeel dient CL aanvraag in; materieel ZA via zaakwaarneming. Om bij eventuele gerechtelijke procedures onduidelijkheid te voorkomen, verdient het aanbeveling dat ZA deze zaakwaarneming regelt met CL of zijn systeem. Bij de verdere procedure kan dan ZA als aanspreekpunt functioneren.

⁷ Aanvragen kunnen gedurende het hele jaar bij het zorgkantoor worden ingediend. Nieuwe aanvragen ingediend voor 1 augustus, worden meegenomen in de tweede budgetronde op 1 november van dat jaar. Nieuwe aanvragen ingediend op of na 1 augustus jaar kunnen pas in het volgende jaar worden meegenomen. Het zorgkantoor is gehouden aan de formele budgettrondes van de NZa, maar anticipeert hierop door te inventariseren of er nog meerzorgaanvragen te verwachten zijn en deze te begroten. Voor de mogelijkheden in de nacalculatie geldt de betreffende NZa beleidsregel.

⁸ De kosten van het CCE advies bedragen [per1-1-2017 € 1190] per toetsing/cliënt en zijn voor rekening van de ZA. Indien de meerzorg-aanvraag geen gedragsproblematiek betreft overlegt ZA met ZK of een advies van het CCE noodzakelijk is.

⁹ Gezien de urgentie van meerzorg die verwacht mag worden bij een dergelijke aanvraag, is de ZA verplicht binnen een redelijke termijn (richtlijn: 2 weken) na akkoord ZK het CCE-advies aan te vragen.

- dagbesteding, eventueel aangevuld met relevante disciplines, bijv. een arts;
 - het organiseren van een bezoek aan CL.
10. In geval van (ernstig) probleemgedrag wordt het CCE ingeschakeld in geval van alleen somatische problematiek wordt CCE niet ingeschakeld (conform protocol V&V en GGZ). CCE brengt advies uit aan ZA en ZK. De beoordeling van het CCE richt zich uitsluitend op de zorginhoudelijke aspecten van een aanvraag en stelt vast of er een correcte vertaling heeft plaatsgevonden van het zorgplan in het sjabloon. Het CCE beantwoordt en onderbouwt de volgende vier vragen:
- De vragen die het CCE beantwoordt in het conclusieformulier.
1. Is er bij cliënt sprake van extreme zorgbehoefte?
 2. Is een kwalitatief goed zorgplan aanwezig met bijpassende randvoorwaarden?
 3. Zijn de aangevraagde uren meerzorg redelijk en billijk?
 4. Bij her-aanvraag: wordt er op een systematische wijze aan de doelen gewerkt?
- De cliënt heeft recht op meerzorg als is voldaan aan a. De aanbieder kan de meerzorg slechts leveren als ook is voldaan aan b, c en d. Als is voldaan aan b, c en d, en er is sprake van een extreme zorgbehoefte dan honoreert het ZK de aanvraag in principe; bij één of meerdere negatieve antwoorden op deze vragen wijst ZK de aanvraag in principe af en gaat ZK in gesprek met ZA over hoe voldaan kan worden aan b, c en/of d waarmee meerzorg alsnog kan worden toegekend. Anders rest overplaatsing van de cliënt naar een aanbieder die aan de voorwaarden voor meerzorg voldoet.
11. Het CCE stuurt het CCE-advies inclusief conclusieformulier aan de ZA en het ZK. Als bij de inhoudelijke beoordeling van het CCE de uren worden bijgesteld, stuurt het CCE een advies met daarnaast een bijgesteld sjabloon naar het ZK. Indien het een her-aanvraag¹⁰ betreft, gaat CCE na of ZA op een systematische wijze aan het realiseren van de gestelde doelen heeft gewerkt. Indien blijkt dat ZA zijn doelen niet realiseert, komt dit tot uiting in een negatief CCE-advies, tenzij een adequate analyse en maatregelen voorhanden zijn.
12. ZK neemt besluit over toekennen meerzorg (honoreert of wijst af) en stuurt ZA een beschikking¹¹. ZK onderbouwt een afwijzing deugdelijk (zowel inhoudelijk als juridisch). De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid de cliënt direct te informeren over deze beschikking. Het recht op meerzorg moet inzichtelijk zijn voor de cliënt. Ook moet in het zorgplan worden opgenomen welke - aanvullende- zorg vanuit de meerzorg wordt bekostigd en dit dient ook besproken te zijn met de cliënt/vertegenwoordiger.

¹⁰ Een her-aanvraag betreft een nieuwe aanvraag in verband met het verstrijken van de termijn van meerzorg.

¹¹ Het kan zijn dat door het bereiken van het budgettair kader de daadwerkelijke vergoeding voor meerzorg lager uitvalt. Het zorgkantoor informeert de zorgaanbieder hierover.

Tabel I 2.3a: van honorering aanvraag tot en met her-aanvraag meerzorg: looptijd toekenning meerzorg één tot drie jaar

13. Indien ZK aanvraag heeft gehonoreerd, declareert ZA de prestatie zorgprofiel meerzorg¹² bij ZK. Meerzorg kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven.
14. Indien de aanvraag op of na 1 augustus is ingediend, kan de procedure niet tijdig worden afgerond voor het indienen van de budgetformulieren voor de tweede budgetronde op 1 november van dat jaar. Dan mag de zorgaanbieder, bij een positief besluit van het zorgkantoor, meerzorg declareren voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven vanaf 1 januari van het volgende jaar¹³.

Materiële controle

15. De beschikking van het ZK voor meerzorg en het betreffende CCE-advies moeten worden opgenomen in het zorgplan van de cliënt. De beschikking moet inzichtelijk zijn voor cliënt en zorgkantoor. Het ZK kan deze controleren in het kader van de materiële controle.
16. ZA moet te allen tijde aan te kunnen tonen hoe de extra financiële middelen zijn ingezet t.b.v. de individuele cliënt. ZK controleert steekproefsgewijs of ZA de extra financiële middelen voor meerzorg doelmatig en rechtmatig besteedt, conform materiële controle. Ook moet de aanbieder voor de cliënt inzichtelijk maken waaraan de meerzorg wordt besteed. Indien blijkt dat de middelen ondoelmatig of onrechtmatig worden besteed, kan ZK (een percentage van) de beschikbaar gestelde middelen voor meerzorg terugvorderen van de ZA. ZA houdt zich aan de administratievoorschriften, conform de relevante vigerende beleidsregels 2017 van de NZa, en kan de administratieve organisatie op de punten, zoals genoemd in deze beleidsregel, te allen tijde voor ZK inzichtelijk maken.
17. Ten aanzien van de materiële controle, sluit ZK aan bij het Protocol Materiële Controle. Tijdens een materiële controle kan ZK onder meer toetsen:
- of omvang en deskundigheid van de formatie overeenkomen met de ingevulde uren in het sjabloon,
 - of de op het sjabloon ingevulde restposturen onder 5% van het totaal aantal benodigde zorguren zijn gebleven.

Her-aanvraag/Toets op doelrealisatie

18. Het CCE-advies heeft een beperkte geldigheidsduur van doorgaans maximaal één tot drie jaar met inachtneming hetgeen hierna volgt.
19. Minimaal drie en maximaal vijf maanden voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van meerzorg (= vervaldatum CCE-advies) moet ZA, indien nog steeds relevant, een her-aanvraag voor meerzorg indienen bij ZK. De ingangsdatum is de vervaldatum van het vorige CCE-advies, zodat meerzorg naadloos doorloopt. Indien ZA de her-aanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van meerzorg niet worden gegarandeerd. Een her-aanvraag betreft een nieuwe aanvraag, zie daarom vanaf processtap 6 voor het vervolg.

Wijzigingen in cliëntsituatie

20. ZA stelt ZK te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte van relevante wijzigingen in het zorgplan of in de persoonlijke omstandigheden van de cliënt. ZK beslist vervolgens of het individuele zorgplan waarop het afgegeven CCE-advies betrekking heeft in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuw CCE-advies noodzakelijk is.
- Indien CL naar een nieuwe ZA verhuist die het zorgplan van de oude ZA integraal overneemt, blijft

¹² Het zorgprofiel meerzorg wordt vergoed vanaf het aantal uren dat het zorgprofiel reeds bevat. Dit betekent, zoals ook in de beleidsregel 'Toeslag extreme zorgzwaarte' stond vermeld, dat het aantal uren meerzorg dat gehanteerd wordt bij de berekening van de hoogte van het zorgprofiel meerzorg wordt berekend door de totale uren zorg te verminderen met 1,1 keer het aantal uren zorg dat in het zorgprofiel verdisconteerd is (zie hiervoor ook het Excelsjabloon 'Aanvraag meerzorg').

¹³ Het zorgkantoor is gehouden aan de formele budgettrondes van de NZa, maar anticipeert hierop door te inventariseren of er nog meerzorgaanvragen te verwachten zijn en deze te begroten. Voor de mogelijkheden in de nacalculatie geldt de betreffende NZa beleidsregel.

21. het eerder genomen besluit van ZK van kracht voor de duur van maximaal één jaar vanaf datum verhuizing naar de nieuwe ZA, of de geldigheidsduur van het CCE-advies indien deze binnen één jaar na verhuizing verstrijkt. Oude ZA en oude ZK bevestigen de verhuizing van CL en op het 'verhuisformulier' van het Excelsjabloon 'Aanvraag meerzorg'.
Nieuwe ZK stuurt aan nieuwe ZA een beschikking waarin is opgenomen wat de geldigheidsduur is voor de resterende periode en de hoogte van de toeslag die de nieuwe ZA kan declareren.
Nieuwe ZA en ZK bevestigen de verhuizing van CL op het budgetformulier van de NZa tijdens de tweede budgetronde en de nacalculatie.
Indien CL naar een nieuwe ZA verhuist die het zorgplan van de oude ZA niet integraal overneemt, komt het eerder genomen besluit van ZK te vervallen en dient nieuwe ZA een nieuwe aanvraag meerzorg in te dienen bij ZK en geldt de onder 21 genoemde overgangstermijn derhalve niet.
22. Het eerder genomen besluit door ZK kan eveneens tussentijds komen te vervallen, als CL een gewijzigde indicatie van het CIZ krijgt na herindicatie. ZA dient, indien nodig, een nieuwe aanvraag meerzorg in bij ZK.
In het geval van ziekenhuisopname is door declareren alleen toegestaan als begeleiding van CL naar en in het ziekenhuis door ZA noodzakelijk is en door ZA achteraf wordt onderbouwd richting het ZK. Voor overige situaties van afwezigheid wordt voor zorgaanbieders, toegelaten voor de functie verblijf met behandeling, aangesloten bij beleidsregel BR/REG-17137. Voor zorgaanbieders die zijn toegelaten voor verblijf, maar niet voor behandeling, wordt verwezen naar het afwezigheidsbeleid, zoals beschreven in het zorginkoopbeleid van zorgkantoren.

Tabel I 2.3b: van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure: doorlooptijd in principe maximaal 21 weken (vanaf indiening bezwaar bij ZV)

25. ZK stuurt op ieder advies van CCE een beschikking naar ZA die optreedt namens de CL. Indien ZA het oneens is met besluit ZK kan ZA binnen 6 weken na datum dagtekening een bezwaarschrift indienen bij ZK¹⁴.
26. ZK stuurt ontvangstbevestiging naar ZA en geeft daarbij aan wat de maximum doorlooptijd is van de bezwaarschriftprocedure, te weten in principe 21 weken.
27. Op voorwaarde dat het bezwaar uitgebreid is onderbouwd door ZA, vraagt ZK eventueel het CCE om uitvoering van een heroverweging¹⁵ en neemt resultaat hiervan mee in bezwaarprocedure, de termijn van 21 weken wordt hierdoor in principe niet verlengd.
28. ZK hoort ZA, hiervan wordt een verslag gemaakt. ZK hoeft ZA niet te horen indien zich situaties voordoen zoals geschetst in art. 7:3 Awb.
29. ZK schrijft concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar het Zorginstituut met verzoek om bezwaaradvies.
30. Het Zorginstituut brengt een advies uit als bedoeld in het artikel 10.3.1. van de Wet Langdurige zorg binnen tien weken na ontvangst van alle gegevens en bescheiden die voor de beoordeling van het verzoek noodzakelijk zijn, en zendt gelijktijdig een afschrift daarvan aan de ZA.
31. ZK stuurt BOB en bezwaaradvies van het Zorginstituut naar ZA.
32. ZA kan in beroep gaan tegen het besluit van het ZK bij de rechtbank (sector bestuur).
33. ZA kan in hoger beroep gaan.
34. Beslissing Centrale Raad van Beroep.

¹⁴ Formeel is de zorgverzekeraar waar de cliënt verzekerd is verantwoordelijk voor uitvoering van de Wlz en kan de cliënt bij deze zorgverzekeraar in bezwaar en beroep gaan. Zorgverzekeraars hebben de uitvoering van de Wlz aan zorgkantoren gemandateerd (inclusief het afhandelen van bezwaarschriften). Als gevolg van dit mandaat handelt het zorgkantoor niet alleen de meerzorgaanvraag af, maar ook een eventueel bezwaarschrift. Het zorgkantoor is niet gemandateerd voor beroep en hoger beroep. (Het bezwaar moet in behandeling worden genomen door een andere functionaris dan de functionaris die het besluit heeft genomen waarop het bezwaar is aangetekend).

¹⁵ Een heroverweging is integraal onderdeel van het CCE-advies en wordt uitgevoerd op basis van de informatie zoals die ten tijde van de originele toetsing beschikbaar was, aangevuld met een bezwaarschrift. Het CCE brengt hiervoor geen extra kosten in rekening, tenzij sprake is van nieuwe feiten die bij de eerste beoordeling nog niet bekend konden zijn. In dat geval wordt de heroverweging als een nieuwe toetsing beschouwd en komen de kosten hiervan voor rekening van ZA die het CCE-advies heeft aangevraagd en wordt dat op voorhand gecommuniceerd.

I 3. Procesbeschrijving meerzorg intramuraal – verkorte procedure GZ

De verkorte procedure vervalt per 1-1-2017.

Wanneer het CCE op het moment van de aanvraag meerzorg* actief betrokken is bij de cliënt doordat er een consultatietraject** loopt waarbij de adviesfase afgerond is, beoordeelt het CCE of een aparte toetsing ter plaatste noodzakelijk is of dat er al voldoende zicht is op de cliënt en de context om zo een advies middels een conclusieformulier af te geven.

* welke de aanvrager op de gebruikelijke wijze indient bij het zorgkantoor

** zie www.cce.nl/consultatie

I 4. Meerzorg 2.0 (proeftuinen GZ)

Zorgkantoren, maar ook zorgaanbieders ervaren de nodige beperkingen aan meerzorg. Soms is meerzorg nodig vanuit een structurele blijvende behoefte aan meer zorg dan past binnen de financiering die samenhangt met de indicatie. Maar idealiter wordt meerzorg kortdurend ingezet om een negatieve situatie te doorbreken waarna de cliënt weer uitkomt met de reguliere financiering. Soms is dit niet te bereiken door alleen de financiering van uren directe contacttijd voor woonzorg, dagbesteding en behandeling zoals de huidige NZa beleidsregels nu voorschrijven. Een groepsgerichte benadering of een aanpassing in de omgeving van de cliënt zijn misschien veel passender en effectiever. In samenwerking tussen VWS, CCE, zorgkantoren, ZN, de VGN en cliënten(vertegenwoordigers) wordt geëxperimenteerd met de organisatie en financiering van meerzorg. Het experimenteerartikel van de Wlz (artikel 10.1.1.) CA-BR-1523 geeft hier ruimte voor.

Eind 2016 zijn alle proeftuinen geëvalueerd en zullen doorlopen tot eind 2017. Zorgaanbieders die niet deelnemen hebben momenteel geen mogelijkheid meer om zich aan te melden voor deze proeftuinen.

Resultaten en conclusies worden breed met het veld gedeeld en meegenomen voor het maken van nieuw beleid en een nieuw protocol. In 2017 zullen zorgaanbieders hier actief in betrokken worden zoals genoemd in de toelichting (*Toelichting pagina 7*).

I 5. Procesbeschrijving meerzorg intramuraal VV en GGZ

Toelichting

In 2016 is meerzorg in de sectoren intramuraal VV en GGZ geïntroduceerd. Op basis van de opgedane ervaringen en lopende ontwikkelingen is een verbeter slag gemaakt en een aantal zaken hierop aangepast.

Het sjabloon is aangepast en vereenvoudigd. Het tabblad samenvatting wordt gewijzigd naar motivatie aanvraag. Een goede aanvraag moet volledig zijn en daarom voorzien zijn van een duidelijke motivatie wat de uren meerzorg betreffen en waarom die zorg niet uit het zorgprofiel geboden kan worden. Onderliggend aan de aanvraag moet een goed zorg(leef)plan aanwezig zijn. Als leidraad in de V&V kan hiervoor het model Zorgleefplan Verantwoorde zorg van ActiZ¹⁶ gebruikt worden. De visie op wat er in een goed zorgplan / begeleidingsplan zou moeten staan is landelijk nog volop in ontwikkeling.

De duur van de toekenning wordt aangepast naar – afhankelijk van het type problematiek – maximaal 1, 2 of 3 jaar.

Voor de verlengingsprocedure / her-aanvraag is een kritische reflectie van de zorgaanbieder nodig op inzet en resultaat (PDCA-cyclus) met een onderbouwing voor afwijken naar boven of beneden van de aanvraag in uren.

Wanneer komt een cliënt in aanmerking voor meerzorg?

De cliënt heeft behoefte aan meer zorg dan het geïndiceerde ZP voorschrijft en is aangewezen op zorgprofiel VV 7 of VV 8 of GGZ 6B of GGZ 7B en heeft extreem behoefte aan zorg die minimaal 25% hoger is dan het aantal uren binnen het ZP. De in te zetten zorg moet meer zijn dan gebruikelijk geacht kan worden vanuit het zorgprofiel.

Het maximaal aantal uren van 40 uur per week meerzorg blijft in 2017 gehandhaafd. Hiervan kan alleen gemotiveerd van worden afgeweken.

In onderstaande tabellen zijn de processtappen om in aanmerking te komen voor meerzorg uitgewerkt.

¹⁶ <http://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/verslag-workshops-zorgplannen/>

I 5.1 Van aanvraag meerzorg tot en met toekenning/afwijzing aanvraag

Tabel I 5.1: van aanvraag meerzorg tot en met toekenning: *doorlooptijd maximaal acht weken*¹⁷

1	<p>De ZA¹⁸ (als zaakwaarnemer van CL) dient aanvraag¹⁹ meerzorg in bij ZK. Dit verzoek bestaat uit een ingevuld Excelsjabloon 'Aanvraag meerzorg'. Onderliggend aan de aanvraag moet een gedegen zorgplan aanwezig zijn. De aanvraag moet volledig ingevuld zijn en voorzien zijn van een duidelijke motivatie wat de uren meerzorg betreffen en waarom die zorg niet uit het zorgprofiel geboden kan worden. In de motivatie aanvraag wordt door de ZA ten minste beschreven:</p> <ul style="list-style-type: none">- Waaruit blijkt de extreme zorgbehoefte van de cliënt/ wat is de aanleiding voor de extreme zorgvraag? (zorgprofiel, zorgvraag)- Wat is er tot nu toe gedaan om in deze zorgvraag te voorzien?- Is er sprake van een signaleringsplan, bejegeningplan, crisisinterventieplan?
2	<p>Het Zorgkantoor controleert de aanvraag op volledigheid en inhoudelijk op de onder punt 1 benoemde elementen.</p>
3a	<p>Er is sprake van enkel somatische zorg</p> <p>ZK beoordeelt de aanvraag inhoudelijk op basis van het schriftelijk ingediend aanvraagsjabloon. De ingediende aanvraag moet volledig zijn.</p> <p>Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag onder andere aan de hand van de volgende vragen:</p> <ol style="list-style-type: none">a) Is er bij cliënt sprake van extreme zorgbehoefte?b) Voldoet het plan van aanpak zoals aangedragen door de zorgaanbieder middels Excel-sjabloon 'Aanvraag meerzorg 2017' om de zorg te optimaliseren?c) Zijn de voorgestelde uren redelijk en billijk? <p>Wel kan ZK hierover nog aanvullende vragen stellen of in het kader van beeldvorming een bezoek brengen.</p>
3b.	<p>Er is (tevens) sprake van (ernstig) probleemgedrag</p> <p>Indien de aanvraag (tevens) gedragsproblematiek betreft dient het CCE een toets uit te voeren welke betaald dient te worden door de ZA.</p> <p>Indien de aanvraag na indiening bij het ZK de formele en financiële (uren) toets door het ZK doorstaat is de ZA verplicht om een zorginhoudelijk advies aan het CCE te vragen²⁰ en stuurt ZA de in bijlage I 6.3 genoemde documenten binnen een redelijke termijn (richtlijn: binnen 2 weken) door naar het CCE²¹. Het CCE brengt rondom meerzorgaanvragen binnen maximaal 8 weken advies uit aan de ZA en het ZK daar waar het gaat om cliënten met ernstig probleemgedrag. Dat advies is gebaseerd op (dossier)informatie over de cliënt zoals het individuele plan, een bezoek aan de cliënt in zijn context en een gesprek met de betrokkenen (bv. behandelaar, begeleider, lijnverantwoordelijke, verwant). Essentieel is het gesprek tussen zorgverleners (en verwanten) met de focus op verbetering en perspectief voor de cliënt.</p>

¹⁷ Zodra ZA advies vraagt aan CCE wordt de beslissingstermijn van maximaal 8 weken door ZK opgeschort.

¹⁸ Formeel dient CL aanvraag in; materieel ZA via zaakwaarneming. Om bij eventuele gerechtelijke procedures onduidelijkheid te voorkomen, verdient het aanbeveling dat ZA deze zaakwaarneming regelt met CL of zijn systeem. Bij de verdere procedure kan dan ZA als aanspreekpunt functioneren.

¹⁹ Aanvragen kunnen gedurende het hele jaar bij het zorgkantoor worden ingediend. Nieuwe aanvragen ingediend voor 1 augustus worden meegenomen in de tweede budgetronde op 1 november van dat jaar. Nieuwe aanvragen ingediend op of na 1 augustus kunnen pas in het volgende jaar worden meegenomen. Het zorgkantoor is gehouden aan de formele budgettrondes van de NZa maar anticipeert hierop door te inventariseren of er nog meerzorgaanvragen te verwachten zijn en deze te begroten. Voor de mogelijkheden in de ncalculatie geldt de betreffende NZa beleidsregel.

²⁰ De kosten van het CCE advies bedragen per 1-1-2017 € 1.190,- per toetsing/cliënt en zijn voor rekening van de ZA.

²¹ Gezien de urgentie van meerzorg die mag verwacht mag worden bij een dergelijke aanvraag, is de ZA verplicht binnen een redelijke termijn (richtlijn: 2 weken) na akkoord ZK het CCE advies aan te vragen.

Om een doorlooptijd van maximaal 8 weken te realiseren wordt van de ZA verwacht dat deze:

- De benodigde documenten (zie bijlage I 6.3) zo snel mogelijk en compleet naar het CCE stuurt; pas bij volledigheid van het dossier worden aanvragen ingepland;
- Zorg draagt voor aanwezigheid bij het gesprek met CCE van relevante betrokkenen, te bepalen door CCE, maar in ieder geval de inhoudelijk verantwoordelijke, manager, persoonlijk begeleider en cliëntvertegenwoordiger.
- Het bezoek van het CCE organiseert, inclusief bezoek aan CL in zijn context.

In het bezoek en gesprek zijn mogelijke thema's:

1. De cliënt waarvoor de meerzorg wordt aangevraagd en de zorgvraag van deze cliënt.
2. De vertaling van deze zorgvraag naar een passend perspectief en bijbehorende doelen, interventies en dagprogramma's.
3. De inzet van middelen, mensen en methodieken ten behoeve van de cliënt en de doelen.
4. Meten van voortgang en realisatie van doelen, meten van effectiviteit van uitgevoerde therapieën en interventies.
5. Doorvoeren van aanpassingen, verbeteringen etc. naar aanleiding van MDO's, evaluaties, effectmetingen, cliëntwaardering, etc.

De vragen die het CCE beantwoordt in het conclusieformulier.

1. Is er bij cliënt sprake van extreme zorgbehoefte?
2. Is een kwalitatief goed zorgplan aanwezig met bijpassende randvoorwaarden?
3. Zijn de aangevraagde uren meerzorg redelijk en billijk?
4. Bij her-aanvraag: wordt er op een systematische wijze aan de doelen gewerkt?

De cliënt heeft recht op meerzorg als is voldaan aan 1. De aanbieder kan de meerzorg slechts leveren als ook is voldaan aan 2 en 3. Als is voldaan aan 2 en 3 en er is sprake van een extreme zorgbehoefte dan honoreert het ZK de aanvraag. Bij één of meerdere negatieve antwoorden op de vragen 2 en 3 wijst ZK de aanvraag (evt. in 1^e instantie) af en gaat ZK in gesprek met ZA over hoe voldaan kan worden aan 2 en 3 waarna meerzorg alsnog kan worden toegekend.

Het CCE stuurt zijn advies aan de ZA en het ZK. Als bij de inhoudelijke beoordeling van het CCE de uren worden bijgesteld, stuurt het CCE een advies met daarnaast eventueel een bijgesteld sjabloon naar het ZK, afhankelijk van de afspraken die daarover zijn gemaakt tussen CCE en ZK.

Als het CCE op het moment van de aanvraag al actief betrokken is bij de cliënt doordat er een consultatietraject loopt, kan het CCE beoordelen of een aparte toetsing ter plaatste nog noodzakelijk is of dat er al voldoende zicht is op de cliënt om zo een advies af te geven.

ZK neemt besluit over toekennen meerzorg (honoreert of wijst af) en stuurt ZA een beschikking²². ZK onderbouwt een afwijzing deugdelijk (zowel inhoudelijk als juridisch). De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid de cliënt direct te informeren over deze beschikking. Het recht op meerzorg moet inzichtelijk zijn voor de cliënt. Ook moet in het zorgplan worden opgenomen welke - aanvullende- zorg vanuit de meerzorg wordt bekostigd.

De duur van de toekenning is - afhankelijk van het type problematiek – maximaal 1, 2 of 3 jaar.

Meerzorg kan toegekend worden vanaf het moment dat de aanvraag compleet is ingediend bij het zorgkantoor. Dit betekent dat indien een aanvraag wordt toegekend, 'de ingangsdatum van de beschikking' wordt vastgesteld op 'de datum dat de aanvraag meerzorg compleet is ingediend bij het

4. 'Zorgkantoor', voor zover de meerzorg op dat moment ook daadwerkelijk wordt geleverd. Meerzorg kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven.

²² Het kan zijn dat door het bereiken van het budgettair kader de daadwerkelijke vergoeding voor meerzorg lager uitvalt. Het zorgkantoor informeert de zorgaanbieder hierover.

I 5.2 Van honorering aanvraag tot en met her-aanvraag meerzorg

Tabel I 5.2a: van honorering aanvraag tot en met her-aanvraag meerzorg intramuraal VV en GGZ:

5	Indien ZK aanvraag heeft gehonoreerd, declareert ZA de prestatie ZP meerzorg bij ZK. Meerzorg kan maandelijks worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven.
Materiële controle	
6	ZA dient te allen tijde aan te kunnen tonen hoe de extra financiële middelen zijn ingezet voor de individuele cliënt. Dit moet inzichtelijk zijn voor de cliënt en worden besproken tijdens de zorgplanbesprekingen. ZK controleert steekproefsgewijs of ZA de extra financiële middelen voor meerzorg doelmatig en rechtmatig besteedt, conform materiële controle. Indien blijkt dat de middelen ondoelmatig of onrechtmatig worden besteed, kan ZK (een percentage van) de beschikbaar gestelde middelen voor meerzorg terugvorderen bij de zorgaanbieder.
7	ZA houdt zich aan de administratievoorschriften, conform de relevante vigerende Beleidsregel 2017 van NZa, en kan de administratieve organisatie op de punten, zoals genoemd in deze beleidsregel, te allen tijde voor ZK inzichtelijk maken.
8	Ten aanzien van de materiële controle, sluit ZK aan bij het Protocol Materiële Controle. Tijdens een materiële controle kan ZK onder meer toetsen: <ul style="list-style-type: none">• of omvang en deskundigheid van de formatie overeenkomen met de ingevulde uren in het sjabloon (en hiermee het dagprogramma)• of de groepsuren en de formatie-uren aansluiten en in verhouding staan tot de individuele meerzorg, rekening houdend met eventueel andere CL in de groep die ook meerzorg ontvangen
Her-aanvraag/Toets op doelrealisatie	
9	Heraanvragen 3a enkel somatisch: Minimaal acht weken voorafgaand aan het verstrijken van de termijn meerzorg (=einddatum besluit ZK) dient ZA, indien nog steeds relevant, een her-aanvraag in bij het ZK. Dit gebeurt via het doen van een melding via het berichtenverkeer in i-Wlz (Vecozo). Een aanvraag voor verlenging dient tevens voorzien te zijn van een evaluatie van de inzet van de tot nu toe bereikte doelen. De zorgaanbieder dient hiertoe een kritische reflectie / voortgangsrapportage aan te leveren op inzet en resultaat (PDCA-cyclus) met een onderbouwing voor afwijken naar boven of beneden van de aanvraag in uren. In telefonisch contact met het zorgkantoor wordt vervolgens een besluit genomen, welke schriftelijk wordt bevestigd.
10.	Heraanvragen 3b (ernstig) probleemgedrag of combinatie (ernstig) probleemgedrag en somatiek: Minimaal acht weken voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van meerzorg (=einddatum besluit ZK) dient de ZA, indien nog steeds relevant, een her-aanvraag voor meerzorg in bij ZK via het berichtenverkeer in i-Wlz. Voorafgaand aan de indiening van de her-aanvraag bij het ZK vraagt de ZA toetsing aan bij het CCE. De her-aanvraag bij het ZK wordt vergezeld door een advies van het CCE, waarin aangegeven wordt dat Meerzorg nog steeds van toepassing is en of op een systematische wijze aan de doelen wordt gewerkt. Indien noodzakelijk neemt het zorgkantoor hierover aanvullend telefonisch contact op, waarna besluitvorming plaatsvindt, welke schriftelijk wordt bevestigd. De ingangsdatum is de vervaldatum van de vorige Beslissing ZK zodat meerzorg

onafgebroken doorloopt. Indien ZA de her-aanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van meerzorg niet worden gegarandeerd. Een aanvraag voor verlenging dient voorzien te zijn van een evaluatie van de inzet van de tot nu toe bereikte doelen. De zorgaanbieder dient hiertoe een kritische reflectie / voortgangsrapportage aan te leveren op inzet en resultaat (PDCA-cyclus) met een onderbouwing voor afwijken naar boven of beneden van de aanvraag in uren.

Als het CCE op het moment van de her-aanvraag al actief betrokken is bij de cliënt doordat er een consultatietraject loopt, kan het CCE beoordelen of een aparte toetsing ter plaatste nog noodzakelijk is of dat er al voldoende zicht is op de cliënt om zo een advies af te geven.

11. *Wijzigingen in cliëntsituatie*

ZA stelt ZK te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte van relevante wijzigingen in het zorgplan of in de persoonlijke omstandigheden van CL. ZK beslist vervolgens of het individuele zorgplan waarop het afgegeven CCE-advies betrekking heeft in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuw CCE-advies noodzakelijk is.

12.

Indien CL naar een nieuwe ZA verhuist die het zorgplan van de oude ZA integraal overneemt, blijft het eerder genomen besluit van ZK van kracht voor de duur van maximaal één jaar vanaf datum verhuizing naar de nieuwe ZA, of de geldigheidsduur van het CCE-advies indien deze binnen één jaar na verhuizing verstrijkt. Oude ZA en oude ZK bevestigen de verhuizing van CL op het 'verhuisformulier' van het Excelsjabloon 'Aanvraag meerzorg'.

Nieuwe ZK stuurt aan nieuwe ZA een beschikking waarin is opgenomen wat de geldigheidsduur is voor de resterende periode en de hoogte van de toeslag die de nieuwe ZA kan declareren.

Nieuwe ZA en ZK bevestigen de verhuizing van CL op het budgetformulier van de NZa tijdens de tweede budgetronde en de nacalculatie.

13.

Indien CL naar een nieuwe ZA verhuist die het zorgplan van de oude ZA niet integraal overneemt, komt het eerder genomen besluit van ZK te vervallen en dient nieuwe ZA een nieuwe aanvraag meerzorg in te dienen bij ZK.

Het eerder genomen besluit door ZK kan eveneens tussentijds komen te vervallen als CL een gewijzigde indicatie van het CIZ krijgt na herindicatie. ZA moet dan een nieuwe aanvraag meerzorg indienen bij ZK.

I 5.3 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure:

Tabel I 5.3: van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure: *doorlooptijd maximaal in principe 21 weken (vanaf indiening bezwaar bij ZK)*

Zie procesbeschrijving reguliere procedure met uitzondering van de herbeoordeling van het CCE die niet van toepassing is bij aanvragen somatische problematiek (tabel I 2.3b).

I 6. Bijlagen bij deel I

A) Excel-sjabloon 'Aanvraag meerzorg 2017' (voor sector GZ of voor de sectoren GGZ en VV)

- **Motivatie aanvraag** wordt antwoord gegeven op de 2 vragen:
 - Waarom past de zorgvraag van de cliënt niet binnen het zorgprofiel". Bijvoorbeeld frequenties van de problematiek.
 - Wat is er tot nu toe gedaan om in deze zorgvraag te voorzien? En is er sprake van een signaleringsplan, bejegeningplan, crisisinterventieplan?
- **Berekening** wordt aangevuld door zorgaanbieder Totaal aantal uren per dag Wonen, uren per dag Dagbesteding uren per dag Behandeling, nachtopvang en restposturen. Het zorgkantoor kan het zorgplan opvragen. Wanneer cliënt structureel naar huis gaat bijvoorbeeld in het weekend dient dit ook aangegeven te worden, dit aantal uren wordt in mindering gebracht.
- **Doelen.** Hier dienen de doelen van de zorg te worden ingevuld.
- Overige informatie van belang voor beoordeling van de uren versus ingezette zorg.
- Verhuisformulier.

B) Voorwaarden waaraan aanvraag CCE moet voldoen m.b.t. GZ

De rapportage bestaat uit recente informatie, dat wil zeggen maximaal 1 jaar oud en nog actueel op het moment van aanvraag.

Benodigde informatie

Algemene gegevens

- Aanvraagformulier CCE
- Toestemming van het zorgkantoor inclusief datum dagtekening ontvangst aanvraag bij zorgkantoor
- Excel sjabloon aanvraag 'Aanvraag meerzorg 2017'.

Inhoudelijke gegevens

- Een door cliënt (-vertegenwoordiger) en zorgaanbieder getekend individueel zorgplan (ook wel: persoonlijk plan, ondersteuningsplan, enzovoorts) voor Wonen en Dagbesteding; onderbouwd en zo nodig aangevuld met gegevens uit bijvoorbeeld evaluaties en dergelijke.
- Als er in verband met behoefte aan meerzorg nog geen extra middelen worden ingezet: een plan van aanpak toevoegen waarin de gewenste situatie wordt omschreven (inclusief de doelen, de werkwijze en een onderbouwd programma).

C) Voorwaarden waaraan aanvraag CCE moet voldoen m.b.t. GGZ en VV (uitsluitend van toepassing als sprake is van gedragsproblematiek)

De rapportage bestaat uit recente informatie, dat wil zeggen maximaal 1 jaar oud en nog actueel op het moment van aanvraag.

Benodigde informatie

Algemene gegevens

- Aanvraagformulier CCE
- Toestemming van het zorgkantoor
- Excel sjabloon 'Aanvraag meerzorg 2017'.

Inhoudelijke gegevens

- Een door cliënt (-vertegenwoordiger) en zorgaanbieder getekend individueel zorgplan (ook wel: persoonlijk plan, ondersteuningsplan, enzovoorts) voor Wonen en Dagbesteding; onderbouwd en zo nodig aangevuld met gegevens uit bijvoorbeeld evaluaties en dergelijke.

II 1. Inleiding meerzorgregeling thuiswonende cliënten

De Wet langdurige zorg (Wlz) wordt uitgevoerd door het zorgkantoor van de regio waar de cliënt woont. Een onderdeel van de Wlz is de regeling meerzorg voor cliënten die meer uren zorg nodig hebben dan vanuit het zorgprofiel bekostigd kan worden.

In dit deel wordt het protocol uitvoering regeling meerzorg 2017 voor thuiswonende cliënten beschreven. Het protocol heeft uitsluitend betrekking op de zorgvormen Persoonsgebonden Budget (PGB), Modulair Pakket Thuis (MPT) en Volledig Pakket Thuis (VPT). Voor cliënten die intramuraal verblijven en als leveringsvorm Zorg in Natura (ZIN) hebben geldt een andere procedure (zie deel I).

II 1.1 Zorgprofielen meerzorg

Meerzorg is bedoeld voor cliënten die, gezien hun behoefte aan zorg, meer zorg nodig hebben dan vanuit het zorgprofiel gefinancierd kan worden. In het Besluit langdurige zorg staat in artikel 3.1.1. het recht op meerzorg beschreven.

1. Een cliënt heeft recht op meer zorg dan waarop hij, op grond van het geïndiceerde zorgprofiel recht heeft, voor zover naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg en:
 - a. de cliënt krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel:
 - VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, (= 5 VG)
 - VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (= 7 VG)
 - VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging (= 8 VG)
 - LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (= 4 LVG). (Alleen bij MPT en VPT voor cliënten vanaf 18 jaar)
 - LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (= 5 LVG). (Alleen bij MPT en VPT voor cliënten vanaf 18 jaar)
 - LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum (= 1 SGLVG) (Alleen bij MPT en VPT)
 - LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging (= 5 LG)
 - LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (= 6 LG)
 - LG Wonen met zeer intensieve verzorging (= 7 LG)
 - ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (= 3 ZGaud)
 - ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (= 5 ZGvis)
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (= 7 VV)
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (= 8 VV).
 - b. de cliënt op 31 december 2014 recht had op zorgzwaartepakket 5 VG, 7 VG, 8 VG, 4 LVG (alleen MPT en VPT), 5 LVG (alleen MPT en VPT), 1 SGLVG (alleen MPT en VPT), 5 LG, 6 LG, 7 LG, 3 ZGaud of 5 ZGvis, 7 VV, 8 VV of

2. Een cliënt als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, kan slechts recht op de in dat lid bedoelde zorg krijgen indien zijn behoefte aan zorg minimaal 25%²³ hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt dan wel van het zorgprofiel.

II 1.2 Protocol

Het protocol gaat in op het proces dat wordt doorlopen van aanvraag tot realisatie van meerzorg voor thuiswonende cliënten. Dit protocol is opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en zorgkantoren.

II 1.3 Criteria

Voordat er een aanvraag meerzorg ingediend kan worden bij het zorgkantoor moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- de cliënt krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op een zorgprofiel dat recht geeft op meerzorg, zoals geformuleerd in paragraaf 1.1:
- Er moet sprake zijn van minimaal 25% meer uren zorg dan beschikbaar in het zorgprofiel;
- Uren zorg uit het zorgprofiel worden ingezet voor directe zorgverlening aan de cliënt;
- 24-uurs toezicht in de directe nabijheid is geregeld en kan geen onderdeel zijn van de meerzorg aanvraag;
- Er is een verpleegkundige of Sociaal Pedagogische Hulpverlener (SPH-er) betrokken bij de zorg thuis²⁴.

II 1.4 Leveringsvormen PGB, MPT en VPT

Indien er meerzorg aangevraagd wordt, gelden er verschillende aanvraagprocedures voor de leveringsvormen. Hieronder staan de leveringsvormen uitgeschreven, in bijlage II 5.5 zijn de verschillende routes weergegeven. In de volgende hoofdstukken zullen de procedures voor het aanvragen van meerzorg per leveringsvormen nader toegelicht worden.

Persoonsgebonden budget (PGB)

Bij een PGB ontvangt de cliënt een budget (in de vorm van trekkingsrecht) waarmee hij zelf zorg kan inkopen. Dit kan (deels) bij een intramurale zorgaanbieder, een thuiszorgorganisatie of een kleinschalige woonvorm. Het PGB kan ook worden gebruikt om niet professionele zorgverleners te betalen voor de uren zorg die zij leveren. Bij een PGB is de cliënt verantwoordelijk voor het aanvragen van de meerzorg.

Modulair pakket thuis (MPT)

Met het MPT kunnen thuiswonende cliënten er voor kiezen om zorg in te kopen bij één of meer gecontracteerde Wlz-zorgaanbieders in natura of een deel van de zorg vanuit het PGB te financieren. Er zijn hierdoor 2 leveringsvormen binnen het MPT te onderscheiden, MPT en MPT met PGB. Bij een MPT is de cliënt verantwoordelijk voor het aanvragen van de meerzorg, eventueel in samenwerking met de (Wlz-)zorgaanbieder.

Volledig pakket thuis (VPT)

Met het VPT kunnen thuiswonende cliënten thuis vrijwel dezelfde zorg krijgen als de zorg die zij zouden ontvangen als ze intramuraal bij de zorgaanbieder zouden wonen. De zorg wordt verleend door of onder verantwoordelijkheid van één gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de coördinatie van de totale zorg aan de cliënt. In deze situatie is de gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder verantwoordelijk voor het aanvragen van de meerzorg.

²³ Artikel 5.3 lid 3 van de Regeling Langdurige zorg (Rlz) omschrijft enkele doelgroepen waarvoor het is toegestaan om maximaal 25% extra budget voor zorg thuis in te zetten om een verantwoorde thuissituatie te creëren. Samenloop tussen deze toeslag en de meerzorgregeling is niet mogelijk. Op het moment dat meerzorg wordt vastgesteld vervalt de toeslag beschreven in artikel 5.3. Rlz.

²⁴ Deze criteria zijn nader omschreven in het toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen.

II 1.5 Samenhang regeling meerzorg en toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis

Alvorens meerzorg aangevraagd kan worden, dienen eerst de mogelijkheden van de andere toeslagen en extra kosten thuis (EKT) gevolgd te worden. Ook dient de mogelijkheid van het Persoonlijk Assistentiebudget (PAB) onderzocht te worden. Indien deze mogelijkheden onvoldoende blijken te zijn en er wordt voldaan aan de voorwaarden voor meerzorg, kan een aanvraag meerzorg ingediend worden. Hierbij moet opgemerkt worden dat EKT uit gaat van meer kosten en meerzorg van meer uren zorg ten opzichte van het geïndiceerde zorgprofiel (zie NZa-beleidsregel BR/REG-17138).

II 1.6 Wlz- indiceerbaren

Wlz indiceerbaren die onder de vangnetregeling vallen, kunnen bij wijziging van zorgvraag vereenvoudigde toegang krijgen tot EKT of Meerzorg. Vereenvoudigde toegang houdt in dat deze toegang niet bepaald wordt door criteria (Rlz artikel 2.2 en 5.3) die gelden voor EKT of niet afhankelijk is van de range zorgprofielen die toegang geven tot Meerzorg. Bij alle aanvragen voor EKT en Meerzorg volgt een inhoudelijke beoordeling. Vereenvoudigde toegang geeft daarop geen vrijstelling.

De aanvraag voor zorg thuis bij vereenvoudigde toegang verloopt via het regulier proces zoals beschreven in Voorschrift Zorgtoewijzing 2017. De aanbieder geeft voor deze situaties in de AAT en Rekenmodule aan dat de cliënt Wlz indiceerbaar is en dat er extra budget nodig is in de vorm van EKT of Meerzorg. Het zorgkantoor controleert de status Wlz indiceerbaar in de landelijke lijst van het CIZ en beoordeelt de aanvraag.

DEEL II Meerzorgregeling thuiswonende cliënten

II 2. Aanvraag meerzorg bij PGB

Indien er een meerzorg aanvraag wordt gedaan voor een cliënt, die de zorg ontvangt met als leveringsvorm PGB, is de cliënt zelf of de ondersteuner verantwoordelijk voor de aanvraag.

In dit hoofdstuk wordt daar waar cliënt staat ook ondersteuner bedoeld, tenzij anders vermeld.

Hieronder wordt het aanvraagproces omschreven.

II 2.1 Aanvraagprocedure

1. De cliënt heeft een Wlz-indicatie die toegang geeft tot meerzorg en verzilvert deze thuis in de leveringsvorm PGB.
2. De cliënt neemt contact op met zorgkantoor indien de uren zorg die vanuit het zorgprofiel ingekocht worden niet voldoende zijn en toont dit aan.
3. Het zorgkantoor beoordeelt formeel of de cliënt in aanmerking komt voor meerzorg.
4. Indien de cliënt in aanmerking komt voor meerzorg wordt er gekeken of de extreme zorgzwaarte veroorzaakt wordt door gedragsproblematiek of door somatische problematiek.
5. A. Bij somatische problematiek stuurt het zorgkantoor het aanvraagdocument meerzorg naar de cliënt.
B. Indien er sprake is van gedragsproblematiek stuurt het zorgkantoor het aanvraagdocument meerzorg naar de cliënt met daarbij een aanvraagdocument voor het CCE-advies.
6. Bij binnenkomst aanvraag beoordeelt het zorgkantoor of de meerzorg aanvraag voldoet aan de criteria.
7. A. Indien de reden voor de aanvraag meerzorg somatisch problematiek betreft zal het zorgkantoor een afspraak met de cliënt maken na binnenkomst van de aanvraag om de zorgvraag te bespreken.
B. Indien de reden voor de aanvraag gedragsproblematiek betreft dient het formulier inhoudelijk advies meerzorg van het CCE ingevuld te worden en zal het zorgkantoor de aanvraag, indien compleet, doorsturen naar het CCE.
8. A. Het zorgkantoor neemt een beslissing over meerzorg en stelt de cliënt hier schriftelijk van op de hoogte.
B. Na ontvangst van het advies van het CCE neemt het zorgkantoor een beslissing over de meerzorg en stelt de cliënt hier schriftelijk van op de hoogte.

II 2.2 Van aanvraag meerzorg tot en met toekenning/afwijzing aanvraag

Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag voor meerzorg op basis van het cliëntprofiel, het Persoonlijk Plan, de benodigde zorg, de bijkomende problematiek en aanvullende gegevens die zijn aangeleverd.

Het zorgkantoor beoordeelt of de aanvraag compleet is en stelt de cliënt hiervan schriftelijk op de hoogte. Bij een eerste aanvraag voor meerzorg wordt ter beoordeling van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt door het zorgkantoor een huisbezoek afgelegd, tenzij het CCE de cliënt al bezoekt.

De aanvraag

Beoordeling meerzorgaanvraag

Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag op basis van de volgende criteria:

- De CIZ-indicatie moet geldig en passend bij de zorgvraag van de cliënt zijn;
- De cliënt heeft een CIZ-indicatie voor een van de zorgprofielen waarbij meerzorg kan worden aangevraagd;
- De aanvraag moet volledig zijn;
- Er is sprake van extreme zorgbehoefte. Duidelijk moet vastgelegd zijn, wat de aard en omvang is van de uren zorg die het zorgprofiel overstijgt en die wel noodzakelijk is gelet op de zorgvraag van de cliënt;
- In de aanvraag is rekening gehouden met gebruikelijke zorg²⁵ en/of respijtzorg²⁶ en/of mantelzorg²⁷;

²⁵ Gebruikelijke zorg is in bijlage II 5.4 nader toegelicht.

²⁶ Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven.

- Het Persoonlijk Plan sluit aan bij de zorgvraag van de cliënt;
- Uit de invulling van het Persoonlijk Plan blijkt dat de zorg kwalitatief goed is en dat de randvoorwaarden hiervoor in de thuissituatie aanwezig zijn;
- Er moet, binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid, geen doelmatiger zorgaanbod zijn;
- Indien er sprake is van een zorgprofiel waarbij de aanvraag wordt getoetst door het CCE, dient er een positief advies te liggen van het CCE;
- Er moet sprake zijn van 25% meer behoefte aan uren zorg dan beschikbaar in het zorgprofiel;
- Bij het opstellen van het persoonlijke plan kan een gedragskundige/behandelaar betrokken worden die de aanvraag mede ondertekent. Eventueel kan hiervoor, in overleg met het zorgkantoor, ook de huisarts volstaan.
- Bij het jaarlijks evalueren van de zorg en het indienen van een vervolgaanvraag is een gedragsdeskundig /behandelaar betrokken, tenzij het zorgkantoor beoordeeld dat dit niet noodzakelijk is. In deze situatie kan, na inhoudelijke beoordeling door het zorgkantoor, het advies van een huisarts volstaan.
- Er moet minstens één professionele zorgverlener met het deskundigheidsniveau van verpleegkundige of SPH-er betrokken zijn bij de directe zorgverlening;
- Wanneer er sprake is van een meerzorg aanvraag die betrekking heeft op intensieve begeleiding vanwege ernstige gedragsproblematiek (zoals bij 7 VG, 7 VV en in mindere mate bij 5 VG) legt het zorgkantoor deze aanvragen voor aan het CCE voor een inhoudelijk advies, tenzij hij anders besluit;
- Bij een her-aanvraag dient er aangetoond te worden op welke wijze de eerder toegekende meerzorg is ingezet, welke ontwikkelingen zich voorgedaan hebben in de zorg en aan welke doelen er, indien van toepassing, is gewerkt.
- De kosten van de advisering van het CCE worden niet ten laste van de budgethouder gebracht. Bij een combinatie MPT/PGB en meerzorg worden de kosten van de advisering CCE in rekening gebracht bij de zorgaanbieder die een deel van de zorg thuis levert.

Tarieven

Indien er aan bovenstaande voorwaarden voor het toekennen van meerzorg wordt voldaan, boordeelt het zorgkantoor of de gehanteerde tarieven voor de zorgverleners redelijk en billijk zijn. Hierbij worden de maximum NZa-tarieven als richtlijn gebruikt. Voor de uren professionele zorg en uren niet professionele zorg (ongeacht wie deze zorg levert) gelden verschillende maximum tarieven. In de PGB is het toegestaan om in 2017 maximaal 63 euro te betalen voor professionele zorgverleners en 20 euro voor niet professionele zorgverleners.

Toekenning

Het zorgkantoor neemt besluit over toekennen meerzorg (kent deze toe of wijst af) en stuurt de cliënt een onderbouwing van de beslissing. Het zorgkantoor onderbouwt een afwijzing deugdelijk (zowel inhoudelijk als juridisch). Indien de meerzorg wordt toegekend ontvangt de cliënt daarnaast ook een nieuwe toekenningsbeschikking met het nieuwe jaarbudget.

Uitkomst beoordeling:

- Het zorgkantoor is akkoord en voorziet deze van datum dagtekening.
- Het zorgkantoor is akkoord met enkele kanttekeningen en voorziet deze van datum dagtekening.
- Het zorgkantoor wijst aanvraag af en stopt het proces van aanvraag meerzorg.

Niet compleet

Indien de aanvraag voor meerzorg niet compleet is, neemt het zorgkantoor deze niet in behandeling. Het zorgkantoor geeft de cliënt op dat moment de gelegenheid om de aanvraag binnen een door het zorgkantoor gestelde termijn aan te vullen (artikel 4:5 Algemene wet bestuursrecht). Indien binnen deze termijn de benodigde documenten niet zijn aangevuld, wordt de aanvraag afgesloten. Indien de cliënt wel alle benodigde stukken opstuurt, zal dit als nieuwe ingangsdatum gelden en heeft het zorgkantoor opnieuw maximaal 8 weken voor de

²⁷ Mantelzorg is in bijlage II 5.4 nader toegelicht

beoordeling. Het zorgkantoor bevestigt de ontvangst van de aanvraag meerzorg aan de cliënt, mocht de aanvraag niet compleet zijn, zal dit ook schriftelijk aan de aanvrager meegedeeld worden.

Afwijzingscriteria:

Een aanvraag voor meerzorg wordt door het zorgkantoor afgewezen indien:

- De cliënt niet voldoet aan de criteria van verantwoord thuis wonen zoals omschreven staat in het toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen. Dit kan bijvoorbeeld geconstateerd worden na een huisbezoek van het zorgkantoor en/of het CCE bij de cliënt;
- De cliënt niet doelmatig de zorg inkoop als omschreven staat in het toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen;
- de aanvraag noodzakelijk is om het 24-uurs toezicht in de directe nabijheid te regelen;
- meerzorg wordt gebruikt om een (deel van de) vervallen budgetgarantie te compenseren;
- meerzorg wordt gebruikt voor loonsverhogingen van bestaande zorgverleners;
- er niet wordt voldaan aan criteria om meerzorg toe te kennen;
- tarieven voor de zorgverleners hoger zijn dan de richtlijn van de NZa.

II 2.3 Van honorering aanvraag tot her-aanvraag meerzorg

Looptijd toekenning: 1 tot 3 jaar, tenzij anders overeengekomen.

In principe wordt meerzorg bij positief besluit toegekend vanaf datum binnenkomst complete aanvraag tenzij zorgkantoor en cliënt een andere ingangsdatum overeengekomen zijn.

Wanneer het zorgkantoor de aanvraag heeft gehonoreerd, dient de cliënt de facturen in bij de SVB. Meerzorg kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven. De looptijd van de meerzorg is, afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt, 1 tot 3 jaar tenzij anders overeengekomen.

Huisbezoek

Als onderdeel van de aanvraag meerzorg PGB zal het zorgkantoor de thuiswonende budgethouder een huisbezoek brengen. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of de cliënt de extra uren meerzorg volgens afspraak doelmatig en rechtmatig inzet. Indien de aanvraag meerzorg is bedoeld voor het toewerken naar doelen zal er bij de controle ook besproken worden welke stappen er gemaakt zijn. De budgethouder moet hiervoor te allen tijde aan kunnen tonen hoe de (extra uren) zorg zijn ingezet.

Indien blijkt dat (een deel van) de uren meerzorg ondoelmatig of onrechtmatig zijn ingezet door de cliënt, wordt (een deel van) het budget meerzorg teruggevorderd bij de cliënt.

II 2.4 Her-aanvraag

Minimaal 3 en maximaal 5 maanden voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van meerzorg (= vervaldatum beschikking meerzorg) dient de cliënt contact op te nemen met het zorgkantoor. Het zorgkantoor bepaald vervolgens aan de hand van de problematiek of het administratief afgehandeld kan worden of er aanvullende stukken noodzakelijk zijn voor de herbeoordeling.

De ingangsdatum van de nieuwe toekenning is de vervaldatum van de vorige beschikking, zodat meerzorg naadloos doorloopt. Indien de cliënt de her-aanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van meerzorg niet worden gegarandeerd.

Wijziging in cliënt situatie

- De cliënt stelt het zorgkantoor te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte wanneer de zorgvraag het aantal uren uit het Persoonlijk Plan overschrijdt. Het zorgkantoor beslist vervolgens of het Persoonlijk Plan waarop het afgegeven beschikking betrekking heeft in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuwe beoordeling noodzakelijk is.
- Indien de cliënt verhuist naar een ander zorgkantoorregio blijft het eerder genomen besluit van het zorgkantoor van kracht voor de duur van het kalenderjaar.

- Het eerder genomen besluit door het zorgkantoor kan tussentijds komen te vervallen, indien de cliënt een gewijzigde indicatie van het CIZ krijgt. De cliënt dient, indien nodig, een nieuwe aanvraag meerzorg in bij het zorgkantoor.

II 2.5 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

Doorlooptijd in principe maximaal 21 weken (vanaf indiening bezwaar bij zorgkantoor).

1. Indien de cliënt het oneens is met besluit van het zorgkantoor om een aanvraag meerzorg af te wijzen, kan de cliënt binnen 6 weken na datum dagtekening een bezwaarschrift indienen bij het zorgkantoor.
2. Het zorgkantoor stuurt ontvangstbevestiging naar de cliënt en geeft daarbij aan wat de maximum doorlooptijd is van de bezwaarschriftprocedure, te weten in principe 21 weken.
3. Het zorgkantoor hoort de cliënt, hiervan wordt een verslag gemaakt. Het zorgkantoor hoeft de cliënt niet te horen indien zich situaties voordoen zoals geschetst in art. 7:3 Awb.
4. Het zorgkantoor schrijft concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar het Zorginstituut Nederland met verzoek om bezwaaradvies.
5. Het Zorginstituut Nederland brengt een advies uit als bedoeld in het artikel 10.3.1. van de Wlz binnen 10 weken na ontvangst van alle gegevens en bescheiden die voor de beoordeling van het verzoek noodzakelijk zijn en zendt gelijktijdig een afschrift daarvan aan de cliënt.
6. Het zorgkantoor schrijft concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar de cliënt.
7. De cliënt kan in beroep gaan tegen het besluit van het zorgkantoor bij de rechtbank (sector bestuur).
8. De cliënt kan in hoger beroep gaan.
9. Beslissing Centrale Raad van Beroep.

II 3. Aanvraag meerzorg bij MPT

Binnen het modulaire pakket zijn er 2 leveringsvormen te onderscheiden. De cliënt kan de zorgfuncties (Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Begeleiding) verzilveren bij één of meer zorg in natura zorgaanbieders of een deel van de zorgfuncties in PGB.

Indien de cliënt een deel van de zorg afneemt in PGB en een deel van de zorg in natura, is het voor de procedure aanvraag meerzorg van belang om inzicht te hebben in het deel van de zorg waarvoor meerzorg aangevraagd wordt. Heeft de meerzorgaanvraag betrekking op het PGB-gedeelte van de zorg, dan wordt verwezen naar de procedure zoals omschreven staat in hoofdstuk II 2. Heeft de meerzorgaanvraag betrekking op zorg in natura of op beide leveringsvormen, dan wordt verwezen naar onderstaande procedure. Bij een aanvraag MPT mag zowel de zorgaanbieder als de cliënt de aanvraag meerzorg indienen.

II 3.1 Aanvraagprocedure

1. De cliënt heeft een Wlz-indicatie die toegang geeft tot meerzorg en verzilvert deze thuis in de leveringsvorm MPT.
2. De cliënt of zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor indien de uren zorg die vanuit het zorgprofiel ingezet worden niet voldoende zijn.
3. De zorgaanbieder vult de rekenmodule meerzorg in en stuurt deze via het notitieverkeer naar het zorgkantoor.
4. Indien blijkt dat de cliënt in aanmerking komt voor meerzorg, wordt er gekeken of de extreme zorgzwaarte veroorzaakt wordt door gedragsproblematiek of door somatische problematiek.
5. A. Indien de reden voor de aanvraag meerzorg somatische problematiek betreft zal het zorgkantoor een afspraak met de cliënt maken om de aanvraag door te nemen.
B. Indien de reden voor de aanvraag gedragsproblematiek betreft, dient het formulier inhoudelijk advies meerzorg van het CCE ingevuld te worden en stuurt de zorgaanbieder na goedkeuring door het zorgkantoor, de aanvraag door naar het CCE²⁸.
6. A. Het zorgkantoor neemt een beslissing over meerzorg en stelt de cliënt en de zorgaanbieder hier schriftelijk van op de hoogte.
B. Na ontvangst van het advies van het CCE neemt het zorgkantoor een beslissing over de meerzorg en stelt de cliënt en de zorgaanbieder hier schriftelijk van op de hoogte.

II 3.2 Van aanvraag meerzorg tot en met toekenning/afwijzing aanvraag

De zorgaanbieder stelt, samen met de cliënt, een zorgplan op voor de thuiswonende cliënt. Indien uit het contact met het zorgkantoor blijkt dat er meerzorg aangevraagd kan worden, dient de zorgaanbieder, in samenspraak met de cliënt, een aanvraag meerzorg in bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag voor meerzorg op basis van het zorgprofiel van de cliënt, het zorgplan, de benodigde zorg, de bijkomende problematiek, de rekenmodule bij MPT en de aanvullende gegevens die zijn aangeleverd. Indien de aanvraag in behandeling wordt genomen door het zorgkantoor ontvangt de aanvrager hier een schriftelijke bevestiging van. Bij een eerste aanvraag voor meerzorg wordt ter beoordeling van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt door het zorgkantoor een huisbezoek afgelegd indien dit nodig is voor een zorgvuldige besluitvorming, tenzij het CCE de cliënt al bezoekt.

Beoordeling meerzorgaanvraag

Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag op basis van de volgende criteria:

- De CIZ-indicatie moet geldig en passend zijn;
- De cliënt heeft een CIZ-indicatie voor een van de zorgprofielen waarbij meerzorg kan worden aangevraagd;
- De aanvraag moet volledig zijn;
- Er is sprake van extreme zorgbehoefte. Duidelijk moet vastgelegd zijn wat de aard en omvang is van de uren zorg die het zorgprofiel overstijgt en of die wel noodzakelijk is, gelet op de zorgvraag van de cliënt;
- In de aanvraag is rekening gehouden met gebruikelijke zorg²⁹ en/of respijtzorg³⁰ en/of mantelzorg³¹;

²⁸ De kosten van het CCE advies bedragen per 1-1-2017 € 1190 per toetsing per cliënt en zijn voor rekening van de zorgaanbieder.

- Het zorgplan sluit aan bij de zorgvraag van de cliënt;
- Uit de invulling van het zorgplan blijkt dat de zorg kwalitatief goed is en dat de randvoorwaarden hiervoor in de thuissituatie aanwezig zijn;
- Er moet, binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid, geen doelmatiger zorgaanbod zijn;
- Indien er sprake is van een zorgprofiel waarbij de aanvraag wordt getoetst door het CCE, dient er een positief advies te liggen van het CCE;
- Er moet sprake zijn van minimaal 25% meer behoefte aan uren zorg dan beschikbaar in het zorgprofiel;
- Bij het opstellen van het zorgplan kan een gedragskundige/behandelaar betrokken worden die de aanvraag mede ondertekent. Eventueel kan hiervoor, in overleg met het zorgkantoor, ook de huisarts volstaan.
- Bij het jaarlijks evalueren van de zorg en het indienen van een vervolgaanvraag is een gedragskundig /behandelaar betrokken, tenzij het zorgkantoor beoordeeld dat dit niet noodzakelijk is. In deze situatie kan, na inhoudelijke beoordeling door het zorgkantoor, het advies van een huisarts volstaan.
- Er moet minstens één professionele zorgverlener (verpleegkundige of SPH-er) betrokken zijn bij de directe zorgverlening;
- Wanneer er sprake is van een meerzorgaanvraag die betrekking heeft op ernstige gedragsproblematiek (zoals bij 7 VG, 7 VV en in mindere mate bij 5 VG) vraagt de zorgaanbieder, na goedkeuring van het zorgkantoor, advies aan bij het CCE;
- Bij een her-aanvraag dient er, indien van toepassing, aangetoond te worden op welke wijze er in de voorafgaande periode aan de vooraf opgesteld doelen is gewerkt en welke resultaten er zijn behaald.

Toekenning

Het zorgkantoor neemt besluit over toekennen meerzorg (kent deze toe of wijst af) en stuurt de cliënt/ en de zorgaanbieder een beschikking. Het zorgkantoor onderbouwt een afwijzing deugdelijk (zowel inhoudelijk als juridisch).

Uitkomst beoordeling:

- Het zorgkantoor is akkoord en voorziet deze van datum dagtekening.
- Het zorgkantoor is akkoord met enkele kanttekeningen en voorziet deze van datum dagtekening.
- Het zorgkantoor wijst aanvraag af en stopt het proces van aanvraag meerzorg.

Niet compleet

Indien de aanvraag voor meerzorg niet compleet is, neemt het zorgkantoor deze niet in behandeling. Het zorgkantoor geeft de cliënt of zorgaanbieder op dat moment de gelegenheid om de aanvraag binnen een, door het zorgkantoor gestelde, termijn aan te vullen (artikel 4:5 Algemene wet bestuursrecht). Indien binnen deze termijn de benodigde documenten niet zijn aangevuld, wordt de aanvraag afgesloten. Indien de cliënt of de zorgaanbieder wel alle benodigde stukken opstuurt, zal dit als nieuwe ingangsdatum gelden en heeft het zorgkantoor opnieuw 8 weken voor de beoordeling. Het zorgkantoor bevestigt de ontvangst van de aanvraag meerzorg aan de cliënt en de zorgaanbieder, mocht de aanvraag niet compleet zijn, zal dit ook schriftelijk aan de aanvrager meegedeeld worden.

Afwijzingscriteria

Een aanvraag voor meerzorg wordt door het zorgkantoor afgewezen indien:

- De cliënt niet voldoet aan de criteria van verantwoord thuis wonen, zoals omschreven staat in het toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen. Dit kan bijvoorbeeld geconstateerd worden na een huisbezoek van het zorgkantooradvies, van de zorgaanbieder en/of het CCE bij de cliënt;
- De aanvraag noodzakelijk is om het 24-uurs toezicht in de directe nabijheid te regelen;
- Er niet wordt voldaan aan criteria om meerzorg toe te kennen.

²⁹ Gebruikelijke zorg is in bijlage II 5.4 nader toegelicht.

³⁰ Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorg een adempauze te geven.

³¹ Mantelzorg is in bijlage II 5.4 nader toegelicht

II 3.3 Van honorering aanvraag tot her-aanvraag meerzorg

Looptijd toekenning: 1 jaar

In principe wordt meerzorg bij positief besluit toegekend vanaf datum binnenkomst complete aanvraag tenzij het zorgkantoor en de cliënt een andere ingangsdatum overeengekomen zijn.

Indien het zorgkantoor de aanvraag heeft gehonoreerd, declareert de zorgaanbieder de toegekende prestaties bij het zorgkantoor. Meerzorg kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven. Indien duur van een beschikking meerzorg de jaargrens overschrijdt, wordt de hoogte van het budget opnieuw vastgesteld. Dit budget wordt bepaald door het aantal uren op basis waarvan de meerzorg is toegekend te vermenigvuldigen met het geldende tarief in het betreffende jaar.

Materiële controle

Na het toekennen van een budget meerzorg voor thuiswonende cliënten, die de zorg via de leveringsvorm MPT verzilveren, zal er steekproefsgewijs een controle plaatsvinden. De cliënt en de zorgaanbieder moet hiervoor te allen tijde aan kunnen tonen hoe de (extra uren) zorg zijn ingezet ten behoeve van de thuiswonende cliënt. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of de cliënt en de zorgaanbieder de extra uren meerzorg volgens afspraak doelmatig en rechtmatig besteedt. Indien de aanvraag meerzorg bedoeld is voor het toewerken naar doelen, zal bij de controle ook besproken worden welke stappen er gemaakt zijn.

Indien blijkt dat (een deel van) de uren meerzorg ondoelmatig of onrechtmatig zijn ingezet door de cliënt en/of zorgaanbieder, wordt (een deel van) de toegekende uren zorg gekort.

II 3.4 Her-aanvraag

Minimaal 3 en maximaal 5 maanden voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van meerzorg (= vervaldatum beschikking meerzorg) dient de cliënt contact op te nemen met het zorgkantoor. Het zorgkantoor bepaald vervolgens aan de hand van de problematiek of het administratief afgehandeld kan worden of er aanvullende stukken noodzakelijk zijn voor de herbeoordeling.

De ingangsdatum van de nieuwe toekenning is de vervaldatum van de vorige beschikking, zodat meerzorg naadloos doorloopt. Indien de cliënt de her-aanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van meerzorg niet worden gegarandeerd.

Indien de cliënt /de zorgaanbieder de her-aanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van meerzorg niet worden gegarandeerd.

Wijziging in cliënt situatie

- De cliënt of zorgaanbieder stelt het zorgkantoor te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte wanneer de zorgvraag van de cliënt het aantal uren uit het zorgplan overschrijdt. Het zorgkantoor beslist vervolgens of het zorgplan waarop de afgegeven beschikking betrekking heeft, in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuwe beoordeling noodzakelijk is;
- Indien de cliënt verhuist naar een ander zorgkantoorregio en de nieuwe zorgaanbieder het zorgplan van de oude zorgaanbieder integraal overneemt, blijft het eerder genomen besluit van het zorgkantoor van kracht voor de duur van het kalenderjaar;
- Het eerder genomen besluit door het zorgkantoor kan tussentijds komen te vervallen, indien de cliënt een gewijzigde indicatie van het CIZ krijgt na herindicatie. De cliënt /de zorgaanbieder dient, indien nodig, een nieuwe aanvraag meerzorg in bij het zorgkantoor.

II 3.5 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

Doorlooptijd in principe maximaal 21 weken (vanaf indiening bezwaar bij zorgkantoor)

1. Indien de cliënt of de zorgaanbieder het oneens is met besluit van het zorgkantoor om een aanvraag meerzorg af te wijzen, kan de cliënt of de zorgaanbieder binnen 6 weken na datum dagtekening een bezwaarschrift indienen bij het zorgkantoor.

2. Het zorgkantoor stuurt ontvangstbevestiging naar de cliënt en de zorgaanbieder en geeft daarbij aan wat de maximum doorlooptijd is van de bezwaarschriftprocedure, te weten in principe 21 weken.
3. Het zorgkantoor hoort de cliënt of de zorgaanbieder, hiervan wordt een verslag gemaakt. Het zorgkantoor hoeft de cliënt of de zorgaanbieder niet te horen indien zich situaties voordoen zoals geschetst in art. 7:3 Awb.
4. Het zorgkantoor schrijft concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar het Zorginstituut Nederland met verzoek om bezwaaradvies.
5. Het Zorginstituut Nederland brengt een advies uit als bedoeld in het artikel 10.3.1. van de Wlz binnen 10 weken na ontvangst van alle gegevens en bescheiden die voor de beoordeling van het verzoek noodzakelijk zijn en zendt gelijktijdig een afschrift daarvan aan de cliënt en de zorgaanbieder.
6. Het zorgkantoor schrijft concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar de cliënt en de zorgaanbieder.
7. De cliënt en de zorgaanbieder kan in beroep gaan tegen het besluit van het zorgkantoor bij de rechtbank (sector bestuur).
8. De cliënt of de zorgaanbieder kan in hoger beroep gaan.
9. Beslissing Centrale Raad van Beroep.

II 4. Aanvraag meerzorg bij VPT

Indien er een aanvraag meerzorg wordt gedaan voor cliënten die de leveringsvorm VPT hebben, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het indienen van de aanvraag. Hieronder wordt het aanvraagproces omschreven.

II 4.1 Aanvraagprocedure

1. De cliënt heeft een Wlz-indicatie die toegang geeft tot meerzorg en verzilvert deze thuis in de leveringsvorm VPT.
2. De zorgaanbieder neemt contact op met het zorgkantoor indien de uren zorg die vanuit het zorgprofiel worden geleverd niet voldoende zijn, en gebruikt voor de aanvraag voor meerzorg het aanvraagjabloon voor intramurale zorg (staat beschreven in deel I).
3. A. Indien de reden aanvraag meerzorg somatische problematiek betreft kan de aanvraag rechtstreeks naar het zorgkantoor.
B. Indien er sprake is van gedragsproblematiek dient de zorgaanbieder na goedkeuring van het zorgkantoor een aanvraag in bij het CCE³².
4. Bij binnenkomst aanvraagdocument beoordeelt het zorgkantoor of de zorg doelmatig en verantwoord geleverd kan worden (voor nadere toelichting hierop zie toetsingskader doelmatig en verantwoord thuiswonend).
5. Zorgkantoor geeft een beschikking af aan de cliënt en de zorgaanbieder.

II 4.2 Van aanvraag meerzorg tot en met toekenning/afwijzing aanvraag

De zorgaanbieder stelt, samen met de cliënt, een zorgplan op voor de thuiswonende cliënt. Indien uit het contact met het zorgkantoor blijkt dat er meerzorg aangevraagd kan worden, dient de zorgaanbieder, in samenspraak met de cliënt, een aanvraag meerzorg in bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag voor meerzorg op basis van het cliëntprofiel, het zorgplan, de benodigde zorg, de bijkomende problematiek en de aanvullende gegevens die zijn aangeleverd. Indien de aanvraag in behandeling wordt genomen door het zorgkantoor ontvangt de aanvrager hier een schriftelijke bevestiging van. Bij een eerste aanvraag voor meerzorg wordt ter beoordeling van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt kan evt. door het zorgkantoor een huisbezoek afgelegd worden indien dit noodzakelijk is voor een zorgvuldige beoordeling, tenzij het CCE de cliënt al bezoekt.

Beoordeling meerzorgaanvraag

Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag op basis van de volgende criteria:

- De CIZ-indicatie moet geldig zijn;
- De cliënt heeft een CIZ-indicatie voor een van de zorgprofielen waarbij meerzorg kan worden aangevraagd;
- De aanvraag moet volledig zijn;
- Er is sprake van extreme zorgbehoefte. Duidelijk moet vastgelegd zijn, wat de aard en omvang is van de uren zorg die het zorgprofiel overstijgt en die wel noodzakelijk is gelet op de zorgvraag van de cliënt;
- In de aanvraag is rekening gehouden met gebruikelijke zorg³³ en/of respijtzorg³⁴ en/of mantelzorg³⁵;
- Het zorgplan sluit aan bij de zorgvraag van de cliënt;
- Uit de invulling van het zorgplan blijkt dat de zorg kwalitatief goed is en dat de randvoorwaarden hiervoor in de thuissituatie aanwezig zijn;
- Er moet, binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid, geen doelmatiger zorgaanbod zijn;
- Indien er sprake is van een zorgprofiel waarbij de aanvraag wordt getoetst door het CCE, dient er een positief advies te liggen van het CCE;
- Er moet sprake zijn van minimaal 25% meer behoefte aan uren zorg dan beschikbaar in het zorgprofiel;
- Bij het opstellen van het zorgplan is een gedragskundige/ behandelaar betrokken die de aanvraag mede ondertekent;

³² De kosten van het CCE advies bedragen per 1-1-2017 € 1190 per toetsing/cliënt en zijn voor rekening van de zorgaanbieder.

³³ Gebruikelijke zorg wordt in bijlage II 5.4 nader toegelicht

³⁴ Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven.

³⁵ Mantelzorg wordt in bijlage II 5.4 nader toegelicht.

- Bij het jaarlijks evalueren van de zorg en het indienen van een vervolgaanvraag is een gedragsdeskundig /behandelaar betrokken;
- Er moet minstens één professionele zorgverlener (verpleegkundige of SPH-er) betrokken zijn bij de directe zorgverlening;
- Wanneer er sprake is van een meerzorgaanvraag die betrekking heeft op ernstige gedragsproblematiek (zoals bij 7 VG, 7 VV en in mindere mate bij 5 VG), vraagt de zorgaanbieder na goedkeuring van het zorgkantoor een advies van het CCE aan;
- Bij een her-aanvraag: Is in de voorgaande periode is op systematische wijze aan de vooraf opgestelde doelen gewerkt en welke resultaten er behaald zijn.

Toekenning

Het zorgkantoor neemt besluit over toekennen meerzorg (kent deze toe of wijst af) en stuurt de zorgaanbieder een beschikking. Het zorgkantoor onderbouwt een afwijzing deugdelijk (zowel inhoudelijk als juridisch).

Uitkomst beoordeling:

- Het zorgkantoor is akkoord en voorziet deze van datum dagtekening.
- Het zorgkantoor is akkoord met enkele kanttekeningen en voorziet deze van datum dagtekening.
- Het zorgkantoor wijst aanvraag af en stopt het proces van aanvraag meerzorg.

Niet compleet

Indien de aanvraag voor meerzorg niet compleet is, neemt het zorgkantoor deze niet in behandeling. Het zorgkantoor geeft de cliënt op dat moment de gelegenheid om de aanvraag, binnen een door het zorgkantoor gestelde termijn, aan te vullen (artikel 4:5 Algemene wet bestuursrecht). Indien binnen deze termijn de benodigde documenten niet zijn aangevuld, wordt de aanvraag afgesloten. Indien de zorgaanbieder wel alle benodigde stukken opstuurt, zal dit als nieuwe ingangsdatum gelden en heeft het zorgkantoor opnieuw 8 weken voor de beoordeling. Het zorgkantoor bevestigt de ontvangst van de aanvraag meerzorg aan de zorgaanbieder. Mocht de aanvraag niet compleet zijn, zal dit ook schriftelijk aan de aanvrager meegedeeld worden.

Afwijzingscriteria

Een aanvraag voor meerzorg wordt door het zorgkantoor afgewezen indien:

- de cliënt niet voldoet aan de criteria van verantwoord thuis wonen, zoals omschreven staat in het toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen. Dit kan bijvoorbeeld geconstateerd worden na een huisbezoek van het zorgkantoor advies van de zorgaanbieder en/of het CCE bij de cliënt;
- de aanvraag noodzakelijk is om het 24-uurs toezicht in de directe nabijheid te regelen;
- er niet wordt voldaan aan criteria om meerzorg toe te kennen.

II 4.3 Van honorering aanvraag tot en met her-aanvraag meerzorg

Looptijd toekenning: 1 tot 3 jaar

In principe wordt meerzorg bij positief besluit toegekend vanaf datum binnenkomst complete aanvraag tenzij met de cliënt een andere ingangsdatum is overeengekomen.

Indien het zorgkantoor de aanvraag heeft gehonoreerd, declareert de zorgaanbieder de prestatie meerzorg bij het zorgkantoor. Meerzorg kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven.

Indien duur van een beschikking meerzorg de jaargrens overschrijdt, wordt de hoogte van het budget opnieuw vastgesteld. Dit budget wordt bepaald door het aantal uren op basis waarvan de meerzorg is toegekend te vermenigvuldigen met het geldende tarief in het betreffende jaar.

Materiële controle

Na het toekennen van een budget meerzorg voor thuiswonende cliënten die de zorg via de leveringsvorm VPT verzilveren, zal er steekproefsgewijs een controle plaatsvinden. De zorgaanbieder moet hiervoor te allen tijde aan kunnen tonen hoe de (extra uren) zorg zijn ingezet ten behoeve van de thuiswonende cliënt. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of de zorgaanbieder de extra uren meerzorg volgens afspraak doelmatig en

rechtmatig besteedt. Indien de aanvraag meerzorg bedoeld is voor het toewerken naar doelen zal er bij de controle ook besproken worden welke stappen er gemaakt zijn.

Indien blijkt dat (een deel van) de uren meerzorg ondoelmatig of onrechtmatig zijn ingezet door de zorgaanbieder, wordt (een deel van) de toegekende uren zorg gekort of teruggevorderd.

II 4.3 Van honorering aanvraag tot en met her-aanvraag meerzorg

Looptijd toekenning: 1 tot 3 jaar

In principe wordt meerzorg bij positief besluit toegekend vanaf datum binnenkomst complete aanvraag tenzij met de cliënt een andere ingangsdatum is overeengekomen.

Indien het zorgkantoor de aanvraag heeft gehonoreerd, declareert de zorgaanbieder de prestatie meerzorg bij het zorgkantoor. Meerzorg kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven.

Indien duur van een beschikking meerzorg de jaargrens overschrijdt, wordt de hoogte van het budget opnieuw vastgesteld. Dit budget wordt bepaald door het aantal uren op basis waarvan de meerzorg is toegekend te vermenigvuldigen met het geldende tarief in het betreffende jaar.

Materiële controle

Na het toekennen van een budget meerzorg voor thuiswonende cliënten die de zorg via de leveringsvorm VPT verzilveren, zal er steekproefsgewijs een controle plaatsvinden. De zorgaanbieder moet hiervoor te allen tijde aan kunnen tonen hoe de (extra uren) zorg zijn ingezet ten behoeve van de thuiswonende cliënt. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of de zorgaanbieder de extra uren meerzorg volgens afspraak doelmatig en rechtmatig besteedt. Indien de aanvraag meerzorg bedoeld is voor het toewerken naar doelen zal er bij de controle ook besproken worden welke stappen er gemaakt zijn.

Indien blijkt dat (een deel van) de uren meerzorg ondoelmatig of onrechtmatig zijn ingezet door de zorgaanbieder, wordt (een deel van) de toegekende uren zorg gekort of teruggevorderd.

II 4.4 Her-aanvraag

Minimaal 3 en maximaal 5 maanden voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van meerzorg (= vervaldatum beschikking meerzorg) dient de cliënt contact op te nemen met het zorgkantoor. Het zorgkantoor bepaald vervolgens aan de hand van de problematiek of het administratief afgehandeld kan worden of er aanvullende stukken noodzakelijk zijn voor de herbeoordeling.

De ingangsdatum van de nieuwe toekenning is de vervaldatum van de vorige beschikking, zodat meerzorg naadloos doorloopt. Indien de cliënt de her-aanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van meerzorg niet worden gegarandeerd.

Wijziging in cliëntsituatie

De zorgaanbieder stelt het zorgkantoor te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte wanneer de zorgvraag van de cliënt het aantal uren uit het zorgplan overschrijdt. Het zorgkantoor beslist vervolgens of het zorgplan waarop het afgegeven beschikking betrekking heeft in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuwe beoordeling noodzakelijk is. Indien de cliënt naar een nieuwe zorgaanbieder verhuist die het zorgplan van de oude zorgaanbieder integraal overneemt, blijft het eerder genomen besluit van het zorgkantoor van kracht voor de duur van maximaal één jaar vanaf datum verhuizing naar de nieuwe zorgaanbieder, of de geldigheidsduur van het CCE-advies indien deze binnen één jaar na verhuizing verstrijkt. Het eerder genomen besluit door het zorgkantoor kan tussentijds komen te vervallen, indien de cliënt een gewijzigde indicatie van het CIZ krijgt na herindicatie. De zorgaanbieder dient, indien nodig, een nieuwe aanvraag meerzorg in bij het zorgkantoor.

II 4.5 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

Doorlooptijd in principe maximaal 21 weken (vanaf indiening bezwaar bij zorgkantoor)

1. Indien de zorgaanbieder het oneens is met besluit van het zorgkantoor om een aanvraag meerzorg af te wijzen, kan de zorgaanbieder binnen 6 weken na datum dagtekening een bezwaarschrift indienen bij het zorgkantoor.

2. Het zorgkantoor stuurt ontvangstbevestiging naar de zorgaanbieder en geeft daarbij aan wat de maximum doorlooptijd is van de bezwaarschriftprocedure, te weten in principe 21 weken.
3. Het zorgkantoor hoort de zorgaanbieder, hiervan wordt een verslag gemaakt. Het zorgkantoor hoeft de cliënt of de zorgaanbieder niet te horen indien zich situaties voordoen zoals geschetst in art. 7:3 Awb.
4. Het zorgkantoor schrijft concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar het Zorginstituut Nederland met verzoek om bezwaaradvies.
5. Het Zorginstituut Nederland brengt een advies uit als bedoeld in het artikel 10.3.1. van de Wlz binnen 10 weken na ontvangst van alle gegevens en bescheiden die voor de beoordeling van het verzoek noodzakelijk zijn en zendt gelijktijdig een afschrift daarvan aan de zorgaanbieder.
6. Het zorgkantoor schrijft concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar de cliënt en de zorgaanbieder.
7. De zorgaanbieder kan in beroep gaan tegen het besluit van het zorgkantoor bij de rechtbank (sector bestuur).
8. De zorgaanbieder kan in hoger beroep gaan.
9. Beslissing Centrale Raad van Beroep

II 5. Persoonlijk Assistentie Budget

Indien er een meerzorg aanvraag wordt gedaan voor een cliënt, die de zorg ontvangt met als leveringsvorm PGB, is de cliënt zelf, eventueel samen met een ondersteuner verantwoordelijk voor de aanvraag. In dit hoofdstuk wordt daar waar cliënt staat ook ondersteuner bedoeld, tenzij anders vermeld. Om aanspraak te doen op deze regeling moet voldaan worden aan de volgende voorwaarden³⁶:

- de cliënt is geïndiceerd 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 5 LG, 6 LG of 7 LG, 7 VV of 8 VV.
- de cliënt is, vanuit een medische noodzaak, aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid van verzekerde in levensbedreigende situaties te waarborgen,
- de cliënt is 18 jaar of ouder,
- de cliënt heeft geen cognitieve beperkingen.
- de cliënt dient op eigen kracht de aan een persoonsgebonden budget verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren³⁷,
- de cliënt dient op eigen kracht, de door hem verkozen zorgaanbieders en mantelzorgers op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg².

II 5.1 Aanvraagprocedure

1. De cliënt heeft een Wlz-indicatie die toegang geeft tot het PAB en verzilvert deze thuis in de leveringsvorm PGB.
2. De cliënt neemt contact op met zorgkantoor indien de uren zorg die vanuit het zorgprofiel ingekocht worden niet voldoende zijn.
3. Het zorgkantoor beoordeelt of de cliënt in aanmerking komt voor het PAB en stuurt het aanvraagdocument PAB.
4. Om te beoordelen of de persoon tot de PAB doelgroep behoort overlegt de aanvrager een verklaring van zijn of haar behandelend arts (in de meeste gevallen zal dit het Centrum voor Thuisbeademing (CTB) zijn). Hieruit moet blijken of de persoon vanuit een medische noodzaak tenminste 24 uur per dag directe nabijheid van ondersteuning nodig heeft om de veiligheid te waarborgen.
5. Het zorgkantoor legt een huisbezoek af bij de cliënt om te beoordelen of de eigen regie en inzet van zorg akkoord is.
6. Het zorgkantoor neemt een beslissing over het PAB en stelt de cliënt hier schriftelijk van op de hoogte.

Niet compleet

Indien de aanvraag voor het PAB niet compleet is, neemt het zorgkantoor deze niet in behandeling. Het zorgkantoor geeft de cliënt op dat moment de gelegenheid om de aanvraag binnen een door het zorgkantoor gestelde termijn aan te vullen (artikel 4:5 Algemene wet bestuursrecht). Indien binnen deze termijn de benodigde documenten niet zijn aangevuld, wordt de aanvraag afgesloten. Indien de cliënt wel alle benodigde stukken opstuurt, zal dit als nieuwe ingangsdatum gelden en heeft het zorgkantoor opnieuw maximaal 8 weken voor de beoordeling. Het zorgkantoor bevestigt de ontvangst van de aanvraag PAB aan de cliënt, mocht de aanvraag niet compleet zijn, zal dit ook schriftelijk aan de aanvrager meegedeeld worden.

Tarieven

Indien het zorgkantoor beoordeelt dat de cliënt voldoet aan de voorwaarden voor het PAB zal er ten hoogste 222.889 euro in 2017 toegekend worden. Dit bedrag is gebaseerd op de continue aanwezigheid van zorgverleners met een maximaal uurtarief van 25 €. Hierbij zijn maximum tarieven die gelden binnen de pgb, van toepassing³⁸

³⁶ Artikel 5.15 Regeling Langdurige Zorg

³⁷ Artikel 3.3.3 lid 4 Wet Langdurige Zorg

Indien de cliënt samenwoont met een partner, die in staat is om zorg te verlenen, zal er maximaal 8 uur per dag in mindering gebracht worden op de hoogte van het budget.

II 5.2 Van aanvraag meerzorg tot en met toekenning/afwijzing aanvraag

Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag voor het PAB op basis van het cliëntprofiel, het aanvraagdocument PAB, de benodigde zorg, de bijkomende problematiek en aanvullende gegevens die zijn aangeleverd.

Indien de aanvraag door het zorgkantoor in behandeling wordt genomen, ontvangt de cliënt hier een schriftelijke bevestiging van. Bij een eerste aanvraag voor het PAB wordt ter beoordeling van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt door het zorgkantoor een huisbezoek afgelegd.

De aanvraag

Beoordeling PAB aanvraag

Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag op basis van de volgende criteria:

- De CIZ-indicatie moet geldig en passend bij de zorgvraag van de cliënt zijn.
- De cliënt heeft een CIZ-indicatie voor een van de zorgprofielen waarbij het PAB kan worden aangevraagd.
- De aanvraag moet volledig zijn.
- Er is sprake van medische noodzaak voor 24 uur toezicht.
- Uit de invulling van het aanvraagdocument PAB blijkt dat de zorg kwalitatief goed is en dat de randvoorwaarden hiervoor in de thuissituatie aanwezig zijn.

II 5.3 Van honorering aanvraag tot her-aanvraag meerzorg

Looptijd toekenning: 1 tot 3 jaar, tenzij anders overeengekomen.

In principe wordt PAB bij positief besluit toegekend vanaf datum binnenkomst complete aanvraag tenzij zorgkantoor en cliënt een andere ingangsdatum overeengekomen zijn.

Wanneer het zorgkantoor de aanvraag heeft gehonoreerd, dient de cliënt de facturen in bij de SVB. Het PAB kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven. De looptijd van de PAB is voor onbepaalde tijd. Indien de situatie van de cliënt wijzigt waardoor hij niet meer voldoet aan de criteria voor het PAB zal het zorgkantoor deze toekenning beëindigen.

II 5.4 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

Doorlooptijd in principe maximaal 21 weken (vanaf indiening bezwaar bij zorgkantoor).

1. Indien de cliënt het oneens is met besluit van het zorgkantoor om een aanvraag PAB af te wijzen, kan de cliënt binnen 6 weken na datum dagtekening een bezwaarschrift indienen bij het zorgkantoor.
2. Het zorgkantoor stuurt ontvangstbevestiging naar de cliënt en geeft daarbij aan wat de maximum doorlooptijd is van de bezwaarschriftprocedure, te weten in principe 21 weken.
3. Het zorgkantoor hoort de cliënt, hiervan wordt een verslag gemaakt. Het zorgkantoor hoeft de cliënt niet te horen indien zich situaties voordoen zoals geschetst in art. 7:3 Awb.
4. Het zorgkantoor schrijft concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar het Zorginstituut Nederland met verzoek om bezwaaradvies.
5. Het Zorginstituut Nederland brengt een advies uit als bedoeld in het artikel 10.3.1. van de Wlz binnen 10 weken na ontvangst van alle gegevens en bescheiden die voor de beoordeling van het verzoek noodzakelijk zijn en zendt gelijktijdig een afschrift daarvan aan de cliënt.
6. Het zorgkantoor schrijft concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar de cliënt.
7. De cliënt kan in beroep gaan tegen het besluit van het zorgkantoor bij de rechtbank (sector bestuur).
8. De cliënt kan in hoger beroep gaan.
9. Beslissing Centrale Raad van Beroep.

³⁸ Artikel 5.22 Regeling Langdurige Zorg

II Bijlage 1 aanvraagsjablonen

Voor de verschillende leveringsvormen zijn verschillende aanvraagsjablonen beschikbaar. U kunt bij het zorgkantoor de benodigde documenten opvragen.

Aanvraagsjabloon meerzorg voor thuiswonende cliënten met MPT

(Rekenmodule zie website zorgkantoor).

Aanvraagsjabloon meerzorg voor thuiswonende cliënten met PGB

(Dit document kan opgevraagd worden bij het zorgkantoor).

Aanvraagsjabloon meerzorg voor thuiswonende cliënten met VPT

(Zie aanvraagsjabloon meerzorg intramuraal).

II Bijlage 2 Zorgplan voor thuiswonende cliënten

Op de website van de Rijksoverheid³⁹ staat aangegeven wat een zorgplan is en welke onderdelen minimaal in het zorgplan moeten worden vastgelegd. Hieronder volgt een korte weergave.

In het zorgplan staan afspraken over de precieze invulling van de zorg door de zorgaanbieder aan een cliënt. Een zorgplan heet ook wel zorgleefplan, persoonlijk ontwikkelingsplan, individueel plan of ondersteuningsplan. Dat verschilt per zorgaanbieder.

Inhoud zorgplan

Het zorgplan is vooral bedoeld om afspraken vast te leggen over de kwaliteit van de zorg. In een zorgplan staan afspraken over bijvoorbeeld:

- begeleiding, verzorging of verpleging;
- dagbesteding;
- het doel van de zorg (wat kan een cliënt bijvoorbeeld zelf doen);
- hulp van familie;
- privacy;
- hygiëne.

Een cliënt kan de zorgaanbieder vertellen wat hij belangrijk vindt. Bijvoorbeeld wonen met privacy, personeel in de buurt of elke dag douchen.

³⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vraag-en-antwoord/welke-afspraken-tussen-client-en-zorgaanbieder-staan-in-een-zorgplan>

II Bijlage 3 Voorwaarden waaraan aanvraag meerzorg moet voldoen

A) Rapportage

De rapportage bestaat uit recente informatie, dat wil zeggen maximaal 1 jaar oud en nog actueel op het moment van aanvraag.

Benodigde informatie:

- Algemene gegevens
- Persoonlijk Plan

Inhoudelijke gegevens:

- Een door cliënt (-vertegenwoordiger) en zorgaanbieder getekend individueel Persoonlijk Plan voor Zorg en Dagbesteding; onderbouwd en zo nodig aangevuld met gegevens uit bijvoorbeeld evaluaties en dergelijke.
- Als er in verband met behoefte aan meerzorg nog geen extra middelen worden ingezet: een plan van aanpak toevoegen waarin de gewenste situatie wordt omschreven (inclusief de doelen, de werkwijze en een onderbouwd programma).

B) Voorwaarden waaraan aanvraag CCE moet voldoen

De rapportage bestaat uit recente informatie, dat wil zeggen maximaal 1 jaar oud en nog actueel op het moment van aanvraag.

Benodigde informatie

Algemene gegevens

- Aanvraagformulier CCE
- Toestemming van het zorgkantoor inclusief datum dagtekening ontvangst aanvraag bij zorgkantoor
- Aanvraagdocument meerzorg

Inhoudelijke gegevens

- Een door cliënt (-vertegenwoordiger) en zorgaanbieder getekend individueel zorgplan (ook wel: persoonlijk plan, ondersteuningsplan, enzovoorts) voor Wonen en Dagbesteding; onderbouwd en zo nodig aangevuld met gegevens uit bijvoorbeeld evaluaties en dergelijke.
- Als er in verband met behoefte aan meerzorg nog geen extra middelen worden ingezet: een plan van aanpak toevoegen waarin de gewenste situatie wordt omschreven (inclusief de doelen, de werkwijze en een onderbouwd programma).

C) Voorwaarden waaraan aanvraag CCE moet voldoen m.b.t. GGZ en VV (uitsluitend van toepassing als sprake is van gedragsproblematiek)

De rapportage bestaat uit recente informatie, dat wil zeggen maximaal 1 jaar oud en nog actueel op het moment van aanvraag.

Benodigde informatie

Algemene gegevens

- Aanvraagformulier CCE
- Toestemming van het zorgkantoor inclusief datum dagtekening ontvangst aanvraag bij zorgkantoor
- Excel sjabloon aanvraag meerzorg waarin het dag-/weekprogramma met personele inzet zijn opgenomen.

Inhoudelijke gegevens

- Een door cliënt (-vertegenwoordiger) en zorgaanbieder getekend individueel zorgplan (ook wel: persoonlijk plan, ondersteuningsplan, enzovoorts) voor Wonen en Dagbesteding; onderbouwd en zo nodig aangevuld met gegevens uit bijvoorbeeld evaluaties en dergelijke.

II Bijlage 4 Gebruikelijke Zorg

Indien cliënten thuis willen wonen met een Wlz-indicatie is 24-uurs toezicht noodzakelijk. Hier is rekening mee gehouden bij het opstellen van de budgetten die beschikbaar zijn voor cliënten die de Wlz-indicatie thuis willen verzilveren. Daarnaast is er nog zorg die partners/ouders inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden, de zogenaamde gebruikelijke zorg. Indien de zorgvraag persoonlijke verzorging of begeleiding betreft en kortdurend (maximaal 3 maanden) van aard is, valt dit onder gebruikelijke zorg, waarbij rekening wordt gehouden met algemeen aanvaarde maatstaven.

Het zorgkantoor beoordeelt of er sprake is van gebruikelijke zorg bij een aanvraag meerzorg en houdt hierbij rekening met de sociale relatie welke zorg mensen elkaar moeten bieden en de noodzakelijke deskundigheid van de zorgverleners. Voor zover een partner, ouder volwassen kind en/ of elke andere volwassen huisgenoot geobjectiveerde beperkingen heeft en/of kennis/vaardigheden mist om gebruikelijke zorg uit te voeren zullen deze uren geïndiceerd worden. Indien er sprake is van overbelasting van het sociale systeem kan er ook (kortdurende) zorg geïndiceerd worden.

Hieronder staat omschreven per sociale relatie wat gebruikelijk geacht wordt.

Volwassenen

Indien meerdere volwassenen een huishouden delen wordt de begeleiding als gebruikelijk gezien indien deze ingezet wordt om de verzekerde te begeleiden op het terrein van maatschappelijke participatie of tijdens het normaal maatschappelijk verkeer (bijvoorbeeld huisartsbezoek of een bezoek aan de tandarts). Daarnaast is het gebruikelijk om hulp te bieden (of overnemen) van de taken die bij een gezamenlijk huishouden horen.

Partners

Indien er sprake is van een langdurige situatie wordt de Persoonlijke verzorging en verpleging niet als gebruikelijk gezien. De begeleiding wordt als gebruikelijk gezien indien deze ingezet wordt om de verzekerde te begeleiden op het terrein van maatschappelijke participatie of tijdens het normaal maatschappelijk verkeer (bijvoorbeeld huisartsbezoek of een bezoek aan de tandarts). Daarnaast is het gebruikelijk om hulp te bieden (of overnemen) van de taken die bij een gezamenlijk huishouden horen.

Kinderen

De gebruikelijke zorg die ouders aan kinderen bieden omvat zorg in de zin van persoonlijke verzorging en, begeleiding en een woonomgeving waarin hun fysieke en sociale 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.

Er is sprake van bovengebruikelijke zorg indien de duur van de zorghandelingen persoonlijke verzorging/ verpleging en begeleiding individueel gezamenlijk minimaal een uur meer is dan de zorg voor een kind zonder Wlz-indicatie. Ook is er sprake van bovengebruikelijke zorg wanneer het handelingen betreffen die een gezond kind van die leeftijd zelfstandig uit kan voeren of bij een gezond kind niet uitgevoerd hoeven te worden. Bij de beoordeling van gebruikelijke zorg wordt gebruik gemaakt van de richtlijn die hieronder is opgenomen. Het uitgangspunt van de richtlijn is de zorg die ouders volgens heersende maatschappelijke opvattingen moeten bieden aan kinderen zonder beperkingen, rekening houdend met verschillen die bij kinderen in dezelfde leeftijdscategorie 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, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, voor henzelf te voorkomen;
- hebben voortdurend, dat wil zeggen op geplande en ongeplande momenten, 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 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, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, 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.

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, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, 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 (zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, 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
- bij kinderen van 12 jaar of ouder wordt de intieme persoonlijke verzorging en verpleging niet meer gezien als gebruikelijk.

⁴⁰ Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015, bijlage 3

II Bijlage 5 Stroomschema thuiswonend II Bijlage 5 Stroomschema thuiswonend



