

# Voorschrift zorgtoewijzing 2019

**Addendum bij overeenkomst 2019  
Zorgkantoor – Zorgaanbieder Wlz**

Zorgverzekeraars Nederland | december 2018

2019

**Disclaimer**

*De documenten opgesteld door het zorgkantoor ten behoeve van de inkoop van langdurige zorg 2019 zijn onder voorbehoud van wijzigend beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om een correctie in de inkoopdocumenten, de procedure en wijziging of aanpassing van de voorschriften van de inkoopprocedure toe te passen. Dat kan als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte, de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dienen te maken of door gewijzigde Wlz-regelgeving.*

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
1.1	Doelstelling voorschrift	4
<b>2.</b>	<b>Inleiding proces zorgtoewijzing</b>	<b>6</b>
2.1	Inleiding	6
2.2	Proces van zorgtoewijzing	6
<b>3.</b>	<b>Wlz-zorg bij thuis wonen</b>	<b>11</b>
3.1	Inleiding	11
3.2	Algemene uitgangspunten voor het organiseren van zorg thuis	11
3.2.1	Beschikking	15
3.3	Mogelijkheden voor zorg thuis	17
3.3.1	Volledig pakket thuis (VPT)	18
3.3.2	Modulair pakket thuis (MPT)	19
3.3.3	Zorgtoewijzingsproces VPT en MPT	20
3.3.4	VPT of MPT in combinatie met behandeling	40
3.3.5	VPT of MPT in combinatie met Persoonsgebonden budget (PGB)	46
3.3.6	MPT (en/of PGB) met toeslag EKT	49
3.3.7	MPT met toeslag meerzorg	56
3.3.8	VPT, MPT of PGB in combinatie met logeren	60
3.3.9	VPT, MPT of PGB in combinatie met onderwijs	62
3.4	Overzicht gebruik rekenmodule en formulier verantwoorde zorg thuis	63
<b>4.</b>	<b>Wlz-zorg bij verblijf in een instelling</b>	<b>65</b>
4.1	Inleiding	65
4.2	Algemene uitgangspunten voor het organiseren van verblijfszorg	65
4.3	Vormen van verblijfszorg	68
4.3.1	Verblijf in een instelling	68
4.3.2	Crisisopname in een instelling	85
4.3.3	Verblijf in een instelling, met de toeslag meerzorg	86
4.3.4	Verblijf in een instelling in combinatie met zorg thuis	88
4.3.5	Tijdelijk behandeling naast opname zonder behandeling	88
4.3.6	Partneropname	89
4.3.7	Tijdelijk verblijf in een andere instelling en administratieve zorgtoewijzing	90
4.4	Palliatief Terminale Zorg	91

<b>5.</b>	<b>Cliëntondersteuning</b>	<b>93</b>
5.1	Inleiding	93
5.2	Bepalen coördinator zorg thuis en/of dossierhouder	93
5.3	Wie heeft welke taken en verantwoordelijkheden?	93
5.4	Wanneer stopt de rol van coördinator zorg thuis of dossierhouder?	101
5.5	Verandering van dossierhouder of coördinator zorg thuis	101
<b>6.</b>	<b>Zorgweigering en zorgbeëindiging</b>	<b>102</b>
6.1	Inleiding	102
6.2	Zorgweigering door zorgaanbieder	102
6.3	Zorgbeëindiging door zorgaanbieder	103
<b>7.</b>	<b>Bijlage A: Begrippenlijst</b>	<b>105</b>
<b>8.</b>	<b>Bijlage B: Belangrijke informatie en websites</b>	<b>118</b>
<b>9.</b>	<b>Bijlage C: Leveringsstatus</b>	<b>119</b>
<b>10.</b>	<b>Bijlage D: Vertaaltabel</b>	<b>124</b>
<b>11.</b>	<b>Bijlage E: Overgangsrecht voor cliënten met een laag zorgprofiel</b>	<b>126</b>
11.1	Over welke lage zorgprofielen gaat het overgangsrecht?	126
11.2	Welke keuzemogelijkheden zijn er in het overgangsrecht?	127
<b>12.</b>	<b>Bijlage F: Overgangsrecht voor Wlz-indiceerbaren</b>	<b>128</b>
<b>13.</b>	<b>Bijlage G: Gebruikelijke zorg</b>	<b>131</b>
<b>14.</b>	<b>Bijlage H: Regeling crisisopname</b>	<b>134</b>
14.1	Algemene uitgangspunten	134
14.2	Processchema crisisopname V&V en GZ	135
14.3	Processtappen crisissituatie V&V	136
14.4	Processtappen crisissituatie GZ	142
<b>15.</b>	<b>Bijlage I: Regeling Meezorg intramuraal en geclusterd VPT</b>	<b>148</b>
15.1	Nieuwe regeling Meezorg	148
15.2	Individuele aanvraag of groepsmeezorgaanvraag	149
15.3	Individuele aanvraag preventieve meezorg (intramuraal of VPT)	156
15.4	Bezwaarprocedure	157
15.5	Verhuizing	157

# 1. Voorwoord

Voor u ligt een nieuwe versie van het Voorschrift zorgtoewijzing 2019. Hierna voorschrift genoemd. Het voorschrift maakt onderdeel uit van de Wlz-overeenkomst 2019 tussen zorgkantoren en zorgaanbieders en sluit aan bij het zorginkoopbeleid van de zorgkantoren. Het voorschrift is van toepassing op alle cliënten met een geldig indicatiebesluit voor zorg die valt binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). Het voorschrift is ook van toepassing op alle cliënten met een indicatiebesluit voor de subsidieregeling Extramuraal behandeling.

De ingangsdatum van dit voorschrift is 1 januari 2019. Vanaf deze datum wijzigt de regeling Meerzorg. Naast een individuele aanvraag voor meerzorg kan meerzorg ook worden aangevraagd voor een groep. Verder is het aanvraagproces voor de regeling Extra kosten thuis<sup>1</sup> (EKT) vereenvoudigd omdat het onderscheid naar doelgroepen is vervallen. De toeslag EKT wordt daardoor, voor iedereen die dat nodig heeft, op dezelfde manier aangevraagd. De aanbieder heeft daarnaast meer tijd om met een cliënt in gesprek te gaan over zijn zorgarrangement. De periode om een zorgtoewijzing aan te vragen is daarvoor verruimd naar maximaal 10 werkdagen. Deze verruiming geldt dan ook voor het vaststellen van de juiste leveringsstatus (wachtljststatus).

In deze versie van het voorschrift is parttime wonen niet uitgewerkt omdat landelijk nog niet alle vragen over dit onderwerp zijn beantwoord. Het is bijvoorbeeld nog niet duidelijk hoe parttime wonen zich verhoudt tot logeren en welke eigen bijdrage gaat gelden. Het verhuisdossier<sup>2</sup> ontbreekt ook in dit voorschrift maar de uitwerking hiervan is al wel vergevorderd. Aansluitend daarop wordt het proces uitgewerkt om gelijktijdig meerdere voorkeursaanbieders voor verblijfszorg toe te wijzen als een cliënt dat wil. Vóór invoering van een van deze onderwerpen wordt een nieuwe versie van het voorschrift gepubliceerd. Een gewijzigde versie van het voorschrift wordt niet voor 1 april 2019 verwacht.

## 1.1 Doelstelling voorschrift

### Voor wie is het voorschrift bedoeld?

Het voorschrift is bedoeld voor medewerkers bij zorgaanbieders, onafhankelijke cliëntondersteuners en zorgkantoren die, samen met de cliënt, passende Wlz-zorg organiseren.

Het voorschrift richt zich voornamelijk op het uitvoeringsproces voor zorg in natura. De beschreven werkwijze sluit dan ook aan bij de professionele rol van zorgaanbieders. Het

<sup>1</sup> De regeling Extra kosten thuis is vanaf 1 juli 2018 verruimd. Daardoor is er meer ruimte voor inzet van (overbruggings)zorg thuis via een Modulair pakket thuis.

<sup>2</sup> Verhuisdossier: verhuist een cliënt naar een andere zorgkantoor regio? Dan draagt het huidige zorgkantoor de verantwoordelijkheid voor een cliënt over naar het nieuwe zorgkantoor. Deze verandering raakt vooral het uitvoeringsproces bij de zorgkantoren.

voorschrift raakt maar in beperkte mate het uitvoeringsproces voor het persoonsgebonden budget (PGB)<sup>3</sup>. Cliënten die Wlz-zorg inkopen met een PGB kunnen meer informatie vinden in het document 'Mogelijkheden voor extra budget'.

### **Reikwijdte voorschrift**

In de Wlz-keten zijn Wlz-uitvoerders (zorgverzekeraars) formeel verantwoordelijk voor uitvoering van de Wlz. Deze verantwoordelijkheid omvat het efficiënt organiseren en monitoren van het regionale proces van zorgtoewijzing en tijdige zorgverlening aan eigen verzekerden. De Wlz-uitvoerders hebben de uitvoering van dit proces gemandateerd aan de regionaal werkende zorgkantoren. Voor een uniforme en transparante uitvoering voor alle verzekerden hebben zorgkantoren het voorschrift opgesteld. Verzekerden (cliënten) in het domein van de Wlz hebben hierdoor overal in Nederland een vergelijkbaar recht op een zorgarrangement thuis, overbruggingszorg of verblijfszorg in een instelling. Om maatwerk te realiseren wordt daarbij rekening gehouden met het verschil tussen de doelgroepen (sectoren) binnen de Wlz.

Uniforme uitvoering levert voor Wlz-zorgaanbieders, onafhankelijke cliëntondersteuners en zorgkantoren bovendien administratieve lastenverlichting op, omdat het zorgtoewijzingsproces op eenduidige wijze wordt afgehandeld en verwerkt in het administratieve proces.

### **Status voorschrift zorgtoewijzing**

Het voorschrift zorgtoewijzing is opgesteld in ZN-verband. Bij een aanzienlijke wijziging van het document wordt een conceptversie gedeeld en besproken met verschillende branchepartijen van zorgaanbieders, cliëntorganisaties, Per Saldo, VWS, ZiNL en de NZa.

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

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

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

### **Versiebeheer voorschrift zorgtoewijzing**

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

---

<sup>3</sup> Meer informatie over de regeling PGB is terug te vinden op bijvoorbeeld de website van de Rijksoverheid, Per Saldo en de zorgkantoren.

# 2. Inleiding proces zorgtoewijzing

## 2.1 Inleiding

De Wlz beoogt tijdig passende, langdurige zorg te bieden aan mensen met een Wlz-indicatie, waarbij rekening wordt gehouden met het individueel welzijn en het leven zoals mensen dat het liefst willen leven. Zo lang mogelijk thuis wonen, deel uit maken van de samenleving, zorg op maat, zorg die past bij de identiteit van de cliënt, zorg die aansluit bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt, keuzevrijheid, zelfregie en persoonsvolgende zorg zijn allemaal begrippen die hiernaar verwijzen en waar in de Wlz op gestuurd wordt.

Om dit te regelen wordt de cliënt in de Wlz centraal gepositioneerd. En kan de cliënt voor vragen over zijn zorg of ondersteuning bij het organiseren van passende zorg direct terecht bij het zorgkantoor. Maar de cliënt<sup>4</sup> kan ook een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen die daarvoor is gecontracteerd door het zorgkantoor.

Het is helaas niet altijd mogelijk om de aanspraak op Wlz-zorg direct én passend bij de wens (voorkeur) of zorgbehoefte van de cliënt te leveren. Het voorschrift beschrijft de afspraken en procedures die dan van toepassing zijn. Het voorschrift volgt daarin de processtappen die een cliënt in de Wlz doorloopt.

## 2.2 Proces van zorgtoewijzing

### Algemene uitgangspunten voor Wlz-zorg

Welke algemene uitgangspunten gelden voor het organiseren van passende Wlz-zorg?

- Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) beoordeelt of iemand aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet<sup>5</sup>. Is dat het geval dan krijgt iemand een indicatie voor het best passende zorgprofiel (zorgzwaartepakket) bij zijn zorgvraag;
- Iemand komt in aanmerking voor Wlz-zorg als hij blijvend is aangewezen op 24 uur zorg per dag in de nabijheid<sup>6</sup> of als er permanent toezicht<sup>7</sup> nodig is om ernstig nadeel voor iemand te voorkomen. Herstel of verbetering van een cliëntsituatie is hierbij veelal onmogelijk. Het

<sup>4</sup> In het vervolg van dit document wordt onder cliënt ook verstaan zijn ouder(s), verzorger(s), mantelzorger(s), (wettelijk) vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp.

<sup>5</sup> De beleidsregels indicatiestelling Wlz zijn terug te vinden op de website van het CIZ.

<sup>6</sup> 24 uur zorg in nabijheid is van toepassing bij ernstig fysieke of zware regieproblemen. Een cliënt moet dan 24 uur per dag zorg kunnen inroepen.

<sup>7</sup> Permanent toezicht: als er elk moment iets ernstig mis kan gaan en dit moet worden voorkomen door tijdig ingrijpen (onveilige, gevaarlijke of (levens)bedreigende gezondheidssituaties of gedragsituaties).

CIZ houdt bij de beoordeling van de zorgbehoefte van een cliënt geen rekening met de mogelijkheden van de aanwezige mantelzorg, sociale omgeving of deelname aan onderwijs;

- De Wlz is voorliggend aan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorg thuis voor iemand die over een indicatiebesluit van het CIZ beschikt valt dan onder de Wlz als dit zo in de Wlz-aanspraken<sup>8</sup> is beschreven. De thuiszorg mag in deze cliëntsituaties niet oneigenlijk worden betaald vanuit de Wmo of Zvw<sup>9</sup> (wijkverpleging of eerstelijns verblijf). Dit geldt niet alleen voor thuiszorg maar voor alle zorg die onder de Wlz valt, bijvoorbeeld ook medicijnkosten of kosten voor mondzorg bij iemand die is opgenomen in een instelling waar hij ook behandeling krijgt;
- Wordt een indicatie voor Wlz-zorg gesteld en krijgt een cliënt op dat moment bijvoorbeeld wijkverpleging via zijn zorgverzekeraar, dan kan er tijd nodig zijn om Wlz-zorg in te regelen. Voor deze 'regelzorg' is wettelijk niets geregeld, daarom hebben betrokken partijen een praktische afspraak gemaakt: na ontvangst van het indicatiebesluit wordt de zorg nog maximaal 5 werkdagen vanuit het oude domein gecontinueerd en ook betaald;
- Is een cliënt tevreden over zijn zorg(aanbieder) uit het andere domein en wil hij die graag behouden als hij overgaat naar de Wlz? Dan is dat mogelijk als deze zorgaanbieder(s) ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg of als onderaannemer kan of wil werken. De zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor een cliënt houdt rekening met deze wens van de cliënt bij het organiseren van zijn (overbruggings)zorg thuis;
- Wijzigt een zorgvraag structureel of past die niet meer binnen de mogelijkheden van het geïndiceerde zorgprofiel? Dan kan dat aanleiding zijn om voor een cliënt een nieuwe indicatie aan te vragen bij het CIZ (als daarvoor nog een beter passend zorgprofiel is). De cliënt kan dan zelf een nieuwe indicatie aanvragen bij het CIZ. Maar dat kan door iemand die daarvoor toestemming heeft van de cliënt, bijvoorbeeld een zorgprofessional. Een herindicatie gaat dan voor op vergoeding van extra toeslagen (thuis);
- Bij het samenstellen van een zorgarrangement is de wens van een cliënt leidend (welke leveringsvorm en welke zorgaanbieders). Maar ketenpartijen houden niet alleen rekening met de wensen van een cliënt. Er wordt ook rekening gehouden met een rechtmatige, doelmatige en verantwoorde inzet van zorg. Voor een rechtmatige inzet van zorg is het indicatiebesluit leidend. Voor het bepalen van doelmatige inzet van zorg, wordt de zorg die bij de cliënt past afgezet tegen het doel dat daarmee voor de cliënt wordt bereikt, de prijs (betaalbaarheid) en de mate waarin de indicatie wordt gebruikt;
- Elke betrokken (zorg)professional heeft een eigenstandige signalerende rol naar het zorgkantoor over verantwoorde en doelmatige zorg thuis. Dit geldt ook voor de medische en gedragskundige zorg;
- Zorgkantoren zijn samen met zorgaanbieders verantwoordelijk voor het beoordelen van doelmatige en verantwoorde zorg. Afstemming met zorgprofessional(s) die direct bij een cliënt betrokken zijn, is belangrijk omdat zij actuele kennis over een cliëntsituatie hebben en

<sup>8</sup> Beschrijving van de Wlz-aanspraken is terug te vinden op de website van het Zorginstituut.

<sup>9</sup> Vanaf 2018 wordt er door de zorgverzekeraars gecontroleerd op oneigenlijk gebruik van de Zvw (samenloop controle) als iemand beschikt over een indicatiebesluit voor Wlz-zorg. Dit heeft niet alleen consequenties voor een cliënt maar ook voor betrokken zorgaanbieders. Uitzondering hierop vormt bijvoorbeeld verpleging en verzorging voor een minderjarig kind met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap die verband houdt met behoefte aan geneeskundige zorg (art. 3.1.5 Besluit langdurige zorg).



veelal contact met de huisarts of andere betrokken behandelaars. Zorgkantoren hebben daarvoor onvoldoende direct contact met de cliënt en vaak geen compleet beeld van de cliënt in zijn (thuis)situatie en de afspraken die over zijn zorg zijn gemaakt door de betrokken partijen;

- Een zorgaanbieder die gecontracteerd is voor Wlz-zorg, kan alléén zorg leveren voor die prestaties waarvoor hij een productieafspraken heeft gemaakt met het zorgkantoor. Bij toewijzing van het geïndiceerde zorgprofiel en de gewenste leveringsvorm, controleren zorgkantoren vooraf niet of de zorgaanbieder de toegewezen zorg (in natura) kan leveren. De zorgaanbieder heeft zelf de verantwoordelijkheid om te bepalen of dat mag. Bij inzet van zorg die afwijkt van de gecontracteerde zorg (prestaties) ligt het financiële risico bij de zorgaanbieder. Het zorgkantoor heeft de mogelijkheid om in een jaar nieuwe prestaties met een zorgaanbieder af te spreken. Is er geen productieafspraken mogelijk voor een bepaald zorgprofiel<sup>10</sup>? Dan bespreekt de zorgaanbieder met de cliënt de optie van een vervangend zorgprofiel (bij verblijfszorg), een pakket voor zorg thuis óf de mogelijkheid om naar een zorgaanbieder te worden bemiddeld die beter passende zorg kan leveren;
- Het zorgkantoor voert achteraf materiële controles uit op rechtmatige inzet van zorg. Daarom documenteert de zorgaanbieder het, met de cliënt overeengekomen, zorgarrangement transparant en navolgbaar in het (digitale) zorgplan. Het zorgarrangement bevat de leveringsvorm en de in te zetten zorgprestaties met bijbehorende omvang;
- Zorgkantoren toetsen periodiek en achteraf ook op doelmatige inzet van zorg (of de gemiddelde kosten binnen het toegestane budget blijven). Dit gebeurt aan de hand van ontvangen declaraties voor cliënten in een bepaalde periode of bepaald kalenderjaar. Controle op kostenontwikkeling vindt niet alleen op het niveau van de individuele zorgaanbieder plaats maar ook door een vergelijking tussen aanbieders.

#### Processtappen voorafgaand aan het zorgtoewijzingsproces

- Het CIZ bepaalt of iemand toegang heeft tot de Wlz. De cliënt ontvangt van deze beoordeling een schriftelijk indicatiebesluit. Een positief indicatiebesluit voor Wlz-zorg bevat altijd het best passende zorgprofiel<sup>11</sup> voor een cliënt zoals door het CIZ is vastgesteld. De cliënt kan dit recht verzilveren via diverse leveringsvormen voor zorg thuis. Of via de leveringsvorm verblijf bij een opnamewens of als thuis wonen niet meer verantwoord is;
- Weet de cliënt bij de indicatiestelling al hoe (VoorkeurCliënt) hij zijn zorg wil krijgen en van welke zorgaanbieder? Dan geeft het CIZ deze informatie door in het indicatiebesluitbericht. Het CIZ stuurt het (positieve) indicatiebesluit via het iWlz-berichtenverkeer door naar het zorgkantoor<sup>12</sup>. Dit is het startpunt van het proces zorgtoewijzing.



<sup>10</sup> In de NZa beleidsregels voor zorgzwaartebekostiging wordt gesproken over een ZZP-prestatie voor een zorgprofiel (ZZP is ZorgZwaartePakket).

<sup>11</sup> Met uitzondering van een landelijk kleine groep Wlz-indiceerbaren die nog een indicatiebesluit hebben voor functies en klassen omdat zij in een ADL-clusterwoning wonen.

<sup>12</sup> Wordt een eerste aanvraag van een cliënt voor Wlz-zorg door het CIZ afgewezen (negatief indicatiebesluit), dan ontvangen zorgkantoren deze informatie niet via het iWlz-berichtenverkeer.

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

- Is er geen voorkeuraanbieder bekend of weet de cliënt bij de indicatiestelling nog niet hoe hij zijn zorg wil krijgen (veld VoorkeurCliënt is leeg)? Dan neemt het zorgkantoor altijd contact op met de cliënt en bespreekt wat de zorgvraag is van de cliënt, welke zorg(aanbieder) bij zijn wens en zijn situatie past en in welke vorm hij zijn zorg wil krijgen. Dit gebeurt binnen 1 werkdag na ontvangst van het indicatiebesluitbericht;
- Dat geldt ook voor de situatie dat de cliënt graag zorg thuis wil krijgen maar nog niet precies weet in welke vorm (VPT, MPT of PGB)<sup>13</sup>. In iWlz staat dan bij het veld VoorkeurCliënt: Zorg thuis (niet nader gespecificeerd). Het zorgkantoor is in deze situaties tijdelijk het eerste aanspreekpunt voor een cliënt. De cliënt kan er ook voor kiezen om dit samen met een onafhankelijke cliëntondersteuner uit te zoeken (zie hoofdstuk 5);
- Het zorgkantoor maakt bij de bemiddeling van de cliënt, conform de wet, een afweging tussen kwaliteit en betaalbaarheid maar volgt zoveel mogelijk de wens van de cliënt;
- Zolang niet duidelijk is van wie een cliënt zijn zorg wil ontvangen, kan een indicatie niet worden toegewezen en kan Wlz-zorg niet worden opgestart. Is een cliënt niet bereikbaar dan ontvangt hij hierover (schriftelijk) bericht van het zorgkantoor. Dit gebeurt binnen 3 werkdagen na ontvangst van het indicatiebesluitbericht. Daarin wordt de cliënt gevraagd contact op te nemen. Natuurlijk blijft het zorgkantoor de cliënt ook benaderen.

### **Voorkeuraanbieder en Voorkeurcliënt bekend**

Wordt in het indicatiebesluitbericht (IO31) doorgegeven wie de voorkeuraanbieder is van een cliënt en hoe (VoorkeurCliënt) hij zijn zorg wil krijgen? Iemand die thuis wil blijven wonen, kan bijvoorbeeld kiezen uit een Volledig Pakket Thuis (VPT), een Modulair Pakket Thuis (MPT) of zijn zorg (deels of volledig) met een PGB inkopen. Dan:

- maakt het zorgkantoor direct (automatisch) een zorgtoewijzingsbericht aan voor deze zorgaanbieder of voor de afdeling PGB van het zorgkantoor<sup>14</sup>. Die kan dan zo snel mogelijk met de cliënt contact opnemen om samen te bepalen wat de best passende zorg is, of hij deze zorg doelmatig en verantwoord kan leveren en vanaf welk moment. Benodigde inzet van zorg wordt zo niet onnodig vertraagd. Het zorgkantoor kan bij de cliënt later toetsen<sup>15</sup> of er vragen zijn, er nog ondersteuning gewenst is bij het realiseren van zijn zorgvraag en of de cliënt tevreden is over (het contact met) zijn voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor registreert het resultaat van dit gesprek in het cliëntdossier. Of;
- neemt het zorgkantoor eerst zelf contact op met de cliënt om na te gaan of de cliënt goed op de hoogte is van de keuzemogelijkheden voor Wlz-zorg. Ook wordt nagegaan of de voorkeuren van de cliënt, zoals die in het indicatiebesluitbericht staan, passen bij zijn zorgvraag en wensen. Zo nodig worden deze aangepast voor het versturen van het zorgtoewijzingsbericht. Ook hier kan het zorgkantoor later toetsen of de cliënt tevreden is (over het contact) met zijn voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor registreert het resultaat van dit gesprek in het cliëntdossier.

<sup>13</sup> VoorkeurCliënt: zorg thuis (niet nader gespecificeerd, waarde 3).

<sup>14</sup> Bij voorkeur voor PGB neemt het zorgkantoor altijd contact op met de cliënt voor het plannen van een bewuste keuze gesprek (BKG). Dit proces wordt verder niet in het voorschrift beschreven.

<sup>15</sup> Een zorgkantoor bepaalt zelf in welke cliëntsituaties er wordt getoetst. Bijvoorbeeld bij alle nieuwe cliënten in de Wlz of alleen bij bepaalde doel- of risicogroepen. Het kan ook afhankelijk zijn van het functioneren van een zorgaanbieder (wel/geen high trust zorgaanbieder).

- bespreekt de voorkeuraanbieder, na ontvangst van het indicatiebesluitbericht, samen met de cliënt hoe zijn zorgvraag ingevuld kan worden in een zorgarrangement. Kan de voorkeuraanbieder geen passend zorgarrangement regelen? In overleg met de cliënt wordt de zorgtoewijzing dan gemotiveerd teruggegeven aan het zorgkantoor (zie hoofdstuk 6 Zorgweigeren en zorgbeëindiging). De zorgaanbieder doet dit binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing en gebruikt daarvoor het beveiligde VECOZO-notitieverkeer. Het zorgkantoor kan contact opnemen met de aanbieder over zijn motivatie. Bij instemming met de motivatie neemt het zorgkantoor de begeleiding en zorgbemiddeling van de cliënt over. De cliënt kan hiervoor ook een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen;
- kan de cliënt er ook voor kiezen om samen met zijn voorkeuraanbieder een nieuwe zorgaanbieder te zoeken als het niet lukt om een passend zorgarrangement te regelen. Lukt dat, dan draagt de voorkeuraanbieder de zorgtoewijzing via het iWlz-berichtenverkeer zelf over (zie hoofdstuk 5). Komen ze er samen niet uit, dan geeft de voorkeuraanbieder de zorgtoewijzing gemotiveerd terug aan het zorgkantoor. Deze handelwijze doet recht aan het principe van zelfregie en keuzevrijheid van de cliënt.

# 3. Wlz-zorg bij thuis wonen

## 3.1 Inleiding

De Wlz heeft tot doel mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, daarom wordt in het voorschrift eerst het zorgtoewijzingsproces voor zorg thuis beschreven. Dat wordt in dit hoofdstuk gedaan aan de hand van de situatie dat iemand geen opnamewens of -behoefte heeft. Hoofdstuk 4 sluit aan op hoofdstuk 3 en begint met de situatie dat iemand thuis wacht op opname omdat het niet meer doelmatig of verantwoord is om thuis te blijven wonen. Daarna wordt het zorgtoewijzingsproces voor verblijfszorg beschreven.

## 3.2 Algemene uitgangspunten voor het organiseren van zorg thuis

### Algemene uitgangspunten voor het organiseren van zorg thuis in de Wlz

- Iedereen met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (V&V) of de Gehandicaptenzorg (GZ)<sup>16</sup> kan zorg thuis krijgen als dit het gewenste en best passende zorgarrangement is. Dat geldt niet voor iemand met een indicatie voor Geestelijke gezondheidszorg (GGZ-B zorgprofiel) of een (SG)LVG zorgprofiel;
- In de Wlz kan een GGZ-B zorgprofiel alleen worden verzilverd in een GGZ-instelling die gericht is op behandeling. Als de noodzaak voor verblijfszorg in een GGZ-instelling voor behandeling vervalt, is er geen recht meer op Wlz-zorg tenzij er een indicatie is voor een ander zorgprofiel. Is dat niet het geval en is er nog zorg, begeleiding of behandeling thuis nodig? Dan wordt een beroep gedaan op de andere domeinen (Wmo, Jw of Zvw<sup>17</sup>);
- Een (SG)LVG zorgprofiel wordt door het CIZ alleen geïndiceerd als er noodzaak is voor verblijf in een (SG)LVG behandelcentrum en een cliënt nog niet is uitbehandeld. Een indicatie voor een (SG)LVG zorgprofiel kan daarom in principe niet thuis worden verzilverd. Tenzij hiervoor bijvoorbeeld een dringend advies ligt van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Zorgkantoren hebben een eigenstandige rol bij de beoordeling van individuele casuïstiek en kunnen in deze situaties dan besluiten een uitzondering te maken (zie hoofdstuk 4 en bijlage D);
- Verblijft iemand met een (SG)LVG zorgprofiel in een (SG)LVG behandelcentrum? Dan moet, in aanloop naar het moment waarop de cliënt is uitbehandeld, op tijd een nieuwe indicatie worden aangevraagd voor de Wlz, Zvw en/of Wmo. Stroomt een cliënt uit naar het Zvw of Wmo domein, maar is er nog tijd nodig om dit goed in te regelen? Dan kan tot het moment

<sup>16</sup> De gehandicaptenzorg onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

<sup>17</sup> Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw).

van daadwerkelijke uitstroom de indicatie voor het (SG)LVG zorgprofiel worden gebruikt om de zorg in het behandelcentrum te continueren en te declareren. Dit op voorwaarde dat de indicatie nog geldig is. Wordt er een ander, regulier Wlz zorgprofiel geïndiceerd? Dan kan tot het moment van doorstroom naar een geschikte intramurale plaats, de nieuwe indicatie tijdelijk worden omgezet naar een zorgtoewijzing voor verblijfszorg met een passend SGLVG of LVG zorgprofiel. Hiermee kan de zorg in het behandelcentrum tijdelijk worden gecontinueerd en gedeclareerd. Dat geldt ook voor de situatie dat een cliënt zorg thuis wil maar er nog tijd nodig is om dit goed in te regelen;

- In de Wlz kan iemand voor een langere periode zorg thuis krijgen (soort zorgtoewijzing Regulier) of tijdelijk om de periode tot opname te overbruggen (soort zorgtoewijzing Overbrugging). Dit kan via een Volledig Pakket Thuis, Modulair Pakket Thuis of (deels) via een Persoonsgebonden budget. Een VPT, MPT of PGB dat ingezet wordt omdat er geen opnamewens is, kan later ook worden omgezet naar overbruggingszorg als er wel een opnamewens of opnamebehoefte ontstaat;
- Een cliënt bepaalt zelf wie (welke zorgaanbieder) zijn eerste aanspreekpunt is voor het organiseren van zijn zorg thuis via een Modulair Pakket Thuis (MPT). Een cliënt kan dit natuurlijk ook samen met de betrokken zorgaanbieders bepalen;
- De zorgaanbieder die een cliënt als eerste aanspreekpunt wil voor het organiseren van zijn MPT is de coördinator zorg thuis. Voor verblijf in een instelling of een Volledig Pakket Thuis (VPT) is die zorgaanbieder de dossierhouder;
- Welke zorgaanbieder de rol van coördinator zorg thuis of dossierhouder heeft, wordt via iWlz doorgegeven. Zo is voor alle betrokken partijen altijd duidelijk wie benaderd kan worden bij vragen of wijzigingen over een cliëntsituatie;
- De coördinator zorg thuis bespreekt met een cliënt welke zorg thuis (tijdelijk) nodig is. En legt uit dat zorg thuis voor iemand die een indicatie heeft voor Wlz-zorg, niet mag worden betaald vanuit de Wmo of Zvw<sup>18</sup> (wijkverpleging of eerstelijns verblijf). Dat geldt voor alle zorg thuis die onder de Wlz valt. Met de cliënt wordt verder besproken dat zijn zorgverzekeraar hierop controleert. Wordt (onbewust) oneigenlijk gebruik van bijvoorbeeld wijkverpleging vastgesteld? Dan wordt deze zorg met terugwerkende kracht overgedragen naar een zorgaanbieder die gecontracteerd is (of wordt) voor deze zorg in de Wlz. De cliënt kan hierdoor geconfronteerd worden met een betalingsachterstand van de eigen bijdrage voor Wlz-zorg (naheffing). Zorgkantoren informeren cliënten hier ook (schriftelijk) over en monitoren of cliënten met een indicatie enige vorm van Wlz-zorg ontvangen;
- Bij het maken van afspraken over inzet van Wlz-zorg (thuis) bespreekt de zorgaanbieder de mogelijkheden van de cliënt zelf en de mogelijkheden voor gebruikelijke zorg bij personen die deel uitmaken van de leefeenheid (zie bijlage A en G). Ook wordt er gekeken naar mogelijkheden van mantelzorg (sociaal netwerk), informele zorg of inzet van algemeen gebruikelijke voorzieningen zoals bijvoorbeeld een maaltijddienst of boodschappendienst. Voor mantelzorg of informele zorg geldt geen verplichting;

<sup>18</sup> Vanaf 2018 wordt er door de zorgverzekeraars gecontroleerd op oneigenlijk gebruik van de Zvw (samenloop controle) als iemand beschikt over een indicatiebesluit voor Wlz-zorg. Dit kan niet alleen consequenties hebben voor een cliënt maar ook voor betrokken (Wlz-) zorgaanbieders.

- Thuis wonen met een VPT, MPT of PGB<sup>19</sup>, inclusief toeslagen, is in principe niet duurder dan de kosten van (medische en gedragskundige) zorg voor deze cliënt bij verblijf in een instelling. Afwijking van dit uitgangspunt is mogelijk als dit in het belang is van een individuele cliënt, zorg thuis verantwoord is en die zorg door het zorgkantoor als 'doelmatig' wordt beoordeeld. Zorgkantoren hebben een eigenstandige rol bij de beoordeling van individuele casuïstiek en kunnen besluiten extra budget toe te kennen;
- Om thuis wonen voor doelgroepen met een intensieve zorgvraag mogelijk te maken kan in de Wlz een beroep worden gedaan op de toeslag Extra kosten thuis (EKT), Palliatief terminale zorg thuis (PTZ), Gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVP), de toeslag beademing thuis (invasieve beademing of non-invasieve beademing), Meerzorg of een Persoonlijk assistentiebudget (PAB). Deze mogelijkheden worden in dit hoofdstuk verder toegelicht. Daarnaast gelden er specifieke afspraken voor mensen die onder de groep Wlz-indiceerbaren vallen. Dit staat verder uitgewerkt in bijlage F. Het PAB is niet beschreven in het voorschrift omdat dit alleen via PGB<sup>20</sup> kan worden verzilverd;
- De Wlz gaat uit van keuzevrijheid voor de cliënt en zelfregie. Voor het gesprek met een cliënt over passende Wlz-zorg is zijn wens het uitgangspunt. Dit op voorwaarde dat de cliënt een afgewogen beslissing kan maken en kan overzien wat de consequenties en/of risico's van een beslissing zijn. De cliënt moet daarbij wel rekening houden met de professionele standaarden zoals die van toepassing zijn voor een betrokken zorgprofessional. De zorgprofessional is zelf verantwoordelijk voor het bewaken van deze standaarden;
- De Wlz gaat uit van maatwerk. Een zorgprofiel wordt daarom in overleg met een cliënt ingevuld (zorg-op-maat) en niet vertaald naar een standaardpakket zorg. Als de cliënt dat wil kan hetzelfde type (thuis)zorg, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, verpleging of individuele begeleiding gelijktijdig aan meerdere aanbieders worden toegewezen<sup>21</sup>. Of gecombineerd worden met PGB. De afzonderlijke soorten zorg (functies) zijn daarvoor samengevoegd tot de leveringsvorm Modulair pakket thuis. Zo kan een cliënt ook zijn dagbesteding of behandeling bij de verschillende leveringsvormen verdelen over meerdere aanbieders (en/of PGB). Een cliënt kan bijvoorbeeld 4 dagdelen dagbesteding rechtstreeks bij een zorgboerderij afnemen en 5 dagdelen bij de zorgaanbieder waar hij ook verblijft;
- Een cliënt kan bij het gesprek met een zorgaanbieder over het samenstellen van zijn zorgarrangement of het opstellen van zijn (digitale) zorgplan ondersteuning krijgen van het zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO). Dat geldt ook voor het opstellen en inbrengen van een persoonlijk plan;
- De zorgaanbieder en het zorgkantoor wegen een persoonlijk plan van de cliënt altijd mee bij de beoordeling voor doelmatige en verantwoorde zorg thuis. Als het nodig is, bespreekt het zorgkantoor dit plan met de cliënt en betrokken zorgprofessional(s). Komen betrokken

<sup>19</sup> Behandeling kan nooit met een PGB worden ingekocht alleen maar via zorg in natura. Bij noodzaak voor behandeling neemt de budgethouder contact op met het zorgkantoor voor begeleiding of bemiddeling.

<sup>20</sup> Informatie over het persoonlijk assistentie budget is terug te vinden in het document Mogelijkheden voor extra budget 2018. Dit document wordt apart gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren.

<sup>21</sup> Vanaf april 2018 (iWlz 2.0) is voor de reguliere Wlz-zorg het toewijzen in functies vervangen door het toewijzen in een leveringsvorm met budgetcomponent(en). Een functie kan niet worden gesplitst over meerdere zorgaanbieders, dat kan wel bij budgetcomponenten. Dit verhoogt daarmee de keuzevrijheid van een cliënt en ook de flexibiliteit van zorgaanbieders. (Indirect kan een functie wel worden gesplitst via de constructie van hoofd- en onderaannemer tussen zorgaanbieders.)

partijen er samen niet uit, dan kan het zorgkantoor de cliënt bemiddelen naar een andere Wlz-zorgaanbieder, PGB of een combinatie van zorg in natura en PGB;

- De coördinator zorg thuis of dossierhouder verwerkt het resultaat van het gesprek met de cliënt over het zorgarrangement in zijn (digitale) zorgplan. Net zoals de beoordeling over verantwoorde zorg thuis. Hij registreert in dit (digitale) zorgplan ook welke andere zorgaanbieder(s) bij de cliënt is betrokken, welke zorg die levert en wanneer<sup>22</sup>. Alle betrokken zorgaanbieders zorgen er vervolgens samen voor dat de afspraken in dit (digitale) zorgplan actueel blijven. Zo is er bij de zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor een cliënt altijd een overzicht beschikbaar van alle actuele zorginzet bij een cliënt. Dit (digitale) zorgplan is voor de cliënt beschikbaar en (direct) te raadplegen;
- De coördinator zorg thuis of dossierhouder bespreekt een voorgenomen wijziging op het zorgplan altijd met de cliënt en past het (digitale) zorgplan daarop aan. Bij het verwerken van de voorgestelde wijzigingen in het (digitale) zorgplan houdt de zorgaanbieder zoveel mogelijk rekening met de wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van een cliënt. Gaat een cliënt niet akkoord met een voorgestelde wijziging? En is dit een weloverwogen beslissing van de cliënt? Dan wordt dit in het (digitale) zorgplan geregistreerd, samen met een korte toelichting die met de cliënt is afgestemd. Wil een zorgaanbieder een weloverwogen wens van een cliënt niet volgen? Dan legt de zorgaanbieder dit ook gemotiveerd vast in het (digitale) zorgplan. Een cliënt hoeft elke wijziging op zijn (digitale) zorgplan niet expliciet van zijn toestemming, met bijvoorbeeld een handtekening, te voorzien. Omdat het actueel houden van een (digitaal) zorgplan een doorlopend, regulier proces is;
- Een cliënt heeft het wettelijk recht<sup>23</sup> om met zijn zorgaanbieder 2x per jaar de gemaakte afspraken in zijn (digitale) zorgplan te bespreken. Aan de hand van deze evaluatie kunnen afspraken in het (digitale) zorgplan geactualiseerd worden. Een cliënt kan er overigens zelf voor kiezen om dit recht anders in te vullen. Met zijn instemming kan een evaluatie van het (digitale) zorgplan bijvoorbeeld ook jaarlijks plaatsvinden;
- Van elk evaluatiegesprek wordt in het (digitale) zorgplan opgenomen wanneer het evaluatiegesprek heeft plaatsgevonden, wie daarbij aanwezig waren en wat er in dit gesprek is besproken. Verder staat er ook in of de cliënt instemt met de gemaakte afspraken (die zijn verwerkt in het (digitale) zorgplan). Dat kan bijvoorbeeld door ondertekening van het (digitale) zorgplan of door een aantekening in het (digitale) zorgplan waaruit aantoonbaar blijkt dat dit met de cliënt is besproken. Voorbeeld van een aantekening is: "Samen met meneer/mevrouw zijn de volgende onderwerpen besproken ...";
- Goede dossiervorming is van belang voor inzage in de zorggeschiedenis van de cliënt en verantwoording over geleverde zorg. Als het nodig is wordt dit, in overleg met de cliënt, beschikbaar gesteld aan het zorgkantoor of een andere betrokken partij.

---

<sup>22</sup> Het gaat hier niet om de concrete uitvoering (op detailniveau) van de geleverde zorg door een andere zorgaanbieder(s).

<sup>23</sup> Artikel 8.1.1 uit de Wlz.

### 3.2.1 Beschikking

Zorg thuis als gewenste en best passende oplossing bij de zorgbehoefte van een cliënt, gaat uit van een geïnformeerde keuze door de cliënt. Inzet van zorg thuis (in een geclusterde woonvorm) gaat daarnaast uit van een verantwoorde en/of doelmatige oplossing voor de cliënt. De Wlz verplicht zorgkantoren om dit te beoordelen en de cliënt, via een (positieve of negatieve) beschikking<sup>24</sup>, te informeren over het resultaat van deze beoordeling. Een cliënt kan tegen een beschikking bezwaar & beroep aantekenen als hij het niet eens is met de beslissing van het zorgkantoor. Het zorgkantoor wijst de cliënt op deze mogelijkheid door daarover tekst op te nemen in de beschikking.

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

- Het zorgkantoor legt een beoordeling voor zorg thuis bij een MPT of VPT, met soort zorgtoewijzing Regulier, vast in een beschikking. Dit geldt ook voor situaties waar een MPT of VPT gecombineerd wordt met bijvoorbeeld PTZ of een ademhalingstoeslag. Het maakt daarbij niet uit of een cliënt in een geclusterde of niet geclusterde woonvorm verblijft;
- Voor zorg in de vorm van een PGB wordt altijd een toekenningsbeschikking afgegeven. Wordt PGB gecombineerd met een MPT of VPT, dan krijgt de budgethouder voor het PGB én VPT of MPT een aparte beschikking (dus 2 beschikkingen). Het proces PGB wordt verder niet in dit voorschrift beschreven;
- Een negatieve beschikking voor een MPT of VPT kan gevolgd worden door een positieve beschikking voor een PGB. Dit kan bijvoorbeeld in de situatie dat een aanbieder de noodzakelijke (niet planbare) zorgmomenten niet kan inregelen door de hoge frequentie of de locatie van het woonadres;
- Er wordt geen beschikking afgegeven voor zorg thuis als een cliënt wacht op verblijfszorg (het MPT, VPT of PGB heeft in deze situaties soort zorgtoewijzing Overbrugging).
- De Melding aanvang zorg (MAZ) op een reguliere toegewezen MPT of VPT triggert zorgkantoren voor het afgeven van een beschikking. Vraag daarom als zorgaanbieder de juiste leveringsvorm en soort zorgtoewijzing aan. En lever een MAZ tijdig aan;

Een positieve beschikking voor zorg thuis:

- wordt rechtstreeks naar de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger gestuurd (zie bijlage I voor specifieke afspraken bij toekenning van meerzorg);
- wordt voor de duur van het indicatiebesluit afgegeven. Tenzij het zorgkantoor hier gemotiveerd van wil afwijken. Bijvoorbeeld in de situatie dat een betrokken zorgaanbieder twijfelt over verantwoorde zorg thuis;
- wordt bij een toeslag Meerzorg of het Persoonlijk assistentie budget (PAB) apart beschikt. Er is dan dus zowel een beschikking voor het MPT<sup>25</sup> als voor meerzorg of PAB. Voor de beschikking Meerzorg geldt een beperkte periode van maximaal 3 jaar. Voor de beschikking PAB geldt dat zolang de situatie hetzelfde blijft, het PAB behouden blijft. Tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt met het zorgkantoor;
- heeft een directe relatie met het zorgtoewijzingsproces: de zorgaanbieder(s) ontvangt een (nieuwe) zorgtoewijzing(en) van het zorgkantoor voor de leveringsvorm die in de

<sup>24</sup> Het zorgkantoor heeft na ontvangst van een aanvraag voor een zorg thuis formeel 8 weken de tijd om een beschikking af te geven aan de cliënt.

<sup>25</sup> In de beschikking voor meerzorg thuis (zorg in natura) wordt geen budget vermeld.



beschikking staat. De periode van de zorgtoewijzing is gelijk aan de duur van de beschikking;

- benoemt dat de cliënt, coördinator zorg thuis of dossierhouder een relevante wijziging van de cliëntsituatie bij het zorgkantoor moet melden als er sprake is van ondoelmatige en/of onverantwoorde zorg thuis of als deze situatie dreigt te ontstaan.

Een negatieve beschikking voor zorg thuis:

- kan volgen op een negatief advies over doelmatige en/of verantwoorde zorg thuis door een partij die betrokken is bij de cliëntsituatie. Dat gebeurt alleen na zorgvuldig overleg met alle betrokken partijen. Het zorgkantoor bespreekt het besluit om een negatieve beschikking af te geven altijd vooraf met de cliënt en betrokken zorgaanbieders;
- wordt rechtstreeks naar de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger gestuurd;
- wordt voor bepaalde duur afgegeven. In deze periode wordt de cliëntsituatie gevolgd door alle betrokken partijen;
- bevat de redenen met onderbouwing voor dit besluit. De cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger is verantwoordelijk voor eventuele (gezondheids)risico's die volgen uit de keuze om de thuissituatie van de cliënt te handhaven. De afspraken hierover worden ook opgenomen in de motivatie bij de beschikking;
- beschrijft daarom ook op welke wijze invulling wordt gegeven aan de zorg thuis en welke verantwoordelijkheid daarin ligt bij de cliënt en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger, de betrokken zorgaanbieder(s) en het zorgkantoor;
- ontslaat zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders niet van hun zorgplicht. Een negatieve beschikking is dus nooit reden om zorg te weigeren of zorg te beëindigen (zie hoofdstuk 6). Er moet op professionele wijze zorg worden geleverd binnen de afgesproken mogelijkheden;
- heeft een directe relatie met het zorgtoewijzingsproces: de zorgaanbieder(s) ontvangt een (nieuwe) zorgtoewijzing(en) voor een bepaalde periode. Via het VECOZO-notitieverkeer ontvangen betrokken zorgaanbieder(s) van het zorgkantoor de gemaakte afspraken en bijbehorende voorwaarden.

### **Werkafspraken tussen zorgkantoren**

Zijn meerdere zorgkantoren bij een cliënt betrokken dan geldt dat:

- het zorgkantoor dat het indicatiebesluitbericht voor een cliënt heeft ontvangen, in het iWlz-berichtenverkeer het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor is. Het CIZ stuurt de indicatie altijd naar het zorgkantoor van de regio waar de cliënt woont<sup>26</sup>. Dit zorgkantoor blijft voor een cliënt eindverantwoordelijk voor het berichtenverkeer rondom het zorgtoewijzingsproces, het wachtlijstbeheer en de informatie-uitwisseling met het CAK voor het opleggen van de eigenbijdrage. Krijgt een cliënt bijvoorbeeld dagbesteding van een zorgaanbieder in een andere zorgkantorregio, dan is er sprake van een 'bovenregionale' zorgvraag. Omdat de cliënt niet in deze regio woont, ontvangt het bovenregionale zorgkantoor het indicatiebesluitbericht niet rechtstreeks van het CIZ;
- de zorgaanbieder een zorgtoewijzing voor een cliënt altijd aanvraagt bij het zorgkantoor waarmee contract- en productieafspraken zijn gemaakt. Het zorgkantoor dat een aanbieder

<sup>26</sup> Dit gebeurt op basis van De Basisregistratie Personen (BRP).

contracteert in een regio, is namelijk het eerste aanspreekpunt voor deze zorgaanbieder. Dit zorgkantoor heeft ook kennis over de zorg die door gecontracteerde aanbieders kan worden geleverd. En welke andere mogelijkheden er bij deze aanbieder of in de regio zijn voor een cliënt. Is deze zorgaanbieder in een andere regio gecontracteerd dan waar de cliënt woont? Dan wordt het zorgkantoor voor deze zorgaanbieder, het bovenregionale (uitvoerende) zorgkantoor genoemd;

- het bovenregionale (uitvoerende) zorgkantoor een aanvraag voor zorg altijd doorstuurt naar het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor<sup>27</sup> voor een cliënt. Het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor maakt vervolgens de zorgtoewijzingsbericht(en) aan. Deze berichten worden door het bovenregionale (uitvoerende) zorgkantoor ongewijzigd doorgestuurd naar de zorgaanbieder(s);
- het zorgkantoor dat het indicatiebesluitbericht heeft ontvangen ook een beschikking afgeeft aan de cliënt als dit nodig is. Zijn er meerdere zorgkantoren bij een cliëntsituatie betrokken, bijvoorbeeld omdat de cliënt (ook) zorg krijgt in een andere regio of omdat het PGB<sup>28</sup> nog via een andere zorgkantoor wordt beschikt? En moet de aangevraagde zorg beoordeeld worden door het zorgkantoor omdat deze over ondoelmatige zorginzet gaat, een onverantwoord thuissituatie of over specifieke aanvragen (bijvoorbeeld combinatie ZIN/PGB)? Dan stemmen de zorgkantoren altijd onderling af over de inhoud van de beschikking. Het zorgkantoor dat de aanbieder gecontracteerd heeft, beslist of de aangevraagde zorg geleverd mag worden. De keuze van de cliënt om te willen verhuizen naar een andere regio staat niet ter discussie.

### 3.3 Mogelijkheden voor zorg thuis

In de sector V&V of GZ bestaan de volgende mogelijkheden om zorg thuis te organiseren:

1. Volledig pakket thuis (VPT)
2. Modulair pakket thuis (MPT)
3. VPT of MPT in combinatie met behandeling
4. VPT of MPT in combinatie met Persoonsgebonden budget (PGB)
5. MPT (en/of PGB) met toeslag Extra kosten thuis<sup>29</sup>
6. VPT of MPT (en/of PGB) met ademhalingstoeslag
7. MPT (en/of PGB) met toeslag Meerzorg
8. VPT met toeslag Meerzorg (hoofdstuk 4)
9. VPT of MPT met logeren
10. Volledig PGB<sup>30</sup>

<sup>27</sup> Informatie-uitwisseling tussen zorgkantoren vindt plaats via bovenregionaal berichtenverkeer (ZK-berichten, bijvoorbeeld een ZK39-bericht of een ZK-33 bericht). Voorbeeld: een zorgaanbieder stuurt een AW39-bericht naar zijn zorgkantoor voor aanpassing van een zorgtoewijzing. Dit zorgkantoor stuurt de aanvraag via een ZK39-bericht door naar het regionale zorgkantoor waar een cliënt woont. Na 'beoordeling' maakt het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor een ZK33-bericht aan, voor het andere (bovenregionale) zorgkantoor. Die zet het ZK33 bericht om naar een normaal zorgtoewijzingsbericht (AW33) voor zijn gecontracteerde zorgaanbieder.

<sup>28</sup> Verhuist een budgethouder in een kalenderjaar naar een andere regio, dan wordt het PGB (dossier) per 1 januari van het opvolgende jaar overgenomen door het nieuwe zorgkantoor.

<sup>29</sup> Onder de regeling Extra kosten thuis (EKT) valt ook Palliatie terminale zorg (PTZ) en Gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVP)

<sup>30</sup> Zorg thuis volledig via PGB is ook mogelijk maar maakt geen onderdeel uit van het voorschrift.

### 3.3.1 Volledig pakket thuis (VPT)

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

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

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

Een VPT kan de volgende zorgvormen omvatten:

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

Bij een VPT<sup>31</sup>:

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

---

<sup>31</sup> Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het VPT inhoudt. Meer informatie over het VPT is ook terug te vinden in de actuele NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven Volledig Pakket Thuis.

- is de cliënt voor behandeling van algemeen medische aard, zoals zorg van de huisarts, aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw). De huisarts blijft dus eindverantwoordelijk voor de algemene behandeling. Ook voor behandeling van een psychiatrische aandoening, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, mondzorg, paramedische zorg van algemene aard, individuele mobiliteitshulpmiddelen en eventueel (speciale) kleding is de cliënt aangewezen op de Zvw, Wmo of Jeugdwet (JW);
- is de Specialist ouderen geneeskunde (SO) of Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG-arts<sup>32</sup>) verantwoordelijk voor de Wlz-behandeling die voortkomt uit de specifieke aandoening van de cliënt als de cliënt hierop is aangewezen. De huisarts is primair eindverantwoordelijk voor de cliënt. De huisarts stemt met de SO of AVG-arts af over eventuele medebehandeling;
- heeft de cliënt recht op logeeropvang in een instelling op voorwaarde dat dit gebeurt om de mantelzorg te ontlasten;
- heeft de cliënt recht op vervoer van en naar de dagbesteding of dagbehandeling als dit (medisch) noodzakelijk is;
- heeft de cliënt recht op het schoonhouden van de woonruimte (inbegrepen in tarief);
- heeft de cliënt, net zoals bij verblijfszorg, recht op (het gebruikelijke) eten en drinken. Dit wordt verstrekt door de zorgaanbieder, tenzij anders met de cliënt wordt afgesproken. Boodschappen doen en bereiden van de maaltijd maken onderdeel uit van de aanspraak op eten en drinken. Daarom ook wordt gesproken over schoonhouden van de woonruimte en niet van huishoudelijke hulp;
- woont de cliënt zelfstandig en betaalt deze zelf de woonkosten;
- kan de cliënt gebruik maken van de welzijnsvoorzieningen in een instelling maar het initiatief hiervoor ligt bij de cliënt;
- is de cliënt zelf verantwoordelijk voor vervanging/reparatie van aan huis gerelateerde zaken (bijvoorbeeld het vervangen van een lamp);
- kan de cliënt voor eventuele woningaanpassingen een beroep doen op de Wmo;
- worden hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen<sup>33</sup> voor individueel gebruik die nodig zijn bij het zelfstandig thuis wonen vergoed vanuit de Zvw of Wmo (niet vanuit de Wlz).

### 3.3.2 Modulair pakket thuis (MPT)

Een MPT is de meest passende leveringsvorm als een cliënt verantwoord thuis kan blijven wonen en/of niet het volledige zorgaanbod nodig heeft dat hoort bij opname in een instelling of bij een VPT. Het MPT is altijd een pakket op maat. De cliënt kan er bewust voor kiezen om (dezelfde) zorg af te nemen bij verschillende gecontracteerde zorgaanbieders. Het MPT kan ook gecombineerd worden met zorg in een PGB. Een MPT wordt ingezet als dit doelmatig en verantwoord is.

Het MPT<sup>34</sup> kan dezelfde zorg bevatten als benoemd bij het VPT:

- met uitzondering van het verstrekken van eten en drinken. De cliënt moet zelf voor zijn eten en drinken zorgen;

<sup>32</sup> In de GZ kan de eindverantwoordelijkheid voor een cliënt ook bij een gedragskundige liggen.

<sup>33</sup> Op de website van het Zorginstituut staat hierover meer informatie in het Wlz-kompas op de pagina Hulpmiddelen.

<sup>34</sup> Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het MPT inhoudt.

- daarom geldt voor het MPT en het PGB, een ruimere aanspraak voor huishoudelijke hulp. Naast het schoonhouden van de woonruimte kan iemand bij deze leveringsvormen bijvoorbeeld hulp krijgen bij het doen van boodschappen en het klaarmaken van de maaltijd. Bij het VPT is dit onderdeel van de aanspraak;
- bij het MPT kan een bepaalde soort zorg door een of meerdere gecontracteerde aanbieder(s) worden ingezet. Of in combinatie met PGB worden geleverd. De persoonlijke verzorging voor een terminale cliënt kan bijvoorbeeld gesplitst worden over 2 aanbieders. Overdag komt zorgaanbieder De Fruitmand voor de lichamelijke verzorging en zorgaanbieder De Kersentuin zet voor de nachtzorg ook persoonlijke verzorging in. Allebei de aanbieders zijn gecontracteerd voor deze Wlz-zorg en kunnen afzonderlijk (dezelfde) prestaties voor persoonlijke verzorging declareren bij het zorgkantoor;
- en kan worden ingezet als een cliënt bijvoorbeeld niet iedere dag dezelfde soort zorg of dezelfde omvang van zorg nodig heeft. Bijvoorbeeld als een cliënt 3x in de week hulp nodig heeft bij het douchen en dit niet dagelijks wil;
- de keuze voor leveringsvorm MPT en omvang van wekelijkse zorg heeft invloed op de hoogte van de eigen bijdrage<sup>35</sup> die een cliënt moet betalen. Voor het MPT geldt een andere eigen bijdrage dan voor het VPT. Bij het MPT speelt ook de omvang van de maandelijkse zorg nog een rol in de hoogte van de eigen bijdrage. Een cliënt kan verlaging van zijn eigen bijdrage krijgen als het aantal uren zorg thuis per maand minder is dan 20 uur. Het CAK stelt dit achteraf vast op basis van declaratiegegevens van het zorgkantoor.

### 3.3.3 Zorgtoewijzingsproces VPT en MPT

#### 3.3.3.1 Rekenmodule en formulier Verantwoorde zorg thuis

Landelijk zijn er twee instrumenten beschikbaar die zorgaanbieders en zorgkantoren ondersteunen in het zorgtoewijzingsproces voor zorg thuis: de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis. In de rekenmodule wordt gerekend met de reguliere NZa-prestaties<sup>36</sup>. Hoe de rekenmodule precies werkt, wordt verder toegelicht in een tabblad bij de rekenmodule.

#### Doel gebruik Rekenmodule

De rekenmodule wordt gebruikt om:

- te berekenen of het besproken zorgarrangement thuis doelmatig is en past binnen het basisbudget voor een zorgprofiel;
- te berekenen of het besproken zorgarrangement thuis past binnen het beschikbare budget voor een bepaalde doelgroep. Voor bepaalde doelgroepen kan namelijk extra financiële ruimte worden aangevraagd voor zorg thuis, als er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde zorg. Zo kan bijvoorbeeld in de rekenmodule worden aangegeven of een cliënt in aanmerking komt voor de toeslag EKT of een ademhalingstoeslag;
- te berekenen of er sprake is van (on)doelmatige overbruggingszorg thuis tijdens een wachtperiode tot opname;
- het aan te vragen budget (percentage) te berekenen voor de benodigde zorg;

<sup>35</sup> Informatie over de eigen bijdrage heffing is terug te vinden op de website van het CAK.

<sup>36</sup> De rekenmodule gaat uit van een vast tarief per prestatie en rekent niet met de tarieven die per zorgaanbieder zijn afgesproken. Dit vereenvoudigt het gebruik van de rekenmodule als er bijvoorbeeld door meerdere zorgaanbieders zorg wordt geleverd (waarvoor geen gelijke tarieven gelden). Ligt het afgesproken tarief lager dan het tarief in de rekenmodule dan kan er meer ruimte ontstaan voor de in te zetten zorg. De aanbieder kan dit zelf doorrekenen.

- te beoordelen of overschrijding van het (basis)budget akkoord is en kan worden toegewezen (door het zorgkantoor).

De zorgaanbieder levert een rekenmodule aan bij het zorgkantoor als:

- de kosten voor zorg thuis hoger liggen dan het beschikbare (basis)budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel. Deze afspraak geldt voor cliënten zonder opnamewens en voor cliënten met opnamewens. De rekenmodule wordt dan gelijktijdig met de AAT aangeleverd bij het zorgkantoor via het VECOZO – notitieverkeer. Uitzonderingen hierop zijn bijvoorbeeld cliënten waar PTZ wordt ingezet of die in aanmerking komen voor de toeslag Extra kosten thuis. In hoofdstuk 3 wordt dit uitgewerkt voor iemand zonder opnamewens (en in paragraaf 3.4 samengevat in een overzicht). In hoofdstuk 4 voor iemand met opnamewens en overbruggingszorg thuis;
- het zorgkantoor hier om vraagt. Dat kan bijvoorbeeld vanwege lopende casuïstiek bij het zorgkantoor of vanwege een ontvangen vraag of klacht van een cliënt over de zorg. De zorgaanbieder levert de rekenmodule uiterlijk 2 werkdagen na dit verzoek aan bij het zorgkantoor;
- het zorgkantoor hier om vraagt om gemaakte kosten te verantwoorden. Bijvoorbeeld omdat de feitelijk gedeclareerde zorg het vastgestelde, cliëntvolgende budget overschrijdt. (Het zorgkantoor voert hier periodiek een achteraf controle op uit). Overschrijding van het budget is voor risico van de aanbieder en kan niet afgewenteld worden op de cliënt. Tenzij nadrukkelijk met de cliënt is overeengekomen dat hij zelf extra (niet noodzakelijke) zorg of begeleiding wil inkopen. Deze kosten mogen dan niet bij het zorgkantoor worden gedeclareerd. De gemaakte afspraken worden in deze situaties expliciet vastgelegd in de zorgovereenkomst.

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

Het formulier Verantwoorde zorg thuis is een handvat voor de zorgaanbieder om in het gesprek met de cliënt te bepalen of het gewenste en best passende zorgarrangement leidt tot een verantwoorde thuissituatie voor de cliënt.

De zorgaanbieder levert het formulier Verantwoorde zorg thuis aan bij het zorgkantoor als:

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

### Procesafspraken formulier Verantwoord zorg thuis

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

### 3.3.3.2 Zorgtoewijzingsproces, gelijke processtappen voor VPT en MPT

- Hoe de cliënt zijn zorg thuis wil krijgen, wordt direct duidelijk uit de leveringsvorm (VPT, MPT, PGB of Verblijf) bij het toegewezen zorgprofiel. De aanbieder bespreekt altijd met een cliënt of de toegewezen leveringsvorm ook de gewenste en best passende leveringsvorm is en legt dit vast in het (digitale) zorgplan. Misschien denkt een cliënt namelijk dat hij in de Wlz geen zorg thuis kan krijgen en altijd moet kiezen voor verblijfszorg;
- Een cliënt is in de Wlz dus niet standaard aangewezen op verblijfszorg maar kan gewoon kiezen welke leveringsvorm zijn voorkeur heeft. Ofwel een VPT, MPT of PGB is in de Wlz

een reguliere keuze en niet een alternatief<sup>37</sup> voor verblijfszorg. Heeft een cliënt geen opnamewens, is leveringsvorm Verblijf toegewezen maar is zorg thuis de best passende oplossing? Vraag dan bij het zorgkantoor een zorgtoewijzing aan voor de leveringsvorm VPT of MPT, met soort zorgtoewijzing Regulier;

- Lukt het de zorgaanbieder niet om het zorgarrangement uiterlijk 10 werkdagen na ontvangst van een zorgtoewijzing vast te stellen? Om een reden die bij de cliënt ligt, bijvoorbeeld omdat de cliënt niet bereikbaar is? Dan stuurt hij binnen deze periode een mutatiebericht (AW39-bericht) met een leveringsstatus (wachtlijststatus). Afhankelijk van de cliëntsituatie wordt óf mutatiereiden 18 gebruikt (Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren, leveringsstatus Niet-actief wachtend) óf mutatiereiden 12 (Cliënt wil de zorg nog niet, leveringsstatus Niet wachtend). De cliënt blijft zo voor de zorgaanbieder in beeld op zijn 'wachtlijst'. De zorgaanbieder registreert in het cliëntdossier waarom het niet gelukt is om binnen de gestelde termijn met de cliënt af te stemmen;
- Voor alle overige mutatiereidenen<sup>38</sup> blijft een uiterlijke aanlevertermijn gelden van 5 werkdagen na de mutatedatum. Dat geldt ook voor de melding aanvang zorg (uiterlijk 5 werkdagen na de begindatum zorg);
- Heeft een cliënt bij indicatiestelling door het CIZ voorkeur voor zorg thuis, dan wordt in het indicatiebesluit bij het zorgprofiel toch altijd een klasse (7 etmalen) geïndiceerd. Dit is bij MPT of PGB eigenlijk niet nodig. Daarom wordt de klasse bij het MPT of PGB ook niet toegewezen. Wijzigt de leveringsvorm later naar Verblijf of VPT dan is de klasse wel nodig. Het CAK gebruikt de klasse bij deze leveringsvormen om de hoogte van de eigen bijdrage vast te stellen;

#### **Zorgtoewijzing bevat leveringsvorm én budgetcomponent**

- Het zorgkantoor wijst de gewenste leveringsvorm toe aan de voorkeuraanbieder van een cliënt en/of aan afdeling PGB bij het zorgkantoor. Daarbij wijst het zorgkantoor ook een budget toe dat bij het geïndiceerde zorgprofiel hoort voor een individuele cliënt. Dit budget is cliëntvolgend;
- Het budget wordt niet in een bedrag toegewezen maar omgezet naar een percentage (%). Na ontvangst van het indicatiebesluitbericht is dit de eerste keer altijd 100%, ongeacht de leveringsvorm. Tenzij het veld VoorkeurCliënt gevuld is met een combinatie van MPT met PGB (zie paragraaf 3.3.5);
- Waarom wordt in het berichtenverkeer geen budget (bedrag) doorgegeven maar een percentage? Dit voorkomt dat bij wijziging van een (landelijk) tarief voor een zorgprofiel, nieuwe zorgtoewijzingen moeten worden verstuurd. In de rekenmodule is per leveringsvorm een tabel opgenomen met het actuele budget per geïndiceerd zorgprofiel. Het percentage is zo altijd terug te rekenen naar een bijbehorend budget;
- Per leveringsvorm Verblijf, VPT en MPT (of PGB) wordt het percentage voor het budget op 100% gesteld. Dit wordt het basisbudget genoemd. Dit basisbudget is per zorgprofiel anders. Daarnaast is het budget (bedrag) voor MPT of PGB lager dan het budget voor Verblijf of VPT bij hetzelfde zorgprofiel. Dat komt bijvoorbeeld omdat eten en drinken of

<sup>37</sup> De soort zorgtoewijzing Alternatief is vervallen vanaf 1 april 2018 (iWlz 2.0). Net zoals soort zorgtoewijzing Transfer. Vanaf iWlz 2.0 is soort zorgtoewijzing Transfer vervangen door soort zorgtoewijzing Overbrugging. Omdat Transfer verwees naar intramurale zorg wordt dit uitgewerkt in hoofdstuk 4.

<sup>38</sup> Overige mutatiereidenen zijn: MUT02, 17, 19, 20 en 21.



gebruikelijke zorg voor thuis<sup>39</sup> wonende kinderen geen onderdeel uitmaakt van het MPT-tarief, maar wel van het VPT- of Verblijfstarief voor datzelfde zorgprofiel;

- Het CIZ<sup>40</sup> geeft vanaf 1 april 2018 bij een nieuw indicatiebesluit voor de GZ<sup>41</sup> (en GGZ) bij de geïndiceerde zorg eenheid geen informatie meer mee over dagbesteding. De geïndiceerde eenheid bevat alleen een zorgprofiel. Het zorgkantoor krijgt informatie over behoefte aan dagbesteding dus niet herkenbaar binnen via het indicatiebesluitbericht en kan die informatie daarom niet apart opnemen in het zorgtoewijzingsbericht voor de zorgaanbieder. De dagbesteding is voor deze zorgprofielen daarmee onderdeel van het basisbudget (inbegrepen in de 100%);
- Wil een cliënt zijn zorg thuis graag van één zorgaanbieder krijgen<sup>42</sup>? En is de toegewezen leveringsvorm ook de gewenste leveringsvorm, dan hoeft er geen nieuwe zorgtoewijzing te worden aangevraagd. De voorkeuraanbieder<sup>43</sup> kan het toegewezen percentage (de eerste keer dus altijd 100%) gebruiken om zorg thuis in te zetten die past bij de zorgbehoefte van de cliënt. Ook als er minder budget nodig is. Is het bijbehorende budget voldoende dan kan de zorgaanbieder in deze situaties direct een melding aanvang zorg bericht (MAZ) aanleveren met de toegewezen leveringsvorm. Omdat er zo minder vaak een zorgtoewijzing nodig is, wordt het zorgtoewijzingsproces eenvoudiger en geeft minder administratieve last;
- Is de toegewezen leveringsvorm niet de gewenste of best passende? Of sluit de toegewezen budgetcomponent niet aan op de zorgvraag van een cliënt? Dan vraagt de zorgaanbieder zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 10 werkdagen na de zorgtoewijzing de juiste leveringsvorm of de juiste budgetcomponent aan. Dat gebeurt met een aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT) via het AW39-bericht. Dat geldt ook voor de situatie dat zorg thuis over meerdere zorgaanbieders en/of PGB moet worden verdeeld<sup>44</sup>;
- Wil een cliënt dagbesteding van een andere zorgaanbieder? Dan moet de coördinator zorg thuis of dossierhouder dit ook altijd via een AAT aanvragen bij het zorgkantoor. De AAT bevat per leveringsvorm (MPT of VPT) vanaf 1 april 2018 dus altijd het complete zorgarrangement thuis voor zorg in natura, inclusief dagbesteding;

<sup>39</sup> Bij zorg thuis voor kinderen wordt gebruikelijke zorg door ouders of verzorgers opgepakt. Bij verblijf in een instelling of deelname aan een dagprogramma wordt (een deel van) deze gebruikelijke zorg door zorgprofessionals overgenomen. Dat is van invloed op de hoogte van het VPT- of ZZZP tarief voor een bepaald zorgprofiel.

<sup>40</sup> De motivatie voor het stoppen van deze inhoudelijke beoordeling ligt in de Wlz. In de Wlz staat beschreven dat Begeleiding groep onderdeel is van een zorgprofiel. Vanaf 1 januari 2017 voerde het CIZ al geen inhoudelijke beoordeling meer uit voor deze functie maar gaf die standaard mee bij zorgprofielen, die hier in 2016 ook voor in aanmerking kwamen. In het indicatiebesluitbericht had de klasse voor deze functie daardoor een vaste omvang (afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel) en was vervoer altijd inbegrepen.

<sup>41</sup> Bij zorgprofielen uit de sector V&V maakt dit integraal onderdeel uit van het VPT-tarief. Een GGZ-B zorgprofielen kan nooit thuis verzilverd worden maar alleen in een intramurale instelling (integraal tarief).

<sup>42</sup> Als een cliënt alle zorg via PGB wil inkopen, loopt dit buiten het berichtenverkeer voor zorgaanbieders.

<sup>43</sup> Voor PGB geldt dat in de toekenningsbeschikking een budget wordt opgenomen, geen percentage. (De afdeling PGB van het zorgkantoor ontvangt wel een zorgtoewijzing voor PGB uitgedrukt in een %.)

<sup>44</sup> Direct na indicatiestelling wordt het zorgprofiel aan de voorkeuraanbieder (één voorkeuraanbieder) en/of met een leveringsvorm toegewezen (MPT, VPT, Verblijfszorg en/of PGB).

### Wat is het toegewezen percentage in een zorgtoewijzing na een indicatiebesluit?

Indicatie CIZ (IO31)	Voorkeur-Client (IO31)	Soort ZTW (AW33)	Toegewezen leveringsvorm (AW33)	Toegewezen % (AW33)	Dossierhouder/coördinator zorg thuis (AW33)
Zorgprofiel	Leeg	n.v.t.	n.v.t. bemiddeling zorgkantoor	n.v.t.	n.v.t.
Zorgprofiel	Verblijf	Regulier	Verblijf Opname: Ja	100%	DH
Zorgprofiel	Zorg thuis	n.v.t.	n.v.t. bemiddeling zorgkantoor	n.v.t.	n.v.t.
Zorgprofiel	VPT	Regulier	VPT	100%	DH
Zorgprofiel	MPT	Regulier	MPT	100%	CZT
Zorgprofiel	MPT/PGB	Regulier	MPT PGB	1% leeg	CZT
Zorgprofiel	PGB <sup>45</sup>	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Functie <sup>46</sup>	Leeg	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

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

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

IO31 (verzonden op 04-04-2018) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 04-04-2018) Van Zorgkantoor naar De Fruitmand
<b>Indicatie</b> Besluitnummer: 101 Soort indicatie: CIZ Grondslag: somatische ziekte/aandoening Afgiftedatum IB: 04-04-2018 Ingangsdatum IB: 04-04-2018	<b>Toegewezen: zorgprofiel 6VV</b> Instelling: De Fruitmand (agb: 75751234) Soort zorgtoewijzing (ztw): Regulier Toewijzingsdatum: 04-04-2018 ToewijzingPercentage: 100% Ingangsdatum ztw: 04-04-2018

<sup>45</sup> Zorgkantoren maken zorgtoewijzingsbericht aan voor eigen PGB systeem. Toegewezen percentage is afhankelijk van systeem zorgkantoor.

<sup>46</sup> Indicatiebesluit voor subsidieregeling behandeling of ADL en/of andere functies (beperkte groep Wlz-indiceerbare)

Einddatum IB: geen	Einddatum ztw: geen
Meerzorg: nee	Leveringsvorm: MPT
Financiering: Wlz	Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

**Geïndiceerd: zorgprofiel 6VV**  
Geïndiceerde klasse: KE7  
Ingangsdatum: 04-04-2018  
Einddatum: geen  
VoorkeurCliënt: MPT  
Voorkeuraanbieder: De Fruitmand

Voorbeeld 1a

#### **Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT)**

- Een zorgaanbieder die een zorgtoewijzing heeft voor een MPT of VPT kan vanaf 1 april 2018 ook zelf een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aanvragen. Een coördinator zorg thuis of een dossierhouder kan dus een AAT aanvragen zonder dat hij zelf een actuele zorgtoewijzing voor verblijfszorg heeft (via voorbeelden in hoofdstuk 3 wordt dit verder toegelicht);
- In één AAT kan alleen een nieuwe zorgtoewijzing(en) worden aangevraagd voor één leveringsvorm: óf leveringsvorm MPT óf leveringsvorm VPT óf leveringsvorm Verblijf. In één AAT kan dus niet een zorgtoewijzing worden aangevraagd voor bijvoorbeeld leveringsvorm Verblijf én leveringsvorm MPT;
- De AAT moet voor één leveringsvorm altijd alle actuele zorg bevatten voor zorg in natura (ZIN). Ook als er voor een van de betrokken zorgaanbieders niets wijzigt in zijn zorgtoewijzingen. Ontbreekt in een AAT voor MPT bijvoorbeeld een bepaalde periode voor een thuiszorg aanbieder? Dan wordt het MPT voor deze periode niet toegewezen aan die zorgaanbieder. De aanbieder loopt over ingezette zorg in deze periode dan een financieel risico omdat hij de geleverde zorg niet kan declareren<sup>47</sup>. Hij is zelf verantwoordelijk voor het regelen van een passende zorgtoewijzing via de coördinator zorg thuis;
- In de situatie dat een zorgaanbieder een zorgtoewijzing nog een keer ontvangt, hoeft hij niet opnieuw een MAZ of MUT aan te leveren als die zorgtoewijzing ongewijzigd is. Een ongewijzigde zorgtoewijzing is te herkennen aan zijn oorspronkelijke zorgtoewijzingsdatum en zorgtoewijzingstijd (die wordt dan overgenomen in de nieuwe zorgtoewijzing);
- Zorg die met PGB wordt ingekocht kan een zorgaanbieder niet in een AAT opnemen;
- Vanaf iWlz 2.0 is een AAT losgekoppeld van een mutatie-reden. Ofwel een zorgaanbieder hoeft bij aanvraag van een zorgtoewijzing niet meer in alle situaties een mutatie-reden door te geven en een leveringsstatus (wachttijdsstatus) opnieuw te bevestigen. Wijzigt een leveringsstatus wel? Geef dit dan altijd door met het mutatiebericht;
- Vraagt de coördinator zorg thuis via een AAT bijvoorbeeld meer budget aan voor leveringsvorm MPT én is er nog een actuele zorgtoewijzing voor verblijfszorg waarbij de zorgaanbieder en de leveringsstatus niet veranderen? Dan blijft de zorgtoewijzing voor verblijfszorg ongewijzigd geldig en hoeft daarvoor géén mutatie te worden aangeleverd bij het zorgkantoor (dus géén herbevestiging van de leveringsstatus bij verblijfszorg). Zorgkantoren regelen dan wel dat naast de wijzigingen voor leveringsvorm MPT, óók de actuele leveringsvorm Verblijf wordt opgenomen in het zorgtoewijzingsbericht. Dit bericht

<sup>47</sup> Met uitzondering van bepaalde vormen van behandeling die wel zonder zorgtoewijzing gedeclareerd kunnen worden.

gaat naar alle aanbieders die op dat moment bij een cliënt zijn betrokken. Zo blijft iedereen op de hoogte van de actuele zorgvraag en zorginzet bij een cliënt;

- Een actuele zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf wordt niet ingetrokken als in het AW39-bericht alléén een AAT is opgenomen voor zorg thuis<sup>48</sup>. De leveringsvorm Verblijf wordt wel ingetrokken als in het AW39-bericht naast een AAT voor zorg thuis, óók een mutatie is opgenomen voor leveringsvorm Verblijf. De mutatierealen, bijvoorbeeld MUT12, Einde zorgvraag, bij de zorgtoewijzing voor verblijfszorg geeft dan aan dat deze moet worden afgesloten. Deze situatie kan van toepassing zijn als een cliënt bij de indicatiestelling een voorkeur voor verblijfszorg heeft aangegeven, maar eigenlijk toch liever thuis blijft wonen;
- Een mutatie-reden wordt ook samen met een AAT aangeleverd als de leveringsstatus voor een leveringsvorm wijzigt (en daardoor iets verandert in de periode van de zorgtoewijzing). Staat een cliënt bijvoorbeeld al te wachten voor verblijfszorg (Niet-actief wachtend), ontstaat er een crisis én is er meer zorg thuis nodig (MPT)? Dan wijzigt de dossierhouder via een mutatie (MUT18) de leveringsstatus bij verblijfszorg naar Actief wachtend én vraagt via een AAT meer budget aan voor overbruggingszorg thuis;

#### **Eigen bijdrage en Melding aanvang zorg of Melding einde zorg**

- Het zorgkantoor bepaalt of een ontvangen Melding aanvang zorg (MAZ of AW35-bericht) wordt doorgestuurd naar het CAK. Belangrijk daarin is bijvoorbeeld de eerste MAZ of een MAZ na wijziging van een leveringsvorm. Het CAK kan zo een juiste eigen bijdrage opleggen en op de factuur de juiste leveringsvorm vermelden. Om te voorkomen dat een cliënt achterstand in de betaling van de eigen bijdrage oploopt, moet een zorgaanbieder daarom op tijd een MAZ, voor de juiste leveringsvorm<sup>49</sup> aanleveren bij het zorgkantoor;
- Het zorgkantoor bepaalt ook of een Melding einde zorg (MUT/MEZ of AW39-bericht) wordt aangeleverd bij het CAK. Dat gebeurt pas als alle zorg is gestopt bij een cliënt. Daarvoor kan dan een ontvangen MUT/MEZ van een zorgaanbieder (AW39-bericht) worden gebruikt of een 'melding einde zorg' die het zorgkantoor zelf heeft gegenereerd. Om te voorkomen dat een cliënt zijn eigen bijdrage te lang doorbetaald of een verkeerde eigen bijdrage betaald, moet een zorgaanbieder de MEZ ook op tijd aanleveren bij het zorgkantoor;
- In de situatie dat een nieuw, positief indicatiebesluit wordt afgegeven, worden de dan geldende zorgtoewijzingen 'geveegd' in het systeem van het zorgkantoor. Deze zorgtoewijzingen worden ingetrokken met reden Herindicatie. Gelijktijdig worden er nieuwe zorgtoewijzingen aangemaakt. Op deze ingetrokken zorgtoewijzingen hoeft de aanbieder geen melding einde zorg aan te leveren. Voor nieuwe zorgtoewijzingen moet altijd wel een MAZ worden aangeleverd, als de zorg gecontinueerd wordt;
- Eindigt de zorg voor een cliënt op de einddatum van een zorgtoewijzing, dan hoeft de zorgaanbieder geen MEZ te sturen. Dat moet alleen bij voortijdige beëindiging van de zorglevering, dus voor de einddatum van een zorgtoewijzing. Het zorgkantoor maakt, in situaties dat zorg eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing, zelf een 'melding einde zorg' aan in het eigen systeem. Het zorgkantoor levert die alleen aan bij het CAK als alle Wlz-zorg voor een cliënt stopt. Het CAK beëindigt dan de eigen-bijdrage heffing voor een

<sup>48</sup> Dat geldt niet alleen voor een aanvraag MPT maar ook voor een aanvraag VPT.

<sup>49</sup> Vanaf april 2018 geldt een eigen bijdrage voor alle Wlz-zorg voor iemand vanaf 18 jaar. De leveringsvorm en de omvang van zorg zijn relevant voor de eigen bijdrage bepaling (verschil in eigen bijdrage voor MPT, VPT of Verblijf).

cliënt. De zorgaanbieder mag in deze situaties natuurlijk wel een MEZ aanleveren als dit voor de interne verantwoording nodig is of dit in zijn systeem zo is ingeregeld.

*De Fruitmand gaat de persoonlijke verzorging en individuele begeleiding zelf leveren binnen het beschikbare budget (100%) voor zorgprofiel 6VV. Op 4 april 2018 start De Fruitmand met de zorglevering. De volgende dag stuurt de instelling een MAZ (AW35) met leveringsvorm MPT naar het zorgkantoor. In de MAZ hoeft geen percentage of klasse te worden doorgegeven voor het MPT en ook niet welke zorg (persoonlijke verzorging of individuele begeleiding) wordt geleverd. Het zorgkantoor meldt bij het CAK de start van het MPT (CA317-bericht) voor mevrouw Tuin zodat een eigen bijdrage voor Wlz-zorg kan worden opgelegd.*

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

Vervolg Voorbeeld 1b

- Krijgt een cliënt verblijfszorg maar wil die bijvoorbeeld overgeplaatst worden naar een andere zorgaanbieder? Dan levert de zorgaanbieder waar de cliënt vertrekt een mutatie (MUT17) aan via een AW39-bericht om de overplaatsing te melden. Let op: een MUT17 mag alléén worden aangeleverd als er voor deze cliënt dan ook direct een plaats beschikbaar is bij de andere zorgaanbieder. De leveringsstatus bij de oorspronkelijke aanbieder wijzigt dan namelijk van In zorg naar Einde zorg. De mutatedatum is meteen de einddatum van de zorgtoewijzing voor deze aanbieder. Het zorgkantoor stuurt dit mutatie/ melding einde zorg bericht niet door naar het CAK, omdat het uitgangspunt is dat deze zorg gecontinueerd wordt bij een andere zorgaanbieder<sup>50</sup>. Het zorgkantoor stuurt wel de nieuwe MAZ door naar het CAK. Het CAK weet zo dat dezelfde zorg door een andere zorgaanbieder aan de cliënt wordt geleverd. De eigen bijdrage loopt daardoor ongewijzigd door. Als de zorg niet direct doorloopt bij de nieuwe zorgaanbieder, dan meldt u dit niet via MUT17. U meldt een Einde zorg met MUT19 en vraagt via de AAT de zorg aan voor de nieuwe zorgaanbieder.

<sup>50</sup> Het CAK heeft deze informatie niet nodig voor het factureren van de eigen bijdrage.

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

iWlz bericht	Welke bericht (MAZ, AAT en/of MUT)
MAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als de gewenste en toegewezen leveringsvorm hetzelfde zijn en de zorg levering (direct) start</li> </ul>
MUT - code (MUT - reden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>MUT02: Overlijden</li> <li>MUT17: Overplaatsing (cliënt is al in zorg, MAZ aanwezig)</li> <li>MUT20: Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing aanhouden</li> <li>MUT21: Overdracht zorgtoewijzing (cliënt is nog niet in zorg, geen MAZ aanwezig)</li> <li>MUT12: Cliënt wil de zorg (nog) niet</li> <li>MUT18: Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren</li> <li>MUT19: Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing afgesloten</li> </ul>
Voorbeeldsituaties voor AAT met MUT 12, 18 of 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanvraag zorgtoewijzing (ztw) voor MPT of VPT door dossierhouder om wachperiode voor toegewezen verblijfszorg te overbruggen. AAT met MUT18 om leveringsstatus op verblijfszorg te melden: Actief of Niet-actief wachtend.</li> <li>Aanvraag ztw door dossierhouder om instellingsvreemd zorgprofiel om te zetten naar een instellingseigen zorgprofiel (MUT12 om leveringsstatus Einde Zorgvraag te melden op instellingsvreemd zorgprofiel).</li> <li>Aanvraag ztw door dossierhouder voor andere leverings-vorm en doorgeven coördinator zorg thuis. Bijvoorbeeld voor de situatie dat cliënt zijn verblijfszorg wil beëindigen (MUT19) en omzetten naar zorg thuis via een MPT of VPT.</li> <li>Aanvraag ztw door coördinator zorg thuis om ztw van het MPT toe te wijzen aan andere zorgaanbieders en bij zichzelf te beëindigen (AAT met MUT19). Leveringsstatus wijzigt bij coördinator zorg thuis van In zorg naar Einde zorgvraag.</li> </ul>
Voorbeeldsituaties AAT zonder MUT (alleen AAT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanvraag ztw door dossierhouder voor splitsen leveringsvorm (de leveringsvorm en leveringsstatus van ztw blijven bij de dossierhouder hetzelfde). Bijvoorbeeld ztw voor Verblijf (Opname Ja) splitsen naar ztw voor Verblijf 'Opname Ja' (verblijfszorg) en Verblijf 'Opname Nee' (dagbesteding bij andere zorgaanbieder). Cliënt was al in zorg bij dossierhouder, dat verandert door de splitsing niet: de leveringsstatus In zorg blijft ongewijzigd.</li> <li>Aanvraag ztw door coördinator zorg thuis voor andere verdeling van het toegewezen % voor het MPT (hoger of lager) voor een of meer betrokken aanbieders bijvoorbeeld door een bijzondere situatie (MPT/EKT). Waarbij de leveringsstatus voor het MPT ongewijzigd blijft voor de coördinator zorg thuis, omdat hij zorg blijft leveren (leveringsstatus In zorg blijft ongewijzigd).</li> <li>Aanvraag ztw door coördinator zorg thuis voor verblijfszorg omdat dit noodzakelijk wordt voor cliënt zonder opnamewens. Geen ztw voor leveringsvorm Verblijf aanwezig, wel voor</li> </ul>

	bijvoorbeeld MPT met leveringsstatus In Zorg. Het MPT blijft gewoon doorlopen, daarom is er geen MUT nodig bij de AAT.
Voorbeeldsituatie MUT zonder AAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutatie door coördinator zorg thuis als de leveringsvorm wijzigt van MPT naar volledig PGB. De coördinator zorg thuis levert dan een MUT<sub>19</sub> aan omdat het MPT wordt beëindigd en hij geen AAT kan doen voor leveringsvorm PGB.</li> <li>• Overplaatsing (MUT<sub>17</sub>) naar een andere zorgaanbieder. Bijvoorbeeld bij verblijfszorg omdat een cliënt dichter bij familie wil wonen. Een AAT is niet van toepassing omdat bij de MUT<sub>17</sub> 'Instelling bestemming' ingevuld wordt. Het zorgkantoor weet dan naar welke zorgaanbieder de cliënt verhuisd is en waar de nieuwe zorgtoewijzing naar toe gestuurd moet worden. Is er na overplaatsing een andere verdeling van het % nodig dan vraagt de nieuwe dossierhouder die aan via een AAT. Bijvoorbeeld omdat de cliënt zijn dagbesteding, naast verblijfszorg, op een andere manier wil verdelen over meerdere aanbieders (GZ).</li> </ul>

Tabel 2 Voorbeeldsituaties voor AAT en/of mutatie in AW39-bericht

### Vervolg aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT)

- Gebruik de rekenmodule voor het berekenen en aanvragen van het juiste percentage in de AAT, bijvoorbeeld bij meerdere zorgaanbieders. Nadat per zorgaanbieder is ingevuld welke zorg hij gaat leveren, worden die daarin automatisch vertaald naar een aan te vragen percentage per zorgaanbieder;
- Een AAT kan worden aangevraagd met een MUT<sub>12</sub>, <sub>18</sub> of <sub>19</sub>. Een MUT<sub>19</sub> kan bijvoorbeeld gebruikt worden als thuis blijven wonen met leveringsvorm MPT niet meer doelmatig of verantwoord is. En wonen in een geclusterde woonvorm, waar zorg via een VPT<sup>51</sup> wordt geleverd, een betere oplossing is voor een cliënt (zie voorbeeld 1<sup>e</sup>);
- De coördinator zorg thuis<sup>52</sup> geeft via de AAT door of zorg thuis doelmatig en/of verantwoord kan worden geleverd. Of dat er sprake is van ondoelmatige zorg door een bijzondere situatie, bijvoorbeeld ademhalingsproblemen of PTZ. Het zorgkantoor weet zo bij ontvangst van de AAT of er nog een rekenmodule of formulier verantwoorde zorg volgt via het VECOZO-notitieverkeer (zie paragraaf 3.4). Geeft de coördinator zorg thuis via de AAT door dat zorg thuis doelmatig en verantwoord is, dan kan het zorgkantoor deze AAT direct afhandelen. Dat geldt ook voor ondoelmatige, maar verantwoorde zorg thuis voor mensen die een beroep doen op de regeling Extra kosten thuis;
- Het zorgkantoor beoordeelt een AAT binnen 2 werkdagen na ontvangst van het AW39-bericht of laat de zorgaanbieder weten hier extra tijd voor nodig te hebben.
- Wijzigt alleen de coördinator zorg thuis of de dossierhouder en blijven alle overige gegevens ongewijzigd? Dan wordt deze wijziging niet via een AAT aangevraagd, maar via het VECOZO-notitieverkeer doorgegeven aan het regionale zorgkantoor. De betrokken zorgaanbieder(s) en het zorgkantoor(en) verwerken deze wijziging dan zelf in hun systeem buiten het iWlz berichtenverkeer om.

<sup>51</sup> Verblijf in een instelling als betere oplossing wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4.

<sup>52</sup> De eerste keer kan dit ook een dossierhouder zijn.

*De Fruitmand kan het MPT niet meer doelmatig leveren omdat mevrouw Tuin non-invasieve beademing nodig heeft. Het CIZ geeft geen nieuwe indicatie af. Na invullen van de rekenmodule blijkt dat het budget voor zorgprofiel 6VV voor de extra benodigde begeleiding en verpleging met 10% wordt overschreden. De Fruitmand vraagt op 12 april 2018 via een AAT (AW39) een zorgtoewijzing aan voor 110%. In het AW39-bericht is geen mutatie opgenomen omdat De Fruitmand alle zorg direct kan leveren (de leveringsstatus In zorg blijft ongewijzigd). Er hoeft bij deze bijzondere situatie geen rekenmodule of formulier Verantwoorde zorg thuis te worden opgestuurd. Het zorgkantoor wijst de zorg volgens aanvraag toe. De zorgaanbieder stuurt een MAZ met begindatum 12 april 2018. Het zorgkantoor stuurt de MAZ niet naar het CAK omdat de leveringsvorm ongewijzigd is ten opzichte van de vorige MAZ, die wel naar het CAK is gestuurd. De MAZ bevat geen informatie over de omvang van de zorg.*

AW39 (verzonden op 12-04-2018) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 13-04-2018) Van Zorgkantoor naar Fruitmand
Besluitnummer: 101 Aanvraag zorgprofiel: 6VV Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Fruitmand Doelmatig: Nee Bijzondere situatie: ToeslagBeademing 1 (Non-invasieve beademing) Verantwoord: Ja  <b>Aanvraag (AAT) instelling</b> De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Regulier Ingangsdatum ztw: 12-04-2018 Einddatum ztw: geen ToewijzingPercentage: 110%	Toegewezen zorgprofiel: 6VV Instelling: De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 13-04-2018 ToewijzingPercentage: 110% Ingangsdatum ztw: 12-04-2018 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: MPT Klasse: n.v.t. Coördinator zorg thuis: De Fruitmand

Vervolg voorbeeld 1c

*De Fruitmand blijkt toch niet over voldoende deskundigheid te beschikken om de beademingszorg verantwoord te leveren. De Fruitmand schakelt daarom een paar dagen later voor een deel van de persoonlijke verzorging en voor de verpleegkundige zorg De Kersentuin in. En vraagt via een AAT voor de leveringsvorm MPT, een verdeling van het percentage aan over meerdere zorgaanbieders. De persoonlijke verzorging wordt nu door 2 zorgaanbieders geleverd via de leveringsvorm MPT. Mevrouw Tuin wil de Fruitmand graag houden als coördinator zorg thuis. In de AAT neemt De Fruitmand geen mutatie op omdat de leveringsvorm MPT ongewijzigd blijft én omdat De Fruitmand een deel van de zorg gewoon blijft doorleveren (de leveringsstatus In Zorg blijft voor De Fruitmand ongewijzigd). De Fruitmand levert dezelfde dag nog een MAZ aan met ingangsdatum 16 april 2018.*



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

#### Voorbeeld 1d

Zorgkantoren sturen in voorbeeld 1d een intrekking mee voor De Fruitmand voor de vorige zorgtoewijzing. Het zorgtoewijzingsbericht voor de leveringsvorm MPT bevat een compleet beeld van de zorg die is aangevraagd vanaf 12 april 2018 (er vervalt zo ook geen recht op zorglevering).

*Zorg thuis organiseren met een MPT is goed mogelijk maar is helaas niet de beste oplossing. Mevrouw Tuin voelt zich onzeker door de ademhalingsondersteuning en heeft behoefte aan meer toezicht dichtbij. In overleg met mevrouw Tuin wordt besloten dat verhuizen naar een woonzorgcomplex in de buurt een betere oplossing is. De Kersentuin levert daar alle benodigde zorg in de vorm van een VPT. Toevallig is er direct een woning vrij in dit complex dat wordt beheerd door de organisatie waar De Kersentuin deel van uitmaakt. Mevrouw Tuin wil deze kans niet voorbij laten gaan. De Fruitmand vraagt bij het zorgkantoor leveringsvorm VPT aan voor De Kersentuin. Omdat de leveringsvorm direct wijzigt van MPT naar VPT verandert bij De Fruitmand de leveringsstatus op het MPT van In zorg naar Einde zorg. Daarom neemt De Fruitmand in het AW39-bericht ook een*

mutatie (MUT19) op. De Fruitmand krijgt naar aanleiding van dit AW39-bericht geen (informatief) zorgtoewijzingsbericht meer, omdat alle geleverde zorg stopt op de mutatedatum.

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

Voorbeeld 1e

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

Of

*Uitwerking voorbeeld 1e waarbij ook over 2-3 weken een woning beschikbaar komt in het woonzorg-complex voor mevrouw Tuin. Omdat mevrouw Tuin moet wennen aan het idee van verhuizen kiest ze voor deze woning. De Fruitmand vraagt bij het zorgkantoor alvast leveringsvorm VPT aan voor*

*De Kersentuin. Omdat de woning niet direct beschikbaar is wijzigt voor De Fruitmand en De Kersentuin nog niets aan de levering van het MPT. Wachtlijstbeheer voor woningen valt buiten de verantwoordelijkheid van de Wlz. De Kersentuin heeft in het woon-zorgcomplex geen wachtlijst voor het VPT, daarom blijft bij beide zorgaanbieders het MPT regulier toegewezen naast het regulier toegewezen VPT en wordt niet soort zorgtoewijzing Overbrugging aangevraagd voor het MPT. Ook de leveringsstatus In Zorg voor het MPT blijft bij beide aanbieders ongewijzigd.*

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

*Op het moment dat De Kersentuin een MAZ aanlevert voor het VPT met ingangsdatum 13 juni 2018 (of enkele dagen later), trekt het zorgkantoor automatisch de zorgtoewijzingen voor het MPT in bij De Fruitmand en De Kersentuin. De MAZ op het VPT is daarvoor de trigger. Tot die tijd blijft het MPT dus gewoon toegewezen bij De Fruitmand en De Kersentuin en kunnen zij het geleverde MPT declareren. Omdat het MPT door de intrekking eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing registreert het zorgkantoor in het eigen systeem een 'melding einde zorg'. De Fruitmand en De Kersentuin hoeven dus geen MUT19 (melding einde zorg) te sturen op het ingetrokken MPT. Het zorgkantoor stuurt geen melding einde zorg voor het MPT door naar het CAK omdat mevrouw Tuin nog steeds zorg krijgt. Het zorgkantoor stuurt wel de ontvangen MAZ voor het VPT door naar het CAK zodat de eigen bijdrage heffing wordt aangepast naar de juiste leveringsvorm.*

AW39 (verzonden op 30-05-2018) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 30-05-2018) Van Zorgkantoor naar De Kersentuin
<p><b>Aanvraag Instelling</b>            Zorgprofiel 6VV            Leveringsvorm: VPT            Dossierhouder: De Kersentuin            Aanvraag instelling: De Kersentuin            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Ingangsdatum ztw: 13-06-2018            Einddatum ztw: geen            ToewijzingPercentage: 100%</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (1)</b>            Instelling: De Fruitmand            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum 16-04-2018            ToewijzingPercentage: 80%            Ingangsdatum ztw: 16-04-2018            Einddatum ztw: geen            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p>
	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (2)</b>            Instelling: De Kersentuin            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 16-04-2018            ToewijzingPercentage: 30%            Ingangsdatum ztw: 16-04-2018            Einddatum ztw: geen            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p>
	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (3)</b>            Instelling: De Kersentuin            Soort zorgtoewijzing: Regulier</p>

Toewijzingsdatum: 30-05-2018  
ToewijzingPercentage: 100%  
Ingangsdatum ztw: 13-06-2018  
Einddatum ztw: geen  
Klasse: KE7  
Leveringsvorm: VPT  
Dossierhouder: De Kersentuin

Voorbeeld 1f

### Leveringsstatus (wachtlIJststatus)

In hoofdstuk 4 en bijlage C wordt het gebruik van de leveringsstatussen verder toegelicht.

Hieronder worden kort de belangrijkste veranderingen genoemd:

- Vanaf iWlz 2.0 is een AAT losgekoppeld van een mutatie-reden. Ofwel een zorgaanbieder hoeft bij aanvraag van een zorgtoewijzing niet meer in alle situaties een mutatie-reden door te geven en een leveringsstatus (wachtlIJststatus) opnieuw te bevestigen. Een wijziging op reguliere zorg thuis of overbruggingszorg thuis kan dus aangevraagd worden zonder een wijziging op de leveringsstatus (voor verblijfszorg). Wijzigt een leveringsstatus wel voor zorg thuis? Geef dit dan altijd door met een mutatiebericht anders klopt de (landelijke) wachtlIJstinformatie niet. Of bespreek dit met de dossierhouder (verblijfszorg of VPT);
- De leveringsstatus Wens wachtend is van naam veranderd naar Niet-actief wachtend. De invulling en het gebruik van deze leveringsstatus is verder ongewijzigd;
- De leveringsstatus Slapend wachtend is van naam veranderd naar Niet wachtend. Deze status wordt gebruikt als een cliënt voorlopig (nog) op een wachtlIJst wil staan voor verblijfszorg, bijvoorbeeld omdat hij twijfelt over zijn opnamewens. Het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf blijft dan gelijktijdig toegewezen naast een zorgprofiel met een leveringsvorm voor zorg thuis (voor een langere overlappende periode). Zowel de zorgtoewijzing(en) voor verblijfszorg als voor zorg thuis worden in deze situaties met soort zorgtoewijzing Regulier toegewezen. De zorgaanbieder voor verblijfszorg (dossierhouder) levert dan een MUT12 aan met leveringsstatus Niet wachtend;
- Is voor een cliënt zorg thuis regulier toegewezen, staat er een actuele zorgtoewijzing voor verblijfszorg toegewezen én is er (zonder twijfel) geen opnamewens? Dan moet deze reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg worden beëindigd. Dat wordt gedaan door de dossierhouder met een MUT12 en leveringsstatus Einde zorg;
- Is voor een cliënt een reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg aanwezig, maar geeft de cliënt duidelijk aan geen opnamewens te hebben én niet op een wachtlIJst te willen staan? Dan moet de zorgtoewijzing voor verblijfszorg worden beëindigd. De dossierhouder levert dan via het mutatie gedeelte in het AW39-bericht de leveringsstatus Einde zorg aan voor de toegewezen leveringsvorm Verblijf (MUT12). De zorgtoewijzing met leveringsvorm Verblijf wordt dan ingetrokken. Resteert na intrekking voor de leveringsvorm Verblijf nog een zorgtoewijzing voor 1 dag? Dan hoeft de zorgaanbieder daarop geen actie uit te voeren. Zorgtoewijzingen met een toewijsperiode van 1 dag worden uitgesloten van de wachtlIJstinformatie. Is zorg thuis nodig en nog niet regulier toegewezen, dan vraagt de dossierhouder die via een AAT gelijktijdig aan naast de mutatie.

### 3.3.3.3 Zorgtoewijzingsproces, specifieke processtappen voor VPT

- Bij het VPT is een aanbieder verantwoordelijk voor levering van het integrale zorgpakket. Het VPT-deel kan nooit over meerdere aanbieders worden verdeeld, met uitzondering van dagbesteding of behandeling. Daarom is er bij het VPT sprake van een vast tarief en is aanleveren van een rekenmodule niet nodig. Wel moet de aanbieder beoordelen of er verantwoord zorg kan worden geleverd. Dat geldt voor een VPT dat in een geclusterde woonvorm of niet geclusterde woonvorm wordt geleverd. De aanbieder kan voor deze beoordeling het formulier Verantwoorde zorg thuis als handvat gebruiken. Kan een VPT niet verantwoord worden geleverd, dan wordt samen met de cliënt gezocht naar een oplossing die past bij zijn zorgbehoefte;
- In de situatie dat VPT in een geclusterde setting wordt geleverd, kan de cliënt voor een woning op de wachtlijst staan. Hij wacht dan feitelijk niet op het VPT, maar op het beschikbaar komen van een woning. Wachtlijstbeheer voor zelfstandige woningen valt niet onder de Wlz (bij het VPT betaalt de cliënt zelf zijn woonlasten). Woont de cliënt tijdens de wachtperiode voor een woning nog thuis, dan krijgt hij zijn MPT of VPT met soort zorgtoewijzing Regulier en niet met soort zorgtoewijzing Overbrugging;
- Via het berichtenverkeer wordt voor het VPT het eerste aanspreekpunt voor de zorg bij een cliënt doorgegeven. Dit gebeurt via het veld dossierhouder (en niet via het veld coördinator zorg thuis) omdat bij het VPT één zorgaanbieder volledig verantwoordelijk is voor het integrale zorgpakket. Weet een cliënt bij de indicatiestelling al dat hij zijn zorg thuis wil via een VPT? En is er een voorkeuraanbieder voor het VPT bekend, dan wordt die bij de eerste zorgtoewijzing direct in het veld dossierhouder gevuld;
- Is het VPT aan één zorgaanbieder toegewezen, dan is het toewijzingspercentage 100 %;
- Wil een cliënt uit de GZ zijn dagbesteding van een andere aanbieder(s) krijgen (of via PGB)? Dan blijft in die situaties voor het toe te wijzen VPT-deel (exclusief dagbesteding) een lager percentage over dan 100 %. Na berekening van het percentage voor de losse dagbesteding, kan het totaal toe te wijzen percentage voor het VPT-zorgarrangement op 100 % uitkomen (zie voorbeeld 2), maar dit kan ook boven de 100 % uitkomen<sup>53</sup>. Gebruik de rekenmodule voor een juiste berekening van de percentages voor de betrokken aanbieders (of PGB) en vul deze in de AAT met leveringsvorm VPT. Vul daarnaast in de AAT bij het veld dossierhouder altijd de zorgaanbieder die de individuele zorg en/of begeleiding thuis levert (VPT). En niet de zorgaanbieder die bijvoorbeeld de dagbesteding als onderdeel van het VPT levert;
- Wordt bijvoorbeeld alleen de dagbesteding naast het VPT door een andere aanbieder(s) geleverd?<sup>54</sup> Dan declareert de aanbieder die het VPT levert een tarief voor VPT zonder dagbesteding. In voorbeeld 2 is dat een VPT voor zorgprofiel 5VG. De dagbesteding wordt dan altijd apart gedeclareerd naast het VPT. Ook als de VPT-aanbieder een deel van de dagbesteding zelf levert (bijvoorbeeld 4 dagdelen) en een andere aanbieder bijvoorbeeld 5 dagdelen.

<sup>53</sup> In 2018 kwam het totale % bij in deze situaties altijd uit op 100 %. Vanaf 2019 is dat niet altijd het geval. Dat heeft te maken met de gewijzigde tarieven voor dagbesteding in de NZa beleidsregel(s).

<sup>54</sup> Dit kan alleen bij zorgprofielen voor de gehandicaptenzorg.

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

Voorbeeld 2 Ingevulde aanvraag rekenmodule VPT en dagbesteding

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

- Is er tijdelijk behandeling nodig voor een cliënt die zijn zorg via een VPT (exclusief behandeling) krijgt? Vraag deze behandeling dan via een zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor (zie 3.3.4);
- Is er een (intramurale toeslag) nodig naast het VPT, bijvoorbeeld een ademhalingstoelage of toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg? Dan kan die, net zoals bij opname, worden ingezet als wordt voldaan aan de daarvoor geldende voorwaarden<sup>55</sup> die zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren. Daarin staat bijvoorbeeld beschreven dat inzet van een toeslag (non)invasieve beademing bij leveringsvorm VPT of Verblijf, alleen kan als er aantoonbare contacten zijn met medisch-specialisten of het Centrum Voor Thuisbeademing, aantoonbaar geschoold personeel ingezet wordt en er samenwerkingsafspraken zijn met een ziekenhuis om snel te kunnen handelen bij een crisissituatie;
- Een 'intramurale' toeslag wordt bij een VPT (en verblijfszorg) niet via een AAT aangevraagd, omdat er sprake is van een vaste toeslag (tarief) voor één zorgaanbieder. Die toeslag kan bij een VPT niet over meerdere aanbieders worden verdeeld. Zorgkantoren controleren achteraf op juiste inzet van een toeslag;
- Bij gedeclareerde zorg wordt gecontroleerd of in de declaratieperiode een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor de leveringsvorm VPT.

#### 3.3.3.4 Zorgtoewijzingsproces, specifieke processtappen voor MPT

- Via het berichtenverkeer wordt ook voor het MPT het eerste aanspreekpunt voor de zorg bij een cliënt doorgegeven aan alle zorgaanbieders die bij een cliënt betrokken zijn. Voor het organiseren van het MPT wordt die zorgaanbieder gevuld in het veld Coördinator zorg thuis. Wordt het MPT door meerdere zorgaanbieders geleverd, dan bepaalt de cliënt zelf of in overleg met zijn zorgaanbieders wie zijn eerste aanspreekpunt wordt. Deze informatie is ook zichtbaar voor het zorgkantoor;

<sup>55</sup> Deze voorwaarden zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren.

- De rol coördinator zorg thuis is ingevoerd omdat een dossierhouder niet altijd direct betrokken is bij de dagelijkse thuissituatie van een cliënt. Hij is daardoor onvoldoende in staat om ontwikkelingen rondom de cliënt van dichtbij goed te volgen en passende zorg thuis te organiseren. Dat kan bijvoorbeeld in de situatie dat een cliënt in de regio Utrecht woont, maar naar een instelling wil verhuizen in de regio Midden-Limburg. Of in de situatie dat een dossierhouder alleen maar intramurale zorg biedt en geen kennis en deskundigheid heeft voor het organiseren van zorg thuis. Bijkomend voordeel voor de dossierhouder in deze situaties is ook dat hij niet onnodig belast is met het aanvragen van zorgtoewijzing voor het MPT, die lopen via de coördinator zorg thuis. De coördinator zorg thuis en de dossierhouder houden wel regelmatig contact met elkaar over de cliëntsituatie vanwege de opnamewens of opnamebehoefte (leveringsstatus/wachtnijstatus);
- Een zorgaanbieder kan alleen coördinator zorg thuis zijn als hij zelf direct betrokken is bij de dagelijkse situatie van een cliënt en zelf (een deel van de) zorg levert. Deze voorwaarde geldt niet voor de dossierhouder in de situatie dat een cliënt op de wachtlijst staat voor verblijfszorg of voor een VPT;
- Weet een cliënt bij de indicatiestelling al dat hij zijn zorg thuis wil via een MPT of een MPT in combinatie met PGB? En is er een voorkeuraanbieder voor het MPT bekend, dan wordt die bij de eerste zorgtoewijzing direct in het veld coördinator zorg thuis gevuld. Is er alleen sprake van leveringsvorm MPT? Dan wijst het zorgkantoor aan deze aanbieder ook direct een percentage van 100 % toe;
- Heeft de cliënt een opnamewens en is er sprake van overbruggingszorg via een MPT, dan is er naast een coördinator zorg thuis ook altijd een dossierhouder. Dit kan dezelfde aanbieder zijn als de coördinator zorg thuis, maar het kan ook een andere aanbieder zijn. De taken en verantwoordelijkheden die horen bij beide rollen zijn verder uitgewerkt in hoofdstuk 5;
- De coördinator zorg thuis vraagt zelf een wijziging van een zorgtoewijzing aan voor het MPT. Dit loopt niet via de dossierhouder. Had de cliënt geen opnamewens (geen dossierhouder actief) maar blijkt dit toch nodig én is er geen zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf? Dan kan de coördinator zorg thuis de zorgtoewijzing voor verblijfszorg ook zelf via een AAT aanvragen bij het zorgkantoor;
- De dossierhouder is niet verantwoordelijk voor aanvragen die door de coördinator zorg thuis worden gedaan als dit een andere aanbieder is.

### **Zorgtoewijzingsproces MPT**

- Zorg thuis in de vorm van een MPT wordt vanaf 1 april 2018 niet meer aangevraagd in functies en klassen. De functies zijn volledig vervangen door leveringsvorm MPT. De klasse is vervangen door een budgetcomponent, die wordt uitgedrukt in een percentage (%);
- Voordeel van het vervangen van functies door leveringsvorm MPT is dat een zorgaanbieder minder vaak een AAT hoeft in te sturen bij wijzigingen in de (soort) zorg;
- Omdat bij reguliere Wlz-zorg geen sprake meer is van functies, is een melding aanvang zorg (MAZ), mutatie of melding einde zorg (MUT/MEZ) van toepassing op de leveringsvorm die bij het zorgprofiel is toegewezen;
- Doordat de functies zijn vervallen is niet meer zichtbaar uit welke zorg het zorgarrangement voor een cliënt bestaat. Bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, huishoudelijke verzorging of dagbesteding. Informatie over (omvang van) geleverde zorg is zichtbaar via de gedeclareerde zorg;

- Functies blijven wel bestaan voor de subsidieregeling Extramurale behandeling en voor (een beperkte groep) Wlz-indiceerbaren die in een ADL-clusterwoning verblijven<sup>56</sup>. Voor cliënten die een indicatiebesluit hebben in functies blijft het niet mogelijk om een functie te splitsen en toe te wijzen aan 2 of meerdere aanbieders of PGB;
- De leveringsvorm MPT wordt gebruikt bij een langdurig zorgarrangement thuis (Regulier) en bij tijdelijke zorg thuis tot opname (Overbrugging). Is gelijktijdig sprake van een zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf? Dan blijkt uit de soort zorgtoewijzing bij leveringsvorm MPT en/of de leveringsstatus (wachlijststatus) bij leveringsvorm Verblijf of de cliënt een opnamewens heeft. Dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4;
- Het basisbudget (100 %) dat bij het geïndiceerde zorgprofiel<sup>57</sup> en de gewenste leveringsvorm MPT hoort, is gelijk aan het PGB-tarief voor dit zorgprofiel. Dit PGB-tarief is inclusief huishoudelijke hulp, maar exclusief behandeling. Uit dit budget wordt ook logeren, casemanagement dementie of dagbesteding betaald. Het noodzakelijke vervoer kan door de zorgaanbieder altijd worden gedeclareerd in de situatie van zorg in natura, en hoeft niet te worden meegerekend in het beschikbare budget per week;
- De zorgaanbieder zet het toegewezen (basis)budget in voor noodzakelijke zorg. Ofwel het toegewezen budget (%) wordt niet volledig benut als dat niet nodig is. Ook een aanbieder heeft de opdracht om zorg doelmatig in te zetten zodat de Wlz betaalbaar blijft. In de situatie dat het zorgkantoor een hoger percentage (bijvoorbeeld 100 %) heeft toegewezen dan nodig is (bijvoorbeeld 85 %), hoeft geen verlaging van het percentage te worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Deze flexibele werkwijze voorkomt extra berichtenverkeer in de situatie dat alsnog meer zorg nodig is binnen het basisbudget;
- Wil de cliënt zijn zorg thuis graag van meerdere zorgaanbieders krijgen, dan wordt het beschikbare budget over deze zorgaanbieders verdeeld. Gebruik de rekenmodule om de verdeling van het budget over de aanbieders te berekenen en te vertalen naar hele (afgeronde) percentages. De coördinator zorg thuis vraagt deze verdeling via een AAT aan bij het zorgkantoor. Blijft de verdeling van het budget onder de 100 %? Verdeel het resterende budget dan op een logische manier over de aanbieders. Vraag geen lager percentage aan dan 100 %. Dat beperkt de flexibiliteit (opvangen stijging zorgvraag);
- Twijfelt de coördinator zorg thuis aan een positieve beoordeling van doelmatige en verantwoorde zorg thuis? **Of heeft hij meer dan 10 werkdagen nodig om de aanvraag goed te beoordelen en in te dienen?** Vraag dan eventueel de direct noodzakelijke zorg aan. Houdt in deze situaties wel zoveel mogelijk rekening met het verwachte zorgarrangement thuis. Dit voorkomt dat een cliënt later terug moet in bepaalde zorg;
- Huishoudelijke hulp is een Wlz-aanspraak die net zoals alle andere Wlz-zorg wordt betaald vanuit het beschikbare (basis)budget. Bij inzet van (het volledige budget voor) huishoudelijke hulp beschrijft de coördinator zorg thuis in het (digitale) zorgplan welke mogelijkheden voor gebruikelijke zorg er zijn bij personen in de leefeenheid van de cliënt (en zijn sociale omgeving) en hoe deze eventueel worden benut. Dat geldt ook voor de aanwezigheid van algemeen gebruikelijke voorzieningen;
- Voor de doelgroep Wlz-indiceerbaren (zie bijlage F) kan extra budget voor huishoudelijke hulp worden aangevraagd. Dat kan alleen als de cliënt in de Wmo ook al een extra recht op

<sup>56</sup> Bij verblijf in een focuswoning krijgt iemand een indicatiebesluit voor de functie ADL. De overige zorg die nodig is moet in deze situatie ook nog in functies geïndiceerd worden (landelijk gaat het hier om een heel beperkte groep).

<sup>57</sup> En dus niet het (sectorvreemd) toegewezen zorgprofiel.



deze hulp had. In 2017 moest de cliënt dit bij het zorgkantoor aantonen door de beschikking van de gemeente te overleggen. Vanaf 2018 moet de cliënt ook onderbouwen dat het extra budget voor huishoudelijke hulp noodzakelijk is én doelmatig wordt ingezet;

- Andere inzet of wijziging van prestaties die zijn ingevuld in de rekenmodule is toegestaan, op voorwaarde dat zorg thuis verantwoord blijft én de feitelijk gedeclareerde zorg past binnen het vastgestelde (basis)budget. Zo kan bijvoorbeeld begeleiding (groep) of persoonlijke verzorging worden ingeruild voor extra huishoudelijke hulp. Dit principe geldt ook andersom. Wijzigingen op het toegewezen percentage voor een of meerdere zorgaanbieders hoeven in deze situaties niet aan het zorgkantoor te worden doorgegeven via een AAT. Aan het toegewezen percentage kan daarom geen recht worden ontleend. Het juiste percentage mag natuurlijk wel worden aangevraagd, als de organisatie dit bijvoorbeeld nodig heeft voor interne verantwoording;
- Wordt bij toekenning van extra budget als voorwaarde gesteld dat een bepaalde vorm van zorg geleverd moet worden (bijvoorbeeld verpleging), dan mag deze zorg niet worden vervangen door andere zorg. Dat kan alleen na overleg met het zorgkantoor;
- Kiest de cliënt voor Wlz-zorg van bijvoorbeeld twee zorgaanbieders, maar wil hij dit later (blijvend) omzetten naar één zorgaanbieder? Dan levert de vertrekkende aanbieder een melding einde zorg aan op zijn toegewezen MPT. Dat moet omdat de zorgtoewijzing eerder wordt beëindigd dan de toegewezen einddatum. Was deze aanbieder ook de coördinator zorg thuis? Dan stuurt hij via het AW39-bericht niet alleen een mutatie maar gelijktijdig ook een AAT. In de AAT vult hij het juiste percentage voor de overblijvende aanbieder en hij vult deze aanbieder ook bij het veld coördinator zorg thuis. In de situatie dat de vertrekkende aanbieder niet de coördinator zorg thuis is én de zorgkosten binnen het basisbudget blijven, hoeft de coördinator zorg thuis geen nieuwe AAT aan te vragen. Ook niet als de omvang van de geleverd zorg wijzigt. De coördinator zorg thuis legt deze verandering wel vast in het (digitale) zorgplan;
- Door het vervallen van de functies is de koppeling tussen een toegewezen functie en de gedeclareerde zorgprestatie losgelaten<sup>58</sup>. Bij declaratie van reguliere Wlz-zorg wordt deze controle vervangen door een controle tegen de toegewezen leveringsvorm. (Er wordt gecontroleerd of er een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor het MPT als bijvoorbeeld een prestatie voor persoonlijke verzorging wordt gedeclareerd).

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

#### **3.3.4.1 Afbakening behandeling**

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

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

Behandeling wordt ingezet als er sprake is van diagnostiek, verbetering of tegengaan van behandelbare verslechtering van de aandoening, beperking, stoornis of handicap. In de Wlz is behandeling vaak niet gericht op herstel maar op het voorkomen van gevolgen en complicaties

---

<sup>58</sup> Uitzondering hierop vormt de functie Behandeling voor de subsidieregeling Extramuraal behandeling en de groep Wlz-indiceerbaren die nog een indicatiebesluit met functies hebben.

(nieuwe problemen) of het ontstaan van een gerelateerde stoornis. Behandeling kan ook gaan om het aanleren van nieuw (sociaal) gedrag of een nieuwe vaardigheid (bijvoorbeeld op gebied van communicatie). Van behandeling is sprake als er concrete behandeldoelen zijn opgesteld, die op gestructureerde en programmatische<sup>59</sup> manier worden opgepakt. En waarvoor specifieke deskundigheid is vereist<sup>60</sup>. Behandeling is per definitie begrensd in de tijd.

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

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

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

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

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

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

### **Behandeling en zintuiglijke handicap**

Heeft iemand een indicatie voor een zorgprofiel, anders dan een zorgprofiel voor zintuiglijke handicap (ZG), én behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap? Dan wordt deze behandeling vergoed vanuit de Zvw<sup>61</sup> als de Wlz-behandelaar niet de competenties heeft om de noodzakelijke behandeling<sup>62</sup> te bieden. Dit kan dus naast de Wlz. Heeft iemand een indicatie voor een ZG-zorgprofiel en is behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap, dan wordt dit wel betaald uit de Wlz en niet uit de Zvw. De behandeling is onderdeel van het zorgprofiel.

---

<sup>59</sup> Programmatisch wil zeggen dat de te nemen stappen die nodig zijn om een concreet behandeldoel te bereiken, bekend zijn. Soms richt behandeling zich ook op de mantelzorger of verzorger, die leert dan vaardigheden of gedrag aan voor het omgaan met iemand met een verstandelijke beperking of dementie.

<sup>60</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/behandeling>

<sup>61</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/zintuiglijk+gehandicaptenzorg>

<sup>62</sup> Screening (vaststellen of er een probleem is) hoort tot taak van de huisarts, SO of AVG

### 3.3.4.2 Behandeling naast leveringsvorm VPT en MPT

Consultatie<sup>63</sup> door een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG):

1. Bij een vraagstuk rondom een patiënt kan de huisarts een SO of AVG om advies vragen. Dit kan voor iemand met óf zonder Wlz-indicatie, daarom is voor consultatie geen zorgtoewijzing nodig (bovendien gaat het vaak om een beperkt aantal contacten op jaarbasis). De huisarts kan de aanvraag rechtstreeks bij de SO of AVG doen of vanuit het multidisciplinair overleg (MDO) rond de cliënt. Belangrijk is dat de reden, de inhoud en de aanvrager van de consultatie goed worden vastgelegd in het (digitale) zorgplan van de cliënt<sup>64</sup>;
2. Onder verantwoordelijkheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is het vanaf 2017 mogelijk om voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonen ook andere disciplines kortdurend te consulteren, bijvoorbeeld een gedragswetenschapper<sup>65</sup>. Dit kan alleen wanneer inzet van andere disciplines nodig is om de huisarts een passend antwoord te geven. De SO of AVG heeft in deze situaties de regie (de aanvraag moet via een SO of AVG lopen) en blijft eindverantwoordelijk voor deze discipline. De SO of AVG is op de achtergrond voortdurend aanwezig en draagt zorg voor terugkoppeling aan de huisarts en juiste declaratie. De huisarts blijft hoofdbehandelaar.

Behalve voor consultatie kan Wlz-behandeling ook tijdelijk worden ingezet bij een VPT of MPT zonder behandeling. De extra financiële ruimte voor behandeling is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel: het verschil (financiële waarde) tussen een VPT met behandeling en een VPT zonder behandeling voor een bepaald zorgprofiel geldt dan als financieel kader voor de inzet van behandeling. De aanbieder kan de rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen. Er zijn profielen waarbij dit verschil niet aanwezig is. Dat geldt bijvoorbeeld bij LVG zorgprofielen. Behandeling is daar integraal (onlosmakelijk) onderdeel van de gehele zorg en altijd inbegrepen in het tarief.

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

- de inzet is tijdelijk van aard (gemiddeld 3 tot 6 maanden). Voor kinderen jonger dan 18 jaar, maximaal 3 jaar omdat er nog sprake is van een ontwikkelingsfase;
- de inzet gaat uitdrukkelijk over Wlz-behandeling en niet over 'behandeling op de achtergrond';
- in het (digitale) zorgplan wordt de onderbouwing voor inzet van behandeling (groep of individueel) vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO.

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

- welke diagnose maakt inzet van behandeling noodzakelijk;
- welke zorgprofessional is eindverantwoordelijkheid voor de behandeling (welke arts/behandelaar);

<sup>63</sup> Daaronder wordt ook uitgebreide diagnostiek gerekend en uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek.

<sup>64</sup> Voor deze vorm van consultatie hoeft een cliënt ook niet altijd een indicatie voor Wlz-zorg te hebben.

<sup>65</sup> Een huisarts heeft ook de mogelijkheid om een gedragswetenschapper buiten de SO om te benaderen voor een oudere. Dat kan alleen in de situatie dat de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.

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

#### **3.3.4.3 Behandeling naast leveringsvorm VPT**

##### **Werkafspraken voor tijdelijk behandeling bij leveringsvorm VPT**

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

- in deze situaties hoeft vooraf géén toestemming<sup>66</sup> te worden gevraagd bij het zorgkantoor als die tijdelijke behandeling past binnen de beschikbare financiële ruimte van het VPT en alleen door dezelfde instelling (agb-code) wordt geleverd;
- wordt behandeling door een andere zorgaanbieder geleverd? Dan vraagt de dossierhouder daarvoor een reguliere zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. De aanvraag voor behandeling bevat de leveringsvorm VPT, met het benodigde % (gebruik de rekenmodule om dit % te berekenen). Betrokken partijen zien zo dat er sprake is van behandeling naast een VPT. Het % voor behandeling is lager dan het % voor het reguliere VPT;
- het zorgkantoor toetst achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria die daarover bij het contracteren zijn gemaakt;
- is voor een cliënt langdurige Wlz-behandeling noodzakelijk dan is verblijf inclusief behandeling of een VPT inclusief behandeling voor de cliënt een betere oplossing.

#### **3.3.4.4 Behandeling naast leveringsvorm MPT**

##### **Werkafspraken voor aanvragen van behandeling bij leveringsvorm MPT**

- Het basisbudget MPT (100%) is altijd zonder behandelcomponent. Dat komt omdat het MPT-budget is afgeleid van het PGB-budget voor een bepaald zorgprofiel. Landelijk is de afspraak gemaakt dat behandeling nooit mag worden ingekocht met een PGB;
- Behandeling (individueel of groep) kan dus alleen via zorg in natura geleverd worden;
- Voor Behandeling groep en Begeleiding groep geldt volgens de kaders van de Wlz een gezamenlijk maximum van 9 dagdelen (bij de indicatiestelling). Dit maximum van 9 dagdelen is geen harde grens bij de feitelijke zorginzet voor overbruggingszorg of het MPT. Het aantal dagdelen kan naar behoefte worden ingezet. En mag dus meer zijn dan 9 dagdelen, zolang het past binnen het (basis)budget. Voorwaarde blijft wel dat dit niet ten koste gaat van de overige noodzakelijke zorg thuis zoals verpleging, persoonlijke verzorging of individuele begeleiding;
- Is in het tarief voor een bepaald zorgprofiel rekening gehouden met inzet van een standaard aantal dagdelen begeleiding groep, maar is behandeling groep aangewezen? Dan wordt op het budget het aantal dagdelen begeleiding groep verminderd, in principe met het aantal dagdelen Behandeling groep dat nodig is<sup>67</sup>.

<sup>66</sup> Voor deze tijdelijke behandeling was in 2017 een aparte machtigingsprocedure van toepassing (buiten iWlz om). Dit is in 2018 niet meer nodig. Declaraties voor tijdelijke behandeling over het jaar 2017 kunnen niet zonder aparte machtiging bij het zorgkantoor worden ingediend.

<sup>67</sup> Daarbij wordt rekening gehouden met eerdere toegewezen zorg.

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

- Wordt eerste bepaald of behandeling betaald kan worden uit het beschikbare basisbudget. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis verantwoord blijft. Omdat behandeling vaak kortdurend is, wordt het weekbudget dat hiervoor in de AAT moet worden opgenomen, teruggerekend op basis van een kalenderjaar. Resteert er onvoldoende ruimte, dan is er extra budget beschikbaar;
- Bij behoefte aan extra financiële ruimte, selecteert de zorgaanbieder in de rekenmodule een behandelprestatie (individueel of groep) die past bij het geïndiceerde zorgprofiel. Het basisbudget (en percentage) in de rekenmodule wordt dan automatisch opgehoogd met een component voor behandeling. Dit is het nieuw beschikbare budget. Met de ophoging komt het beschikbare budget uit op een percentage dat hoger is dan 100% (hoger dan het basisbudget);
- Geldt dat het extra budget voor behandeling niet ingezet wordt voor andere Wlz-zorg;
- Past de noodzakelijke behandeling binnen het budget (inclusief behandelcomponent) dan vraagt de coördinator zorg thuis de behandeling direct aan via een AAT. In deze situaties is er vooraf geen beoordeling en toestemming nodig van het zorgkantoor. Er wordt dus geen rekenmodule of formulier Verantwoorde zorg thuis aangeleverd;
- Levert de aanbieder naast de tijdelijke behandeling nog andere zorg uit het MPT? Dan worden beide percentages bij elkaar opgeteld en in één percentage aangevraagd voor de leveringsvorm MPT. De leveringsvorm MPT wordt bij een zorgaanbieder dus niet gesplitst over een kortdurende periode (voor behandeling) en een lange periode (voor overige Wlz-zorg) met 2 verschillende percentages. Zo is er per zorgaanbieder altijd maar één leveringsvorm MPT toegewezen (overige MPT-zorg én/of behandeling). In deze situatie vraagt de aanbieder het totale MPT voor de langste periode aan. Bij een MPT met soort zorgtoewijzing Overbrugging is dit maximaal een jaar. Bij een MPT met soort zorgtoewijzing Regulier kan dit voor de duur van het indicatiebesluit zijn;
- Wordt er ook Wlz-zorg geleverd aan een cliënt door een andere aanbieder? Dan wordt de totale zorg voor de leveringsvorm MPT aangevraagd door de coördinator zorg thuis. Dat gebeurt vanaf de vroegste datum van een nieuwe zorgtoewijzing. Is een deel van het MPT niet opgenomen in de AAT (bijvoorbeeld omdat een andere aanbieder die levert en daarin niets wijzigt)? Dan wordt dat gedeelte onterecht ingetrokken door het zorgkantoor en niet opnieuw toegewezen;
- Het zorgkantoor toetst achteraf de noodzaak en periode van inzet behandeling. Het zorgkantoor houdt daarbij rekening met de leeftijdsgroep. Voor de doelgroep kinderen (< 18 jaar) wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met de ontwikkelingsfase. Als langere inzet van tijdelijke behandeling nodig is en de aanbieder twijfelt over akkoord van het zorgkantoor op deze verlenging? Leg deze vraag dan via het VEZOZO-notitieverkeer voor bij het zorgkantoor.

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

- Past de noodzakelijke zorg en/of behandeling niet binnen het beschikbare budget (inclusief behandelcomponent)? Ook niet via EKT of meerzorg<sup>68</sup>? Dan vraagt de coördinator zorg thuis de noodzakelijke extra behandeling gemotiveerd aan bij het zorgkantoor. In de AAT

---

<sup>68</sup> Niet alle zorgprofielen komen in aanmerking voor meerzorg. Zie bijlage I.

geeft hij aan dat er sprake is van ondoelmatige zorg voor een bijzondere situatie: ToeslagOverig, Extra budget voor behandeling (waarde 4). Gelijktijdig wordt een rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis aangeleverd, waarin de motivatie en toelichting is opgenomen (zie 'de motivatie in het (digitale) zorgplan');

- Dan overlegt het zorgkantoor altijd met de coördinator zorg thuis over een doelmatige inzet van middelen voor de overige zorg (of er nog ruimte of een andere verdeling mogelijk is in de aangevraagde zorg). Ook wordt afgestemd of de behandeling noodzakelijk is voor het gehele jaar. Is dat niet het geval dan wordt de inzet van behandeling niet op weekbasis maar op jaarbasis berekend (kalenderjaar);
- Is er sprake van een combinatie ZIN met PGB? Dan overlegt het zorgkantoor ook altijd met de budgethouder<sup>69</sup> over doelmatige inzet van middelen omdat het PGB geen 'verworven recht (inkomen)' is. Net zoals bij het MPT wordt besproken of er binnen het PGB nog ruimte is om middelen anders te verdelen. Het PGB is daarop door de zorgkantoren flexibel aan te passen;
- Blijft de inzet van individuele behandeling of dagbehandeling een overschrijding op beschikbare budget voor het MPT geven, dan kan het zorgkantoor besluiten extra financiële ruimte toe te kennen. Zorgkantoren doen dit alleen wanneer de behandelaar de noodzaak voor de individuele behandeling of dagbehandeling aan de cliënt goed kan onderbouwen.

### 3.3.4.5 Subsidieregeling Extramurale Behandeling

Woont iemand thuis en is er behandeling nodig, maar beschikt deze persoon niet over een CIZ-indicatie voor Wlz-zorg? Dan kan een beroep worden gedaan op de (tijdelijke) subsidieregeling Extramurale Behandeling<sup>70</sup>. Mensen met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of een verstandelijke beperking (meerderjarig) komen hiervoor in aanmerking. De cliënt heeft daarvoor ook een (extramurale) indicatie van het CIZ nodig. Een indicatiebesluit van het CIZ is niet nodig als deze behandeling wordt ingezet als consultatie voor de huisarts. Een indicatiebesluit voor deze subsidieregeling kan gecombineerd worden met zorg en begeleiding vanuit de Zvw of Wmo.

Een indicatie voor de subsidieregeling extramurale behandeling gaat niet samen met een Wlz-indicatie voor een zorgprofiel. Uitzondering hierop is iemand die een indicatie heeft voor partneropname (ZZPo). Deze behandeling kan dus niet samen geleverd worden met bijvoorbeeld een MPT of VPT, maar wel met een ZZPo. De aparte prestaties voor de subsidieregeling Extramurale behandeling kunnen daarom ook niet gelijktijdig met Wlz-zorg gedeclareerd worden. En ook niet gelijktijdig ten laste van de Zvw.

Heeft iemand een Wlz-indicatie voor een zorgprofiel, woont de cliënt nog thuis en is er behandeling nodig? Vraag dan via de AAT een budget voor behandeling aan. De Wlz is namelijk voorliggend op de subsidieregeling en de Zvw. Vraag geen indicatie voor Extramurale Behandeling bij het CIZ aan. Wordt bij het CIZ wel een indicatie aangevraagd voor Extramurale Behandeling uit de subsidieregeling, dan leidt dit tot ongewenste beëindiging van het

<sup>69</sup> Of zijn gewaarborgde hulp. Dit is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel.

<sup>70</sup> Zie ook <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/extramurale+behandeling> en de overeenkomst Zorgkantoor-Zorgaanbieder Wlz voor de tijdelijke subsidieregeling Extramurale behandeling op grond van artikel 11.1.5 van de Wlz

indicatiebesluit voor reguliere Wlz-zorg. Het indicatiebesluit voor reguliere Wlz-zorg wordt in de iWlz-systemen (van zorgkantoren) namelijk overruled door het nieuwe indicatiebesluit voor de subsidieregeling. Ook al trekt het CIZ het indicatiebesluit voor reguliere Wlz-zorg formeel niet in. Zorgkantoren kunnen deze situaties niet corrigeren in het iWlz-systeem.

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

Een cliënt kan ervoor kiezen om zijn Wlz-zorg zelf te regelen met een PGB<sup>71</sup>. Zorg die betaald wordt met een PGB is te combineren met MPT of VPT<sup>72</sup>. Inzet van zorg thuis via een PGB moet, net zoals bij zorg in natura (ZIN), doelmatig en verantwoord zijn. Dit wordt daarom ook getoetst door de zorgkantoren. Wil een cliënt zijn PGB combineren met ZIN dan beoordeelt het zorgkantoor altijd de complete zorgvraag. De cliënt (budgethouder) is zelf verantwoordelijk voor het inkopen en organiseren van kwalitatief goede zorg met een PGB. Hij stemt dit zelf, of met zijn gewaarborgde hulp, af met het zorgkantoor. Omdat een Wlz-zorgaanbieder hierin formeel geen rol heeft, worden PGB-procedures niet beschreven in het voorschrift.

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

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

- Heeft een cliënt bij indicatiestelling voorkeur voor leveringsvorm MPT in combinatie met leveringsvorm PGB? Dan is deze informatie terug te zien in het zorgtoewijzingsbericht, in het gedeelte over het indicatiebesluit<sup>73</sup> (VoorkeurCliënt: MPT/PGB<sup>74</sup>);
- Weet een cliënt bij indicatiestelling al dat hij zorg thuis wil in de combinatie van MPT met PGB? Dan wijst het zorgkantoor het MPT de eerste keer altijd met 1% toe aan de voorkeuraanbieder. Dit percentage van 1% is voor de coördinator zorg thuis een trigger om met de cliënt te bespreken of hij (een deel van de) zorg met PGB wil inkopen. De coördinator zorg thuis ontvangt naast een reguliere zorgtoewijzing voor het MPT, informatief een zorgtoewijzing die naar PGB verwijst;
- Deze informatieve zorgtoewijzing vertelt alleen dat de cliënt een wens heeft voor PGB of al een PGB heeft. De budgetcomponent voor het PGB-deel wordt nooit doorgegeven (het veld ToewijzingPercentage is leeg) aan de betrokken zorgaanbieder(s). Vanuit wetgeving rondom bescherming van persoonsgegevens is het niet toegestaan deze informatie te delen met zorgaanbieders;
- Bij de combinatie van MPT met PGB is altijd sprake van een aanspreekpunt voor ZIN (coördinator zorg thuis) én voor PGB (cliënt zelf of gewaarborgde hulp);

<sup>71</sup> Behandeling en een aantal zorgprofielen (gVVB, GGZB, SGLVG en LVG<sub>3</sub> t/m LVG<sub>5</sub>) komen niet in aanmerking voor PGB.

<sup>72</sup> In de situatie dat de cliënt kiest voor VPT, kan alleen de BG GRP (naast het VPT) geregeld worden met een PGB als dit is toegestaan bij het geïndiceerde zorgprofiel.

<sup>73</sup> Het indicatiebesluit gedeelte in het zorgtoewijzingsbericht wordt niet altijd ingelezen in systemen van zorgaanbieders. Dat is een keuze van de softwareleverancier (die in overleg met de zorgaanbieder is gemaakt).

<sup>74</sup> Het is niet mogelijk om in het indicatiebesluitbericht een VoorkeurCliënt VPT/PGB aan te geven.

- Het percentage van 1% bij het MPT is voor zorgkantoren een trigger om het proces voor aanvraag van een PGB op te starten (en te monitoren);
- Heeft de cliënt niet eerder een PGB gehad en is er wel direct zorg noodzakelijk? Overleg dan met de cliënt of de noodzakelijke zorg opgestart mag worden via het MPT. Vanaf het moment dat duidelijk is of een cliënt in aanmerking komt voor PGB, kan dan een nieuwe verdeling van het toe te wijzen percentage worden aangevraagd;
- Heeft een cliënt volledig PGB en wil hij (een deel) van dit PGB omzetten naar ZIN? Dan moet de budgethouder dit zelf rechtstreeks melden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor bespreekt dan met de cliënt van welke zorgaanbieder hij dit wil krijgen en wijst daarna het MPT met een percentage van 1% toe aan deze voorkeuraanbieder. Het percentage van 1% is voor deze zorgaanbieder een trigger om het gesprek met de cliënt aan te gaan over invulling (verdeling) van zijn zorgarrangement via een combinatie van MPT met PGB.

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

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

Voorbeeld 3a

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



- Het PGB is niet meer gekoppeld aan een (standaard) vertaling naar functies en klassen. Een cliënt heeft zo ook bij PGB de mogelijkheid om een flexibel budget aan te vragen;
- Wil de cliënt zijn MPT graag van een of meerdere zorgaanbieders in combinatie met PGB? Dan moet het beschikbare budget in overleg met de cliënt of zijn gewaarborgde hulp (PGB) over de zorgaanbieder(s) en het PGB worden verdeeld. De verdeling van het budget kan door de coördinator zorg thuis met behulp van de rekenmodule worden omgerekend naar hele percentages, als de cliënt informatie over zijn PGB wil delen. Vervolgens vraagt de coördinator zorg thuis (de verdeling van) het MPT met een AAT aan bij het zorgkantoor. De coördinator zorg thuis kan het gedeelte voor PGB niet aanvragen via de AAT. De cliënt vraagt dit altijd zelf aan bij het zorgkantoor;
- De coördinator zorg thuis bespreekt met de cliënt altijd of huishoudelijke hulp nodig is. Zo ja of hij dit via MPT of PGB wil krijgen. De aanbieder houdt bij het invullen van de rekenmodule, rekening met de keuze van de cliënt. Kiest de cliënt voor huishoudelijke hulp via het MPT dan moet het PGB hiervoor worden gecorrigeerd<sup>75</sup>. Een aanpassing van het PGB vereist altijd afstemming tussen zorgkantoor en budgethouder;
- Wil de cliënt informatie over (de hoogte van zijn) PGB niet delen met de coördinator Zorg thuis, dan is dat geen probleem. De zorgaanbieder vult dan in de aanvraag het percentage dat nodig is om zorg thuis te leveren. Het zorgkantoor controleert deze aanvragen altijd apart vanwege het financiële effect op het (al beschikte) PGB of de op te starten procedure PGB. Geef in de rekenmodule wel aan of met de cliënt is besproken (J/N) dat het zorgarrangement voor MPT van invloed kan zijn op de hoogte van het PGB. Dit helpt in de afhandeling van de aanvraag (en kan onnodige vertraging voorkomen);
- De coördinator zorg thuis (MPT) of dossierhouder (VPT) levert in de situatie van een combinatie met PGB altijd een rekenmodule aan bij het zorgkantoor. Zowel bij een regulier MPT als een MPT voor overbruggingszorg. Het zorgkantoor moet deze situaties in totaliteit beoordelen, voordat er zorgtoewijzingen worden aangemaakt voor betrokken partijen. Het zorgkantoor rekent het PGB-deel namelijk terug naar een budget voor het (lopende) kalenderjaar. De zorgaanbieder vult in de rekenmodule de verwachte structurele zorginzet per week;
- Neemt een cliënt zijn zorg af via een VPT dan kan dit alleen met PGB gecombineerd worden voor dagbesteding (alleen zorgprofielen GZ). In de situatie dat een cliënt dit wil is de verdeling van het aantal dagdelen dagbesteding naar ZIN en/of PGB van belang. Geef deze verdeling via de rekenmodule en het VECOZO-notitieverkeer door aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan daar dan het juiste PGB-budget aan koppelen;

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

<sup>75</sup> Voor een soepel overgang van huishoudelijke hulp naar de Wlz, was in 2017 een overgangsregeling van kracht. Daarmee kon het aantal uren huishoudelijke hulp dat cliënten vanuit de Wmo ontvingen in 2017 gelijk blijven. De overgangsregeling eindigt op 31 december 2017. Vanaf 2018 moet huishoudelijke hulp binnen het (basis)budget MPT passen. Het basisbudget is daarvoor in 2017 standaard met een bedrag opgehoogd. Heeft iemand een PGB dan is er veelal sprake van een toeslag voor huishoudelijke hulp. Met uitzondering van mensen die met het PGB alleen dagbesteding buiten huis inkopen.

AW39 (verzonden op 07-05-2018) Van De Appelboom naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 10-05-2018) Van Zorgkantoor naar De Appelboom
Besluitnummer: 104 Aanvraag: zorgprofiel 5VG Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Appelboom Doelmatig: Ja Verantwoord: Ja  <b>Aanvraag instelling</b> De Appelboom Soort zorgtoewijzing: Regulier Ingangsdatum ztw: 03-05-2018 Einddatum ztw: geen ToewijzingPercentage: 65%	<b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (1)</b> Instelling: De Appelboom Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 10-05-2018 ToewijzingPercentage: 65% Ingangsdatum ztw: 03-05-2018 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Appelboom  <b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (2)</b> Instelling: n.v.t. (leeg) Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 10-05-2018 ToewijzingPercentage: n.v.t. (leeg) Ingangsdatum ztw: 03-05-2018 Einddatum ztw: geen Leveringsvorm: PGB

Vervolg voorbeeld 3b

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

Een cliënt kan er veel baat bij hebben om thuis te blijven wonen, ook als zorg thuis meer kost dan het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel. Het ministerie van VWS geeft hiervoor vanaf 1 juli 2018 meer ruimte. De regeling Extra kosten thuis (EKT) wordt voor iedereen opengesteld die Wlz-zorg thuis kan krijgen via een MPT en/of PGB<sup>76</sup>. En heeft geen begrenzing meer op leeftijdsgroepen. Dat geldt niet alleen voor iemand die thuis wil blijven wonen maar ook voor iemand die overbruggingszorg thuis krijgt en op een wachtlijst staat voor verblijfszorg. Zo kan voor een cliënt beter aansluiting worden gezocht bij de zorg of begeleiding die hij via zijn zorgverzekeraar of gemeente kreeg. Of kan er thuis beter worden ingespeeld op zijn toegenomen zorgbehoefte en wordt extra belasting van zijn mantelzorg voorkomen.

Met deze regeling komt maximaal 25% extra budget beschikbaar bovenop het basisbudget voor een bepaald **zorgprofiel als er geen behandeling nodig is.**

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

<sup>76</sup> De regeling EKT (maximaal 25% extra budget bovenop (basis)budget voor bepaald zorgprofiel) was tot 1 juli 2018 begrensd tot 3 groepen cliënten: opgroeiende kinderen in een gezinssituatie <23 jaar), cliënten deel uitmaken van een gezinssituatie met opgroeiend(e) kind(eren <18 jaar) of die gericht waren op verwerven van inkomen uit werk vanuit huis. Omdat de regeling vanaf 1 januari 2019 voor iedereen met een MPT open is gesteld, bestaan die groepen vanaf dan niet meer. En kunnen ze niet meer geselecteerd worden voor de AAT bij ondoelmatige zorg (Bijzondere situaties).

Voor inzet van extra budget uit de regeling EKT hoeft de zorgaanbieder vooraf geen toestemming te vragen bij het zorgkantoor. Achteraf moet hij wel aantonen dat meer budget nodig is om verantwoorde zorg thuis in te zetten en dat er binnen het basisbudget voor het MPT (en/of PGB) geen financiële ruimte meer was om de noodzakelijke zorg te regelen.

De wijziging van de regeling EKT heeft geen consequenties voor de doelgroepen waarvoor geen maximumgrens geldt van 125 %<sup>77</sup>. Het gaat dan om:

- a) cliënten die palliatief terminale zorg thuis (PTZ) ontvangen, thuis willen sterven en een zeer intensieve zorgvraag of behoefte aan toezicht hebben;
- b) cliënten die tijdelijk behoefte hebben aan verpleging, die noodzakelijk is vanwege medisch specialistische behandeling. In deze situaties is de inzet van extra verpleging begrensd tot 3 maanden. Is na deze 3 maanden verlenging nodig dan moet de medisch specialist dit opnieuw bevestigen.

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

- in een geclusterde woonvorm verblijft die gefinancierd wordt via ZIN (of PGB). Omdat de toeslag EKT juist bedoeld is om iemand langer thuis te laten wonen, in zijn gezinssituatie. Bovendien kan binnen een geclusterde woonvorm zorg efficiënter georganiseerd worden dan wanneer een cliënt nog in zijn gezinssituatie woont;
- onderdeel uitmaakt van een gezin waar meerdere kinderen of personen aanspraak maken op zorg zoals beschreven onder artikel 5.3. In deze situaties is in redelijkheid te verwachten dat er enige doelmatigheid kan worden bereikt bij de in te zetten zorg (het wordt dus niet als redelijk beschouwd dat voor elk kind of persoon gerekend wordt met maximaal 125%);
- continue toezicht nodig heeft. Continue toezicht (24 uur zorg rond, 1:1) kan niet bekostigd worden met de verruimde EKT-regeling<sup>78</sup>;
- ook gebruik maakt van PGB. Het zorgkantoor toetst daarbij eerst op uitnutting van het overige budget. Of kijkt bijvoorbeeld naar veranderingen (onterechte verhoging) op het salaris van de zorgverlener.

De toeslag EKT is voorliggend op de toeslag Meezorg, een ademhalingstoeslag of Persoonlijk assistentie budget. Kan de noodzakelijke zorg niet vanuit de toeslag EKT worden betaald en komt een cliënt in aanmerking voor meezorg, een ademhalingstoeslag of een persoonlijk assistentiebudget? Dan vervalt de toeslag EKT. Er is dus geen stapeling mogelijk van EKT met een van deze andere toeslagen.

### Zorgtoewijzingsproces aanvraag EKT

- Bij een aanvraag voor EKT hoeft geen rekenmodule te worden aangeleverd bij het zorgkantoor, als de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd. Dat geldt ook voor het formulier Verantwoorde zorg thuis. De coördinator zorg thuis gebruikt de rekenmodule wel om de juiste budgetcomponenten aan te vragen bij het zorgkantoor. In de rekenmodule kan

<sup>77</sup> Voor de doelgroep Wlz-indiceerbaren kan meer dan 125 % budget worden ingezet. Voor deze cliënten geldt een overgangsregeling. Omdat via deze overgangsregeling altijd een oplossing mogelijk is bijvoorbeeld via het reguliere EKT of meezorg, is deze groep vanaf 1 januari 2019 voor EKT niet meer te selecteren bij Bijzondere situaties.

<sup>78</sup> Toezicht die vertaald kan worden naar een van de functies waarop in de Wlz aanspraak bestaat, bijvoorbeeld verpleegkundig toezicht bij ademhalingsondersteuning, kan thuis wel worden ingezet. Toezicht die niet vertaald kan worden naar een functie, zoals aanwezigheid bij verblijfszorg, valt hier buiten.

worden aangegeven dat er sprake is van een bijzondere situatie zoals EKT. Het beschikbare budget in de rekenmodule wordt dan verruimd;

- Extra budget wordt alleen aangevraagd voor noodzakelijke zorg. Er wordt niet standaard 25% extra budget aangevraagd. Doelmatige inzet van zorg blijft uitgangspunt;
- Er moet wel altijd een rekenmodule worden aangeleverd voor cliënten uit de groep Wlz-indiceerbaren die gebruik maken van de overgangsregeling en voor cliënten die zorg in natura willen combineren met PGB;
- In de situatie dat MPT gecombineerd wordt met PGB én er sprake is van EKT, kan de cliënt het beschikbare budget naar wens verdelen over beide leveringsvormen. Bijvoorbeeld 75% voor het MPT en 50% voor PGB of andersom. Zo kan ook een gedeelte van bijvoorbeeld persoonlijke verzorging via MPT worden ingezet en een gedeelte via PGB worden ingekocht. Met uitzondering van noodzakelijke behandeling, die maakt altijd onderdeel uit van het MPT budget. Voor de zorg die een cliënt inkoop met PGB wordt een budgetplan aangeleverd bij het zorgkantoor;
- Wijst het zorgkantoor extra budget toe in de situatie dat MPT met PGB wordt gecombineerd? Dan kan de coördinator zorg thuis dat niet standaard opmaken uit het totale percentage, omdat het zorgkantoor geen percentage aan de zorgaanbieder mag doorgeven over het PGB gedeelte. Het zorgkantoor laat de coördinator zorg thuis dan via notitieverkeer weten of er sprake is van EKT;
- Om te voorkomen dat het zorgkantoor toch om een rekenmodule vraagt als een cliënt al zijn zorg via een MPT wil, geeft de coördinator zorg thuis in de AAT aan dat het gaat om ondoelmatige maar verantwoorde zorg thuis. Daarnaast geeft hij aan dat er sprake is van een bijzondere situatie, Extra kosten Thuis. Hij vult daarbij dan de nieuwe code 5: Extra kosten thuis. De overige codes voor EKT zijn vanaf 1 januari 2019 vervallen;
- Voor de doelgroepen palliatief terminale zorg en gespecialiseerd verpleegkundig handelen geeft de zorgaanbieder in de AAT aan dat het gaat om ondoelmatige maar verantwoorde zorg thuis. Bij bijzondere situatie wordt gekozen voor ToeslagOverig. Onder ToeslagOverig zijn deze 2 doelgroepen vervolgens apart terug te vinden. Vul de juiste waarde in de AAT;
- Bij ondoelmatige zorg thuis voor cliënten die niet binnen de reguliere kaders passen wordt bij bijzondere situatie ToeslagOverig, Overig gevuld. Het zorgkantoor handelt deze cliëntsituaties individueel af en beslist over een passende oplossing voor de cliënt (discretionaire bevoegdheid zorgkantoren);
- Is een toeslag niet meer nodig, dan wordt bij het zorgkantoor een AAT ingediend met een nieuwe verdeling van het budget.

#### **3.3.6.1 Palliatief terminale zorg thuis**

Palliatief terminale zorg (PTZ) is zorg die wordt geleverd in de laatste levensfase van een cliënt. Deze zorg is vaak gericht op behandeling of begeleiding bij pijn, benauwdheid en angst en niet op herstel. Daarnaast is het doel om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden voor de cliënt en zijn mantelzorg. De zorgaanbieder die PTZ levert volgt daarvoor de landelijk vastgestelde richtlijn en Zorgmodule voor PTZ. De terminale fase eindigt door overlijden of

wanneer de cliëntsituatie zodanig verbetert dat er geen sprake meer is van een terminale levensfase<sup>79</sup>.

Vanaf 1 januari 2018 is de indicatiestelling door het CIZ voor het zorgprofiel VV10<sup>80</sup> vervallen<sup>81</sup>. Dit zorgprofiel kan dus niet meer bij het CIZ worden aangevraagd voor cliënten waarbij na 1 januari 2018 sprake is van een naderend overlijden en die thuis willen sterven (of in een instelling extra zorg nodig hebben). Gelijktijdig met deze wijziging is ook de koppeling van PTZ aan de sector V&V vervallen. PTZ thuis is mogelijk bij alle zorgprofielen uit de sector V&V en GZ.

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

#### **Zorgtoewijzingsproces PTZ<sup>82</sup> voor een cliënt met MPT (en/of PGB)**

- Vanaf 1 januari 2018 is voor extra budget PTZ geen indicatie van het CIZ meer nodig;
- De coördinator zorg thuis kan extra budget voor PTZ bij het zorgkantoor aanvragen als de noodzakelijke zorg, begeleiding of toezicht<sup>83</sup> niet met het beschikbare (basis)budget kan worden georganiseerd. Geef bij deze situaties via de AAT aan dat er sprake is van Doelmatige zorg: Nee, Verantwoord thuis: Ja, door bijzondere situatie ToeslagOverig, Palliatief terminale zorg (waarde 2);
- In de situatie dat er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde PTZ thuis hoeft de coördinator zorg thuis bij de AAT voor het totale budget géén rekenmodule of formulier verantwoorde zorg thuis aan te leveren;
- Het zorgkantoor wijst het aangevraagde budget in principe toe zonder verder inhoudelijke beoordeling vooraf. Dit gebeurt op basis van het principe high trust high penalty en op voorwaarde van aanwezigheid van een verklaring van de huisarts over de ingeschatte levensverwachting. Uit deze verklaring blijkt dat de behandelend (huis)arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een naderend overlijden bij de cliënt en dat er een levensverwachting ligt van minder dan 3 maanden. Deze verklaring moet de aanbieder kunnen overleggen bij een controle achteraf door het zorgkantoor. Uit de informatie in deze verklaring<sup>84</sup> moet het zorgkantoor een oordeel kunnen vormen over de levensverwachting. Ook moet in het (digitale) zorgplan een onderbouwing zijn vastgelegd voor de noodzaak van extra zorg inzet;

<sup>79</sup> Is er sprake van een verbetering van de cliëntsituatie en is er geen sprake meer is van een terminale levensfase, dan kan in overleg met de behandelend arts de verklaring over de ingeschatte levensverwachting worden ingetrokken. Dat gebeurt altijd in overleg met de cliënt en de zorgaanbieder. In deze situaties is het geïndiceerde zorgprofiel weer leidend voor de inzet van zorg. Is dit zorgprofiel niet meer passend dan moet een herindicatie worden aangevraagd.

<sup>80</sup> Bestaande indicatiebesluiten en zorgtoewijzingen voor een zorgprofiel VV10 blijven rechtsgeldig na 1 januari 2018. Deze zullen geleidelijk uitdoven.

<sup>81</sup> Is PTZ in 2017 gestart? Dan kon tot en met 5 januari 2018 nog een indicatie voor een VV10 worden aangevraagd.

<sup>82</sup> Palliatieve zorg voor een cliënt zonder Wlz-indicatie die thuis, in een hospice of in een instelling wil sterven. Deze palliatieve zorg is onderdeel van de aanspraak wijkverpleging (vanaf 2015) of Eerstelijns verblijf (vanaf 2017) die betaald wordt vanuit de Zvw.

<sup>83</sup> Rekening houdend met de mogelijkheden van mantelzorg en/of inzet van een lokale of regionale organisatie van vrijwilligers voor palliatief terminale zorg.

<sup>84</sup> De tekstuele beschrijving vervangt de term terminaliteitsverklaring. Veldpartijen zoeken een andere benaming.

- Het extra budget wordt toegewezen voor de geldigheidsduur van het indicatiebesluit. Dit voorkomt voor de zorgaanbieder onnodige administratieve last bij de zorg voor een terminale cliënt. Voorwaarde is wel dat de zorgaanbieder een nieuwe zorgtoewijzing aanvraagt bij het zorgkantoor als de cliëntsituatie verbetert en er geen sprake meer is van een terminale levensfase. Zorgkantoren monitoren zorgaanbieders op de duur en inzet van ondoelmatige PTZ en toetsen zo nodig of er nog sprake is van een terminale levensfase;
- In de situatie dat een cliënt PTZ zelf deels wil inkopen via een PGB, krijgt de zorgtoewijzing voor leveringsvorm PGB dezelfde toewijsperiode als het MPT. Dit voorkomt later onnodige informatieve zorgtoewijzingen voor een betrokken zorgaanbieder(s) als het PGB wordt verlengd. Het PGB voor deze zorg wordt door het zorgkantoor namelijk voor maximaal 1 jaar toegekend (beschikt). De duur van de beschikking is afhankelijk van de beoordeling van de cliëntsituatie en het budgetplan. door het zorgkantoor. Voor uitbreiding van het budget moet een verklaring van de (huis)arts over de ingeschatte levensverwachting<sup>85</sup> worden overlegd en een budgetplan dat gericht is op PTZ;
- Wordt PTZ voor een cliënt alleen met een PGB ingekocht, maar kan deze zorg niet volledig worden betaald met het budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel? Dan vraagt de budgethouder of gewaarborgde hulp rechtstreeks bij het zorgkantoor extra budget aan. Voor uitbreiding van het budget moet een verklaring van de behandelend (huis)arts over de ingeschatte levensverwachting worden overlegd en een budgetplan dat gericht is op PTZ.

#### **Zorgtoewijzingsproces PTZ voor een cliënt met VPT**

- Palliatieve zorg wordt in principe betaald op basis van het geïndiceerde, best passende zorgprofiel, omdat zorg aan het einde van een leven onderdeel is van de reguliere zorg die een aanbieder levert. Het toegewezen zorgprofiel is het te declareren zorgprofiel (het toegewezen zorgprofiel kan afwijken van het geïndiceerde zorgprofiel);
- Alleen in de situatie van een zeer intensieve 24-uurs zorgvraag die niet geleverd (betaald) kan worden vanuit het geïndiceerde zorgprofiel, kan de VPT-prestatie die hoort bij het zorgprofiel VV10 gedeclareerd worden;
- inzet van PTZ en declaratie van een VPT-prestatie voor VV10 kan in deze situaties zonder tussenkomst van het zorgkantoor plaatsvinden. Daarvoor hoeft dus géén zorgtoewijzing voor een VV10 te worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Dit op voorwaarde dat in het (digitale) zorgplan verklaring van de (huis)arts over de ingeschatte levensverwachting<sup>85</sup> is opgenomen. Uit die verklaring blijkt dat de arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een naderend overlijden bij de cliënt en dat er een levensverwachting ligt van niet langer dan 3 maanden. Deze verklaring van de ingeschatte levensverwachting moet de aanbieder kunnen overleggen bij een controle achteraf door het zorgkantoor. Ook moet in het (digitale) zorgplan een onderbouwing zijn vastgelegd voor de noodzaak van het declareren van een VPT-prestatie voor VV10, anders dan het geïndiceerde zorgprofiel.

<sup>85</sup> De tekstuele beschrijving vervangt de tem terminaliteitsverklaring. Veldpartijen zoeken naar een andere benaming.

### 3.3.6.2 Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis

Vanaf 2018 valt de gespecialiseerde verpleging die door een medisch specialist is voorgeschreven vanwege medisch specialistische behandeling onder de Wlz-aanspraken als een medisch specialist zelf niet direct beschikbaar hoeft te zijn voor toezicht of interventie. In deze situaties neemt de huisarts het toezicht of de interventie van de medisch specialist over. Er wordt in deze situatie ook niet meer gesproken van medisch specialistische zorg thuis (MSVT) maar van gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVP). Voorbeelden hiervan zijn wondverzorging of het toedienen van injecties. Vanaf 2018 wordt deze verpleging voor iemand met een Wlz-indicatie betaald vanuit de Wlz.

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

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

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

#### Zorgtoewijzingsproces GVP voor een cliënt met MPT (en/of PGB)

- Alle vormen van verpleging die onder de Wlz-aanspraak Verpleging vallen moet voor iemand met een Wlz-indicatie vanuit het vastgestelde (basis)budget worden betaald<sup>86</sup>;
- Past de zorg niet binnen het beschikbare budget, dan kan de coördinator zorg thuis bij het zorgkantoor extra budget aanvragen als er sprake is van gespecialiseerd verpleegkundig handelen. Via de AAT moet dan worden doorgegeven dat er sprake is van ondoelmatige zorg door een bijzondere situatie: ToeslagOverig, Gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVP, waarde 6);
- In de situatie dat er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde zorg thuis hoeft de coördinator zorg thuis bij de AAT voor het totale budget géén rekenmodule of formulier verantwoorde zorg thuis aan te leveren;
- Om administratieve last bij de zorgaanbieder te voorkomen kan het budget voor GVP voor de duur van het indicatiebesluit worden aangevraagd bij het zorgkantoor<sup>87</sup>. Op voorwaarde dat een overdrachtsformulier van de medisch specialist is toegevoegd aan het (digitale)

<sup>86</sup> Voor de verpleging die in 2017 nog onder de MSVT viel, wordt in de Wlz geen aparte prestatie beschikbaar gesteld. Deze verpleging moet worden betaald met een bestaande, reguliere Wlz-prestatie.

<sup>87</sup> In de periode van 1 januari 2018 tot 1 april 2018 was deze periode beperkt tot een half jaar. Dat kwam omdat deze cliëntsituaties in het iWlz berichtenverkeer niet te onderscheiden waren van ondoelmatige, reguliere verpleging.

zorgplan en direct opvraagbaar is door het zorgkantoor (bij materiële controle). In het overdrachtsformulier staat welke verpleging tijdelijk extra nodig is en waarom;

- In de situatie dat een cliënt deze verpleegkundige zorg zelf deels wil inkopen via een PGB, krijgt de zorgtoewijzing voor leveringsvorm PGB dezelfde toewijzperiode als het MPT. Dit voorkomt later onnodige informatieve zorgtoewijzingen voor een betrokken zorgaanbieder(s) als het PGB wordt verlengd. Het PGB voor deze zorg wordt door het zorgkantoor namelijk voor 3 maanden toegekend (beschikt). Deze toekenningsbeschikking kan vervolgens met 3 maanden worden verlengd, op voorwaarde dat een verklaring van de medisch specialist wordt overlegd door de budgethouder. In de Regeling langdurige zorg is opgenomen dat PGB in deze situaties maar mag worden uitgezet voor 3 maanden en dat er na drie maanden een herbeoordeling dient plaats te vinden. Dit uitgangspunt geldt ook voor zorgaanbieders, maar daar kan achteraf op worden getoetst door het zorgkantoor.
- Wordt GVP voor een cliënt alleen met een PGB ingekocht, maar kan deze zorg niet volledig worden betaald met het budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel? Dan vraagt de budgethouder of gewaarborgde hulp rechtstreeks bij het zorgkantoor extra budget aan. Voor uitbreiding van het budget moet een verklaring van de medisch specialist wordt overlegd door de budgethouder.

### 3.3.6.3 MPT (en/of PGB) met ademhalingstoeslag

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

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

### Zorgtoewijzingsproces aanvraag ademhalingstoelagen

- Een ademhalingstoeslag is niet van toepassing bij bijvoorbeeld een cliënt waar zuurstof via een 'brilletje of flowsnor' wordt toegediend, zuurstof incidenteel nodig is of waar het zuurstofgehalte in het bloed wordt gemeten. Het gaat om cliënten met bijvoorbeeld slikproblemen (obstructie in de ademhaling), risico op acute zuurstofdaling door ademstilstand of risico op een zwaar epileptisch insult of shock. Er is dan sprake van noodzaak van overnemen van de ademhaling via (non-)invasief beademen door (mechanische) apparatuur. Al dan niet volledig of ter ondersteuning, continue of met onderbreking (bij het wegvallen van de ademhaling bij een cliënt wordt de apparatuur automatisch ingeschakeld). Non-invasieve beademing gaat via een mond- of neuskapje, invasieve beademing via een tracheostoma;
- Bij een cliënt met non-invasieve of invasieve beademing waarvoor extra budget nodig is, heeft de coördinator zorg thuis geen rekenmodule of formulier Verantwoorde aan te



leveren bij het zorgkantoor. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd. Het totale budget moet wel bij het zorgkantoor worden aangevraagd via een AAT. De coördinator zorg thuis geeft dan ook via de AAT aan dat er sprake is van ondoelmatige zorg door een bijzondere situatie: Toeslag beademing, non-invasieve beademing (waarde 1) of Toeslag beademing, invasieve beademing (waarde 2);

- De coördinator zorg thuis borgt dat bij cliënten met deze vorm van ademhalingsondersteuning wordt voldaan aan voorwaarden<sup>88</sup> die daarvoor ook gelden bij verblijfszorg en VPT. In het (digitale) zorgplan wordt vastgelegd welke aantoonbare contacten er zijn met medisch specialisten of het Centrum Voor Thuisbeademing, dat er aantoonbaar geschoold personeel wordt ingezet die tijdig en adequaat kan ingrijpen of dat dit geborgd is via mantelzorg en er samenwerkingsafspraken zijn met een ziekenhuis om snel te kunnen handelen bij een crisissituatie.

### 3.3.7 MPT met toeslag meerzorg

#### Wanneer is er sprake van meerzorg?

Heeft een cliënt zorg nodig die qua omvang of inhoud niet past binnen het geïndiceerde zorgprofiel? Biedt het bijbehorende (basis)budget aangevuld met de toeslag EKT onvoldoende ruimte om de zorg te betalen die nodig is én wordt door het CIZ geen andere indicatie afgegeven? Dan is er mogelijk sprake van meerzorg<sup>89</sup>. Bij deze cliëntsituaties is dan beroep op de regeling Meerzorg mogelijk.

#### Wie kan beroep doen op de regeling Meerzorg thuis?

De regeling Meerzorg is in de sectoren V&V en GZ bij zorg thuis<sup>90</sup> van toepassing voor:

- iemand met een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 4LVG, 5LVG, 1SGLVG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud of 5ZGvis. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren, minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt<sup>91</sup> of;
- iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel waarbij de zorgbehoefte ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non invasieve beademing, CVA, Huntington, observatie of;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging én noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging én noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren minimaal 25% hoger is

<sup>88</sup> Deze voorwaarden zijn opgenomen in het Beleidskader zorginkoop van de zorgkantoren.

<sup>89</sup> De criteria voor de regeling meerzorg zijn terug te vinden in artikel 2.2 van de Regeling Langdurige Zorg (RLZ). In het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.1.1, lid 2 wordt het verzekerd pakket en het recht op zorg omschreven.

<sup>90</sup> Voor de sector GGZ is meerzorg ook mogelijk als iemand een indicatie heeft voor zorgprofiel 6GGZB of 7GGZB. Omdat het hier alleen om intramurale (meer)zorg gaat is dit uitgewerkt in hoofdstuk 4.

<sup>91</sup> Dit geldt ook voor iemand die op 31 december 2014 (AWBZ) al een indicatiebesluit had en aan dezelfde voorwaarden voldoet.

dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;

- iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel die daarnaast zorg nodig heeft als gevolg van chronische invasieve beademing of chronische non-invasieve beademing.

### **Wanneer kan er géén aanvraag voor meerzorg thuis worden ingediend?**

- als via de regeling Extra kosten thuis (EKT)<sup>92</sup> of via een ademhalingstoeslag thuis een oplossing gevonden wordt voor de extra zorgbehoefte<sup>93</sup>. Samenloop van meerzorg met of EKT of een ademhalingstoeslag is niet mogelijk. Deze vervallen vanaf de ingangsdatum dat meerzorg wordt toegekend;
- iemand een indicatie heeft voor een (SG)LVG zorgprofiel<sup>94</sup>. Tenzij daarvoor bijvoorbeeld een dringend advies ligt van het CCE omdat de cliënt niet gebaat is bij opname in een instelling die gericht is op behandeling van deze problematiek;
- er sprake is van een aanvraag voor het regelen van 24-uurs toezicht in de directe nabijheid. Meerzorg is bedoeld voor mensen die meer zorg nodig hebben op grond van bijzondere cliëntkenmerken en is niet bedoeld om toezicht thuis te organiseren (dat is ondoelmatig en in een instelling beter te organiseren);
- de gemiddelde zorg uren die horen bij een bepaald zorgprofiel (nog) niet zijn ingezet voor directe zorgverlening aan de cliënt;
- in de aanvraag meerzorg niet in beeld is gebracht wat de inzet is van gebruikelijke zorg, respijtzorg en/of mantelzorg.

#### **3.3.7.1 Processtappen individuele aanvraag meerzorg bij MPT, MPT met PGB of VPT thuis**

Welke processtappen gelden voor het aanvragen van individuele meerzorg thuis?

- Bij een individuele aanvraag voor meerzorg thuis is alleen sprake van een aanvraag voor extra budget voor directe cliëntgebonden zorgkosten. Vergoeding van indirecte kosten is bij deze cliëntsituaties niet mogelijk (zie bijlage I, groepsmeerzorg);
- Is er sprake van een individuele meerzorg aanvraag thuis voor een cliënt met gedragsproblematiek? Dan beoordeelt het CCE in deze situaties altijd de toegang tot meerzorg (VPT, MPT, MPT in combinatie met PGB en alleen PGB). Het zorgkantoor beoordeelt de toegang tot meerzorg in de situaties waar geen sprake is van gedragsproblematiek. De processtappen voor zorg in natura zijn terug te vinden in het stroomschema subparagraaf 3.3.7.2;
- De zorgaanbieder gebruikt het formulier verantwoorde zorg thuis en de rekenmodule Meerzorg voor een individuele aanvraag meerzorg MPT (in combinatie met PGB). En leest vooraf de invulinstructie in het aanvraagformulier zorgvuldig door;
- Zijn er meerdere zorgaanbieders bij een cliënt betrokken? Dan wordt bij een aanvraag meerzorg MPT met de cliënt besproken wie de coördinator zorg thuis is. De coördinator zorg thuis is verantwoordelijk voor de aanvraag meerzorg;

<sup>92</sup> Belangrijk verschil tussen EKT en meerzorg: EKT gaat uit van 25% meer kosten ten opzichte van het geïndiceerde zorgprofiel, meerzorg van 25% meer zorguren.

<sup>93</sup> Meerzorg voor iemand die zijn Wlz-zorg alleen via PGB inkoop valt buiten de scope van het voorschrift. Hiervoor is een apart uitvoeringsprotocol beschikbaar. Budgethouders regelen deze meerzorg aanvragen zelf.

<sup>94</sup> Of een GGZB zorgprofiel.

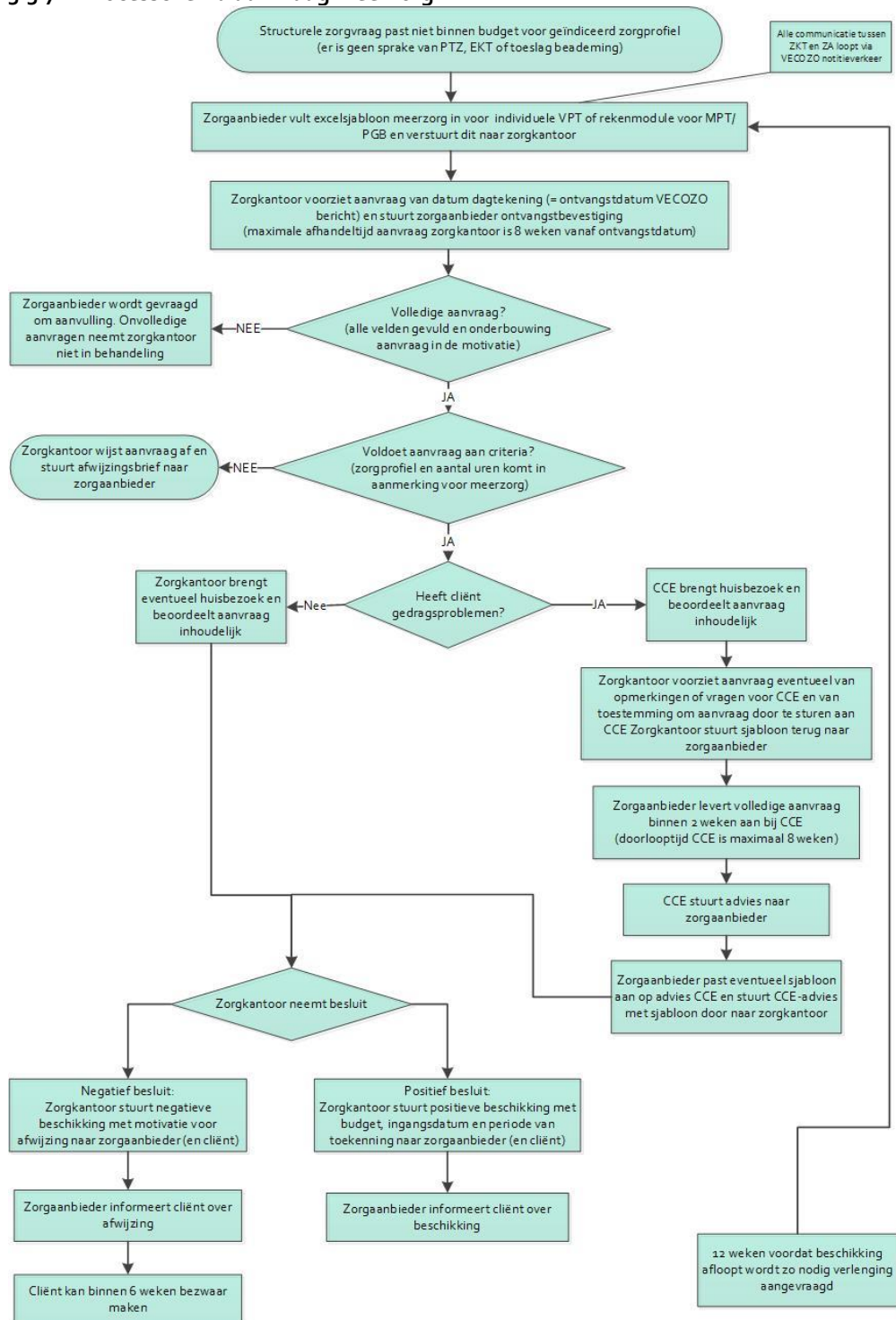
- Is er sprake van een combinatie MPT met PGB? Volg dan de aanvraagprocedure PGB als de nadruk ligt op PGB. (Voor het MPT gedeelte wordt in deze situaties ook altijd een rekenmodule ingevuld door de coördinator zorg thuis anders heeft het zorgkantoor geen totaalbeeld van het budget.) Volg anders de aanvraagprocedure MPT;
- Voor iemand uit de doelgroep Wlz-indiceerbaren, die gebruik maakt van de vangnetregeling, geldt een vereenvoudigde toegang tot meerzorg. Vereenvoudigde toegang houdt in dat meerzorg bij iemand uit deze doelgroep bij elk zorgprofiel kan worden aangevraagd. Vul op het formulier in dat het gaat om een Wlz-indiceerbare (vangnetregeling). Geef in de AAT aan dat het gaat om ondoelmatige zorg en vul bij bijzondere situatie ToeslagOverig, Meerzorg (waarde 3). De aanvraag- en beoordelingsprocedure voor meerzorg blijven verder gelijk;
- Het zorgkantoor legt het besluit over een aanvraag meerzorg vast in een beschikking. In de beschikking staat of de aanvraag akkoord is;
- Bij een negatieve beschikking geeft het zorgkantoor een inhoudelijke en juridische onderbouwing. Dat kan bijvoorbeeld omdat in de aanvraag onvoldoende is aangetoond dat de zorgvraag, de reguliere zorg overstijgt;
- Het zorgkantoor legt in de beschikking op cliëntniveau ook vast voor welke periode deze wordt afgegeven. In principe is dit voor een looptijd van maximaal 3 jaar. Tenzij er redenen zijn om hiervan af te wijken;
- De beschikking voor een aanvraag meerzorg PGB wordt door het zorgkantoor alleen naar de cliënt gestuurd. Een beschikking voor een aanvraag meerzorg MPT wordt altijd naar de aanvragende aanbieder en eventueel ook naar de cliënt gestuurd;
- De zorgaanbieder meldt, bij een individuele meerzorgaanvraag, een relevante wijziging in het (digitale) zorgplan of de persoonlijke omstandigheden van de cliënt zo snel mogelijk bij het zorgkantoor via het VECOZO-notitieverkeer. Het zorgkantoor beslist op basis van deze informatie of een nieuwe beoordeling voor meerzorg noodzakelijk is;
- De zorgaanbieder voegt bij een aanvraag voor verlenging altijd een evaluatie van de inzet van de extra middelen toe. En een evaluatie van de tot dan toe bereikte doelen (kritische reflectie/voorgangsrapportage). Wijken de aangevraagde uren af, onderbouw deze afwijking dan in de aanvraag;
- De zorgaanbieder declareert voor meerzorg thuis (MPT) de reguliere, extramurale prestaties bij het zorgkantoor:
- Voor een individuele meerzorgaanvraag VPT<sup>95</sup> gebruikt de zorgaanbieder het Excel sjabloon Meerzorg. Ook voor het declaratieproces geldt een andere afspraak: meerzorg bij een VPT wordt via de dagprestatie Meerzorg gedeclareerd (zie bijlage I);
- Bij een aanvraag meerzorg VPT geldt dat de zorgaanbieder die het VPT levert, verantwoordelijk is voor de aanvraag meerzorg (dossierhouder). Deze zorgaanbieder is ook verantwoordelijk voor de coördinatie van de (meer)zorg aan de cliënt;

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

<sup>95</sup> Bij een individuele meerzorgaanvraag VPT gaat het om een aanvraag die niet in de definitie van "groep" past. Zie bijlage I. In deze situaties wordt via de dagprestatie Meerzorg alleen directe cliëntgebonden zorgkosten gedeclareerd en geen indirecte kosten.

In bijlage I staat ook de bezwaarprocedure beschreven die gevolgd moet worden als een cliënt het niet eens is met het besluit van het zorgkantoor (zie paragraaf 15.4). En hoe te handelen bij verhuizing van een cliënt naar een andere zorgkantoor regio (zie paragraaf 15.5).

### 3.3.7.2 Processchema aanvraag meezorg



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

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

#### Declareren van logeren

- Voor MPT en PGB (ook tijdens de wachtperiode tot opname) geldt dat logeren wordt bekostigd vanuit het basisbudget. Daarmee is er geen onderscheid tussen aanvragen voor logeren voor leveringsvorm MPT of PGB;
- Logeren maakt dus onderdeel uit van de leveringsvorm MPT of PGB en wordt niet via een AAT aangevraagd onder de leveringsvorm Verblijf;
- Cliënten die hun indicatie volledig in PGB hebben omgezet, kopen ook het logeren in met dit budget. Wil een cliënt logeeropvang via MPT inkopen? Dan wordt dit uit het beschikbare (basis)budget voor de cliënt betaald. Het budget PGB wordt daarvoor dan gecorrigeerd. Het logeren via zorg in natura (ZIN) komt dus niet bovenop het oorspronkelijke PGB;
- Voor het logeren geldt een integraal tarief. Alle zorg die een cliënt tijdens een etmaal logeren krijgt, wordt in één tarief afgerekend. Het is dan niet meer mogelijk om voor de periode van logeren gelijktijdig nog andere extramurale prestaties te declareren. Uitzondering hierop vormt behandeling en begeleiding groep (GZ). Inzet van begeleiding groep (dagbesteding) tijdens het logeren mag als dit aansluit bij de definitie in de NZa beleidsregel<sup>96</sup>. Dat geldt ook voor noodzakelijke behandeling als die geen onderdeel is van de logeerprestatie<sup>97</sup>. Deze prestaties hoeven dan niet te worden ingevuld in de rekenmodule. Het zorgkantoor kan achteraf toetsen of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd. De zorgaanbieder moet dit kunnen verantwoorden.
- Cliënten mogen op jaarbasis (kalenderjaar) maximaal 156 etmalen logeren. Voor de aanvraag in de rekenmodule geldt dat het gemiddeld aantal etmalen per week dat een cliënt komt logeren wordt ingevuld. Reken het aantal etmalen per week terug op basis van het verwachte aantal etmalen dat een cliënt in een kalenderjaar komt logeren. Past het logeren niet in het (basis)budget dat voor een cliënt beschikbaar is? Overleg dit dan met het zorgkantoor.
- Voor het aantal dagen dat logeren gedeclareerd mag worden, geldt dat de dag van aankomst (voor 20.00 uur) en de dag van vertrek mogen worden gedeclareerd. Dit kan een dag verschil opleveren met het aantal etmalen dat is aangevraagd in de rekenmodule. Dus bij een aanvraag van 3 etmalen in de rekenmodule, mag een zorgaanbieder 4 etmalen

<sup>96</sup> Dagbesteding/dagbehandeling (of dagactiviteit) is een structurele tijdsbesteding met een vastomlijnd doel waarbij de cliënt actief wordt betrokken en die hem zingeving geeft. Een reguliere dag structurering of welzijnsactiviteit in de woon-/of verblijfsituatie zoals bijvoorbeeld zang, bingo of uitstapjes valt niet onder dagbesteding/dagbehandeling.

<sup>97</sup> Het zorgkantoor gaat uit van gepaste inzet van financiële middelen.

declareren. Het ook mogen declareren van de dag van vertrek<sup>98</sup> staat los van de maximale aanspraak van 156 etmalen op jaarbasis.

### **MPT en logeren**

Is bij start van het MPT nog geen behoefte aan logeren, maar ontstaat deze later wel? Dien dan een nieuwe aanvraag voor het MPT in als het logeren door een nieuwe aanbieder wordt geleverd of als deze zorg niet past binnen het toegewezen percentage. Zonder toewijzing voor een percentage kan de logeerprestatie door de nieuwe aanbieder niet worden gedeclareerd. Bovendien kan het uitbreiden van de zorg met logeren consequenties hebben voor de ruimte voor andere zorgprestaties binnen het MPT<sup>99</sup>. Vul daarom de rekenmodule in.

### **VPT en logeren**

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

Logeren valt onder leveringsvorm MPT. De dossierhouder kan daarvoor, naast een regulier toegewezen VPT, een reguliere zorgtoewijzing voor leveringsvorm MPT aanvragen. De leveringsvorm MPT en VPT kunnen gelijktijdig naast elkaar open staan, maar er moet dan wel sprake zijn van een andere zorgaanbieder. Blijft de zorgaanbieder (agb-code) gelijk dan is dit niet mogelijk. Door een MAZ op het MPT (logeren) wordt dan namelijk het reguliere VPT ingetrokken. In deze situaties vraagt de dossierhouder na het logeren opnieuw een VPT aan of verrekenet het logeren via het VPT-tarief (en vraagt dus geen leveringsvorm MPT aan).

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

Er wordt van een vakantieperiode gesproken als een cliënt kortdurend maar minimaal 7 dagen aaneengesloten wordt opgenomen. Het MPT of het VPT wordt tijdens deze vakantieperiode beëindigd. De coördinator zorg thuis (MPT) of de dossierhouder (VPT) vraagt daarvoor, via de normale werkwijze, een zorgtoewijzing aan voor het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf voor de vakantieperiode. Zij blijven ook tijdens de vakantieperiode het eerste aanspreekpunt voor de cliënt. Na terugkeer naar de eigenlijke situatie wordt het MPT of VPT weer van kracht op voorwaarde dat de cliëntsituatie ongewijzigd is. De zorgtoewijzingen hiervoor moeten dan weer opnieuw worden aangevraagd bij het zorgkantoor. De coördinator zorg thuis (MPT) of dossierhouder (VPT) kan deze zorgtoewijzing alvast aanvragen voor na de geplande vakantieperiode. Dat kan niet in dezelfde AAT als die voor verblijfszorg, maar de aanbieder kan wel direct daarna een tweede AAT aanmaken voor MPT of VPT (dus twee AW39-berichten).

---

<sup>98</sup> Het mogen declareren van de dag van vertrek heeft te maken met een verschil tussen de aanspraak en de financiering. De aanspraak die is beschreven door het Zorginstituut gaat uit van etmalen (overnachtingen), de financiering gaat uit van dagen.

<sup>99</sup> Tenzij de cliënt deze zorg al kreeg voor invoering van het toetsingskader (1 november 2015).

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

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

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

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

Wlz-zorg kan, bij schoolgaande kinderen met een Wlz-indicatie, gecombineerd worden met zorg in het onderwijs<sup>100</sup>. Het gaat dan om persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding. Voorbeelden daarvan zijn: hulp bij eten en drinken, toiletbezoek, het bewegen en/of zich verplaatsen, hulp bij verzorging van een stoma, hulp bij het toedienen of gebruik van medicijnen of hulp bij communicatie (begrijpen wat anderen zeggen en jezelf begrijpelijk maken).

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

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

---

<sup>100</sup> Meer informatie over zorg in het onderwijs is terug te vinden in het Beleidskader contractering Wlz van de zorgkantoren en via de handreiking Zorg en onderwijs: [www.passendonderwijs.nl](http://www.passendonderwijs.nl)

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

Thuis-situatie	Beschrijving situatie	Zorg thuis verantwoord	AAT	Rekenmodule en/of formulier Verantwoord zorg thuis aanleveren
1	Aanvraag voor MPT (regulier), kosten van MPT blijven binnen basisbudget (100 %).	Ja	Nee, als de gewenste leveringsvorm ook toegewezen is	Nee
2	Aanvraag voor MPT (overbruggingszorg), kosten van MPT blijven binnen basisbudget (100 %)	Ja	Ja, om MPT soort ztw Overbrugging aan te vragen	Nee
3	Aanvraag voor MPT is boven basisbudget (100 %) en er is sprake van ondoelmatige overbruggingszorg thuis (Actief Wachtend)	Ja	Ja, om percentage aan te vragen volgens ingevulde rekenmodule	Ja
4	Aanvraag voor MPT is boven basisbudget (100 %) en er is sprake van EKT (inclusief Wlz-indiceerbaren)	Ja	Ja, om ophoging percentage naar maximaal 125 % <sup>101</sup> aan te vragen	Nee
5	Aanvraag voor MPT is boven basisbudget en er is sprake van toeslag beademing (non-invasief)	Ja	Ja, om percentage aan te vragen volgens ingevulde rekenmodule	Nee
6	Aanvraag MPT is boven basisbudget en er is sprake van toeslag beademing (invasief)	Ja	Ja, om percentage aan te vragen volgens ingevulde rekenmodule	Nee
7	Aanvraag MPT is boven basisbudget en er is sprake van PTZ	Ja	Ja, om percentage aan te vragen volgens ingevulde rekenmodule	Nee
8	Aanvraag MPT is boven het basis budget en er is sprake van Meerzorg	Ja	Ja, om percentage aan te vragen volgens ingevulde rekenmodule	Ja, volgens richtlijnen meerzorg

<sup>101</sup> Wordt er bij EKT extra behandeling ingezet dan ligt dit % hoger dan 125% (zie rekenmodule).



10	Aanvraag MPT is boven basisbudget door aanvraag behandeling, maar binnen basisbudget inclusief behandeling	Ja	Ja, om percentage aan te vragen volgens ingevulde rekenmodule	Nee
11	Aanvraag MPT is boven basis budget door aanvraag behandeling en boven EKT-budget inclusief behandeling	Ja	Ja, om percentage aan te vragen volgens ingevulde rekenmodule	Ja
12	Aanvraag MPT is boven basisbudget en er is sprake van GVP	Ja	Ja, om percentage aan te vragen volgens ingevulde rekenmodule	Nee
13	Aanvraag MPT is boven budget (125 %) <sup>102</sup> om een andere reden dan benoemd in deze tabel	Ja	Ja, om hoger percentage aan te vragen volgens ingevulde rekenmodule	Ja, kosten zorg inzet boven basisbudget
14	Aanvraag MPT binnen basisbudget (100 %). Extra zorg nodig, maar totale kosten blijven binnen basisbudget. Er is wel een nieuwe zorgaanbieder of andere leveringsvorm	Ja	Ja, nieuwe aanbieder (of PGB) moet ztw krijgen voor %, anders kan die geen zorg declareren Ja, ztw voor gewijzigde leveringsvorm anders is zorg niet te declareren	Nee
15	Extra zorg nodig binnen MPT, maar totale kosten blijven binnen toegewezen (basis) budget. Er is geen nieuwe aanbieder, geen PGB of gewijzigde leveringsvorm. Rekenmodule geeft andere verdeling van percentage aan bij de aanbieders	Ja	Nee, binnen toegewezen percentage is voor gewijzigde verdeling van % geen AAT nodig. Uitrusten of substitutie tussen aanbieders is mogelijk binnen toegewezen % (van 100%)	Nee, als zorginzet binnen (basis)budget blijft en er geen nieuwe aanbieders bijkomen.
16	Extra zorg nodig binnen MPT, totale kosten blijven binnen toegewezen (basis) budget maar er is ook sprake van PGB. De rekenmodule geeft aan dat er sprake is van een andere verdeling van het percentage bij de bestaande aanbieders.	Ja	Ja, om te beoordelen of het PGB wijzigt en een eventuele wijziging in het toegewezen % voor PGB en het MPT correct te verwerken	Ja, bij een combinatie met PGB moet altijd een rekenmodule worden aangeleverd om de verdeling van het % / budget opnieuw te bepalen.

Tabel 3

<sup>102</sup> Wordt er bij EKT extra behandeling ingezet dan ligt dit % hoger dan 125% (zie rekenmodule).

# 4. Wlz-zorg bij verblijf in een instelling

## 4.1 Inleiding

Hoofdstuk 4 begint met de algemene uitgangspunten die gelden voor het organiseren van verblijfszorg in een instelling. Vanaf paragraaf 4.3 worden verschillende mogelijkheden van verblijfszorg beschreven. Onder 'opname in een instelling' wordt vervolgens eerst het zorgtoewijzingsproces uitgewerkt voor een cliënt die nog niet direct terecht kan bij zijn voorkeuraanbieder. En die zijn wachttijd tot opname overbrugt met zorg thuis (MPT, VPT of PGB) of tijdelijk verblijfszorg krijgt in een andere instelling. Daarna wordt beschreven hoe dit proces er uit ziet voor iemand die direct kan worden opgenomen bij zijn voorkeuraanbieder.

## 4.2 Algemene uitgangspunten voor het organiseren van verblijfszorg

### Algemene uitgangspunten voor het organiseren van verblijfszorg in een instelling

- Mensen met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (V&V), de Gehandicaptenzorg (GZ)<sup>103</sup> of geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kunnen Wlz-zorg in een instelling krijgen;
- Voor de GGZ geldt dat iemand alleen een beroep kan doen op de Wlz als hij meer dan 3 jaar in een GGZ-instelling verblijft die gericht is op behandeling. Een indicatie voor een GGZB-zorgprofiel volgt dan aansluitend op intramuraal klinisch verblijf, die de eerste 3 jaar betaald is vanuit de Zvw. Is verblijf in een GGZ-behandelinstelling niet meer nodig? Dan vervalt het Wlz-recht, ook bij een nog geldig GGZB-indicatiebesluit. Tenzij iemand, op basis van zijn Wlz-indicatie, binnen 90 dagen<sup>104</sup> terugkeert naar de GGZ-behandelinstelling óf een indicatie heeft voor een ander Wlz-zorgprofiel. In alle andere situaties is er sprake van onrechtmatig gebruik van de Wlz. Iemand met een indicatie voor een GGZ-B zorgprofiel mag dus niet worden opgenomen in een V&V of GZ-instelling<sup>105</sup> of Wlz-zorg thuis krijgen;
- Een (SG)LVG zorgprofiel wordt door het CIZ alleen geïndiceerd als er noodzaak is voor behandeling in een (SG)LVG behandelcentrum en een cliënt nog niet is uitbehandeld. Voor een cliënt met een (SG)LVG zorgprofiel moet in aanloop naar het moment waarop de cliënt is uitbehandeld tijdig een nieuwe indicatie worden aangevraagd voor de Wlz, Zvw en/of Wmo. Stroomt een cliënt uit naar het Zvw of Wmo domein, maar is er nog tijd nodig om dit

<sup>103</sup> De gehandicaptenzorg onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

<sup>104</sup> Keert iemand na 90 dagen terug in een GGZ-behandelinstelling dan wordt het medisch noodzakelijk verblijf weer vanuit de Zvw betaald.

<sup>105</sup> In 2017 is voor deze situaties eenmalig een oplossing gecreëerd via een Ministeriële overgangsregeling.

goed in te regelen? Dan kan tot het moment van daadwerkelijke uitstroom de indicatie voor het (SG)LVG zorgprofiel worden gebruikt om de zorg in het behandelcentrum te continueren en te declareren. Dit op voorwaarde dat de indicatie nog geldig is. Wordt er een ander, regulier Wlz zorgprofiel geïndiceerd? Dan kan tot het moment van doorstroom naar een geschikte intramurale plaats, de nieuwe indicatie tijdelijk worden omgezet naar een zorgtoewijzing voor verblijfszorg met een passend SGLVG of LVG zorgprofiel. Hiermee kan de zorg in het behandelcentrum tijdelijk worden gecontinueerd en gedeclareerd. Dat geldt ook voor de situatie dat een cliënt zorg thuis wil maar er nog tijd nodig is om dit goed in te regelen;

- Geriatrische revalidatiezorg valt onder de Wlz als er sprake is van een cliënt die verblijfszorg krijgt inclusief behandeling. In deze situatie heeft het CIZ de mogelijkheid om een indicatiebesluit voor zorgprofiel gVVB af te geven (op herstelgerichte behandeling). In alle andere situaties van Wlz-zorg (verblijfszorg zonder behandeling, VPT, MPT en/of PGB) valt de geriatrische revalidatiezorg onder de Zvw<sup>106</sup> en kan de cliënt daarop beroep doen. Ook als een Wlz-indicatie nog niet is verzilverd;
- Bij indicatiestelling door het CIZ wordt bij het zorgprofiel standaard een klasse geïndiceerd (ook bij leveringsvorm MPT en PGB, waar dit eigenlijk niet nodig is). Die klasse is altijd 7 etmalen. Bij de leveringsvorm Verblijf en VPT is deze klasse namelijk belangrijk voor de hoogte van de eigen bijdrage. Die is afhankelijk van het aantal etmalen dat iemand per week in een instelling verblijft of VPT krijgt. In de MAZ voor leveringsvorm Verblijf en leveringsvorm VPT moet daarom altijd de klasse met de juiste omvang worden gevuld (in etmalen);
- Heeft een cliënt een opnamewens of is thuis wonen niet meer doelmatig<sup>107</sup> of verantwoord? Dan is de wens van de cliënt voor een bepaalde locatie leidend. De zorg moet op redelijke afstand van waar de cliënt woont, of wenst te wonen, worden geleverd. Vanuit het belang voor de cliënt en zijn sociale systeem wordt hier ook bij cliënten met een dringende opnamebehoefte zoveel mogelijk rekening mee gehouden door de aanbieder en het zorgkantoor. Enkele weken extra ondoelmatige zorg thuis doorleveren is acceptabel (bijvoorbeeld 15 weken in plaats van maximaal 13 weken), als de thuissituatie te handhaven is en de cliënt daarmee direct bij zijn voorkeuraanbieder wordt geplaatst. Onnodige verhuizingen moeten worden voorkomen, maar zijn gezien een cliëntsituatie thuis (onverantwoorde zorg) niet altijd realistisch en haalbaar;
- De kosten voor de zorg om de wachtperiode te overbruggen mogen in principe niet hoger zijn dan de zorgkosten bij opname in een instelling. Is dit wel het geval dan gelden andere afspraken voor het zorgtoewijzingsproces (zie paragraaf 4.3.1.1);
- Een cliënt met een opnamebehoefte kan de wachtperiode thuis overbruggen via een VPT, MPT en/of PGB óf tijdelijk bij een andere zorgaanbieder worden opgenomen;
- Het voorschrift gaat uit van een maatwerk pakket Wlz-zorg. Het zorgprofiel wordt bij inzet van zorg thuis om de wachtperiode tot opname te overbruggen, dus niet vertaald naar een

<sup>106</sup> Onder verwijzing naar art. 2.5c van het Besluit Zorgverzekeringswet.

<sup>107</sup> Bij verblijfszorg zijn voor bepaalde doelgroepen intramurale toeslagen mogelijk. Met uitzondering van de ademhalingstoelagen zijn die thuis niet inzetbaar vanwege de onderliggende problematiek en noodzaak van verblijfszorg in een behandelinstelling (bijvoorbeeld toeslag CVA, Huntington en gespecialiseerde epilepsiezorg). Deze toeslagen worden niet via iWlz aangevraagd. De voorwaarden die gelden voor inzet van deze intramurale toeslagen zijn beschreven in het Beleidskader contractering Wlz.

standaard zorgarrangement maar in overleg met de cliënt ingevuld. Daarbij worden de mogelijkheden van de cliënt zelf, zijn mantelzorg en sociaal netwerk besproken en zo mogelijk ingezet. Dat geldt overigens voor alle vormen van Wlz-zorg;

- De coördinator zorg thuis en/of dossierhouder verwerkt het resultaat van het gesprek met de cliënt over zijn overbruggingszorgarrangement (zie hoofdstuk 3) of intramurale zorgarrangement in zijn (digitale) zorgplan. In de situatie dat een cliënt verblijfszorg krijgt, registreert de dossierhouder in het (digitale) zorgplan ook welke andere zorgaanbieder(s) bij de cliënt is betrokken, welke zorg die levert en wanneer<sup>108</sup>. Bijvoorbeeld dagbesteding of (dag)behandeling. Alle betrokken zorgaanbieders zorgen er vervolgens samen voor dat de afspraken in dit (digitale) zorgplan actueel blijven. Zo is er bij de dossierhouder, die het eerste aanspreekpunt is voor een cliënt, altijd een overzicht beschikbaar van alle actuele zorginzet bij een cliënt. Dit (digitale) zorgplan is voor de cliënt beschikbaar en (direct) te raadplegen;
- De dossierhouder bespreekt een voorgenomen wijziging op het (digitale) zorgplan altijd met de cliënt en past het (digitale) zorgplan daarop aan. Bij het verwerken van de voorgestelde wijzigingen in het (digitale) zorgplan houdt de zorgaanbieder zoveel mogelijk rekening met de wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van een cliënt. Gaat een cliënt niet akkoord met een voorgestelde wijziging? En is dit een weloverwogen beslissing van de cliënt? Dan wordt dit in het (digitale) zorgplan geregistreerd, samen met een korte toelichting die met de cliënt is afgestemd. Wil een zorgaanbieder een weloverwogen wens van een cliënt niet volgen? Dan legt de zorgaanbieder dit ook gemotiveerd vast in het (digitale) zorgplan. Een cliënt hoeft elke wijziging op zijn (digitale) zorgplan niet expliciet van zijn toestemming, met bijvoorbeeld een handtekening, te voorzien. Omdat het actueel houden van een (digitaal) zorgplan een doorlopend, regulier proces is;
- Een cliënt heeft het wettelijk recht<sup>109</sup> om met zijn zorgaanbieder 2x per jaar de gemaakte afspraken in zijn (digitale) zorgplan te bespreken. Aan de hand van deze evaluatie kunnen afspraken in het (digitale) zorgplan geactualiseerd worden. Een cliënt kan er overigens zelf voor kiezen om dit recht anders in te vullen. Met zijn instemming kan een evaluatie van het (digitale) zorgplan bijvoorbeeld ook jaarlijks plaatsvinden;
- Van elk evaluatiegesprek wordt in het (digitale) zorgplan opgenomen wanneer het evaluatiegesprek heeft plaatsgevonden, wie daarbij aanwezig waren en wat er in dit gesprek is besproken. Verder staat er ook in of de cliënt instemt met de gemaakte afspraken (die zijn verwerkt in het (digitale) zorgplan). Dat kan bijvoorbeeld door ondertekening van het (digitale) zorgplan of door een aantekening in het (digitale) zorgplan waaruit aantoonbaar blijkt dat dit met de cliënt is besproken. Voorbeeld van een aantekening is: "Samen met meneer/mevrouw zijn de volgende onderwerpen besproken ...";
- De dossierhouder bespreekt met de cliënt niet alleen de mogelijkheden voor zorg maar legt bij iedere (gewijzigde) zorgvraag of wijziging van voorkeuraanbieder uit wat dit betekent voor de wachtlijststatus (leveringsstatus) van de cliënt.

<sup>108</sup> Het gaat hier niet om de concrete uitvoering (op detailniveau) van de geleverde zorg door een andere zorgaanbieder(s).

<sup>109</sup> Artikel 8.1.1 uit de Wlz.

- Goede dossiervorming is van belang voor inzage in de zorggeschiedenis van de cliënt en verantwoording over geleverde zorg. Als het nodig is wordt dit, in overleg met de cliënt, beschikbaar gesteld aan het zorgkantoor of een andere betrokken partij.

### 4.3 Vormen van verblijfszorg

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

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

#### 4.3.1 Verblijf in een instelling

Heeft een cliënt een opnamewens dan bespreekt de voorkeuraanbieder altijd met de cliënt of verblijfszorg ook de best passende en gewenste oplossing is voor zijn zorgvraag. Is dat het geval en is opname bij de voorkeuraanbieder (dossierhouder) van de cliënt niet direct mogelijk? Dan komt de cliënt op de wachtlijst van deze instelling. De wachttijd tot opname kan worden overbrugd met zorg thuis, op voorwaarde dat deze (doelmatig en) verantwoord is. Is zorg thuis niet meer verantwoord te leveren? Dan kan de cliënt tijdelijk worden opgenomen bij een andere zorgaanbieder om de wachtperiode te overbruggen<sup>110</sup>. Om dat te beoordelen kan het formulier verantwoorde zorg thuis als handvat worden gebruikt.

##### 4.3.1.1 Wachtlijstbeheer

Om in beeld te brengen dat een cliënt wacht op opname voor verblijfszorg, wordt in iWlz gebruik gemaakt van een leveringsstatus (wachtlijststatus). Vanaf iWlz 2.0 is een AAT losgekoppeld van een mutatie-reden. Ofwel een zorgaanbieder hoeft bij aanvraag van een zorgtoewijzing niet meer in alle situaties een mutatie-reden door te geven of een leveringsstatus (wachtlijststatus) opnieuw te bevestigen. Een wijziging op overbruggingszorg thuis kan dus aangevraagd worden zonder een wijziging op de leveringsstatus voor verblijfszorg te melden. Bewaak als dossierhouder dat de juiste leveringsstatus voor verblijfszorg wordt doorgegeven, bijvoorbeeld als overbruggingszorg thuis toeneemt. Houdt daarvoor contact met de coördinator zorg thuis. Anders klopt de (landelijke) wachtlijstinformatie niet en heeft dit effect op het zorgbemiddelingsproces door het zorgkantoor;

Bij het wachtlijstbeheer voor cliënten met een opnamebehoefte of (toekomstige) opnamewens zijn 3 leveringsstatussen relevant: Actief wachtend, Niet-actief wachtend en Niet-wachtend. (Een overzicht van alle leveringsstatussen is opgenomen in bijlage C).

<sup>110</sup> De soort zorgtoewijzing voor deze tijdelijke opname is Overbrugging. (Soort zorgtoewijzing Transfer is vervallen)

### **Niet-actief wachtend<sup>111</sup>**

Heeft een cliënt een opnamewens, maar is deze niet dringend (kan de cliënt thuis op verantwoorde wijze wachten op opname bij zijn voorkeuraanbieder)? En blijven de kosten voor zorg thuis binnen het (basis)budget? Dan is de leveringsstatus Niet-actief wachtend van toepassing. De dossierhouder levert deze leveringsstatus via een mutatie aan bij het zorgkantoor. Dit gebeurt via een AW39-bericht op het toegewezen zorgprofiel, met leveringsvorm Verblijf.

Voor een Niet-actief wachtende cliënt geldt dat:

- de cliënt bij ongewijzigde, (stabiele) omstandigheden op voorhand instemt met opname bij zijn instelling van voorkeur als er binnen één jaar een plaats beschikbaar komt. (Beperkte uitloop is mogelijk bij bijvoorbeeld een gewenningsperiode voor kinderen);
- een regulier toegewezen VPT, MPT en/of PGB het aangewezen zorgarrangement is, in de situatie dat een cliënt niet akkoord gaat met opname bij zijn voorkeuraanbieder als er binnen één jaar een passende plaats wordt aangeboden. Voor deze situaties vervalt dan de leveringsstatus Niet-actief wachtend en daarmee de opgebouwde wachttijd. De cliënt kan bij zijn voorkeuraanbieder nog wel op de wachtlijst blijven staan met de leveringsstatus Niet wachtend (zie uitwerking leveringsstatus Niet wachtend). Hij kan er ook voor kiezen helemaal niet op de wachtlijst voor verblijfszorg te willen staan.

### **Actief wachtend**

Is er een dringende opnamebehoefte bij een cliënt door de situatie rond zijn gezondheid of gedrag? En moet opname zo snel mogelijk gerealiseerd worden maar heeft de dossierhouder niet direct een plaats beschikbaar? Dan is de leveringsstatus Actief wachtend van toepassing. Die status benadrukt de noodzaak voor snelle opname. De dossierhouder levert deze leveringsstatus via een mutatie aan bij het zorgkantoor. Dit gebeurt via een AW39-bericht op het toegewezen zorgprofiel, met leveringsvorm Verblijf. Uitgangspunt voor deze situaties is dat opname (bij de voorkeuraanbieder) binnen de treeknorm<sup>112</sup> plaatsvindt. Zorgkantoren bewaken dat Actief wachtende cliënten binnen de treeknorm worden opgenomen. Uiterlijk twee weken voor het bereiken van de norm neemt het zorgkantoor contact op met de cliënt en de zorgaanbieder voor overleg over de situatie en eventuele wachtlijstbemiddeling. In overleg met het zorgkantoor is beperkte verlenging van de zorgtoewijzing mogelijk.

Voor een Actief wachtende cliënt geldt dat:

- er sprake kan zijn van ondoelmatige zorg thuis. De kosten om verantwoorde zorg thuis te organiseren zijn in deze situaties hoger dan het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel dat is opgehoogd met Extra kosten thuis (hoger dan 1,25x het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel). Heeft een cliënt op dat moment behandeling nodig dan ligt de grens bij 1,25x (het basisbudget + behandelcomponent). Inzet van deze ondoelmatige zorg is tijdelijk toegestaan op voorwaarde dat de cliënt met voorrang wordt opgenomen;
- een beroep op de regeling EKT dus géén reden is om de status Actief wachtend te krijgen. Tenzij er sprake is van een onverantwoorde cliëntsituatie;

<sup>111</sup> De leveringsstatus Wens wachtend is vervangen door Niet-actief wachtend (naamswijziging).

<sup>112</sup> De treeknorm voor verblijfszorg met behandeling in de ouderen zorg is 6 weken, voor de overige verblijfszorg geldt maximaal 13 weken.

- bij een onverantwoorde thuissituatie, tijdelijke opname bij een andere instelling (niet voorkeurinstelling) een aangewezen oplossing kan zijn. Uitzondering hierop vormt een cliënt die PTZ ontvangt. Een cliënt in zijn laatste levensfase houdt in deze situaties altijd het recht om bij zijn aanbieder van voorkeur op de wachtlijst te blijven staan;
- er sprake kan zijn van een cliënt die nog in het ziekenhuis verblijft, maar die is uitbehandeld (verkeerd bed). Deze cliënten houden onnodig een ziekenhuisbed bezet en krijgen daarom ook de leveringsstatus Actief wachtend. De dossierhouder houdt bij zijn opnamebeleid rekening met deze groep. Cliënten die in het ziekenhuis verblijven krijgen bij plaatsing voorrang op Niet-actief wachtende cliënten. Deze cliënten hebben niet standaard voorrang op crisisplaatsingen en andere Actief wachtende cliënten (daarvoor geldt logisch plaatsen op basis urgentie en geschiktheid van de beschikbare plaats).

#### Voorbeeld

*Een zorgprofiel VV6 geeft recht op een basisbudget voor zorg thuis van bijvoorbeeld € 839,32 per week. Stel een cliënt met een indicatie voor VV6 moet vanwege ernstige achteruitgang in zijn gezondheid zo snel mogelijk opgenomen worden en heeft veel zorg nodig. De overbruggingszorg die tot opname moet worden ingezet kost wekelijks gemiddeld € 1190,10. Dit is  $(1190,10/839,31 \times 100\%)$  141,8 % van het basisbudget. Deze overbruggingszorg wordt voor maximaal 13 weken (2x 6 weken) toegekend. De cliënt krijgt de leveringsstatus Actief wachtend en is bereid de eerst vrijkomende passende plaats te accepteren als zijn voorkeuraanbieder hem niet binnen 13 weken of redelijke termijn daarna kan opnemen.*

#### Niet-wachtend

De leveringsstatus Niet wachtend<sup>113</sup>:

- is van toepassing op een cliënt die voornamelijk niet wil worden opgenomen omdat hij twijfelt over zijn opnamewens. Of voor de zekerheid op een 'wachtlijst' wil staan;
- wordt door de dossierhouder via een mutatie aangeleverd bij het zorgkantoor. Dit gebeurt via een AW39-bericht op het toegewezen zorgprofiel, met leveringsvorm Verblijf. Gelijktijdig kan in dit bericht een AAT worden ingediend voor zorg thuis;
- zorgt ervoor dat het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf (Opname: Ja) toegewezen blijft aan de dossierhouder en niet wordt ingetrokken. Daarmee wordt voorkomen dat een cliënt uit beeld raakt bij de dossierhouder. Het voorkomt daarnaast dat de dossierhouder schaduwwachtlijsten bijhoudt voor deze groep cliënten;
- houdt in dat er geen wachttijd wordt opgebouwd tijdens de periode dat de leveringsstatus Niet wachtend van toepassing is. Cliënten met deze status staan formeel, in de (landelijke) wachtlijstmeting, dus niet op een wachtlijst;
- zorgt ervoor dat zorg thuis (MPT, VPT en/of PGB) kan worden aangevraagd met soort zorgtoewijzing Regulier<sup>114</sup>. De soort zorgtoewijzing Overbrugging is niet van toepassing in deze situaties omdat een cliënt formeel niet op een wachtlijst staat. Vóór iWlz 2.0 werd zorg thuis bij de leveringsstatus Niet wachtend aangevraagd met soort zorgtoewijzing Overbrugging. Wilde een cliënt definitief niet meer op een wachtlijst voor verblijfszorg

<sup>113</sup> De leveringsstatus Slappend wachtend is vervangen door de leveringsstatus Niet wachtend (naamswijziging).

<sup>114</sup> Vóór iWlz 2.0 werd hiervoor soort zorgtoewijzing Alternatief aangevraagd. De soort zorgtoewijzing Alternatief is vervallen vanaf iWlz 2.0

staan, dan moest de soort zorgtoewijzing voor zorg thuis omgezet worden van Overbrugging naar Regulier. Dat is vanaf 1 april 2018 niet meer nodig.

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

Heeft iemand een opnamebehoefte dan wordt het zorgprofiel toegewezen aan zijn voorkeuraanbieder (dossierhouder voor verblijfszorg). Kan iemand niet direct geplaatst worden? Dan is de dossierhouder verplicht om tijdens de wachtperiode, zorg thuis te regelen als de cliënt dit nodig heeft en de situatie thuis verantwoord is. Het gaat hier om het organiseren en aanvragen van een MPT of VPT (de eerste keer na het toewijzen van verblijfszorg).

#### Zorgtoewijzingsproces, processtappen

- Weet de cliënt bij indicatiestelling al dat er sprake is van een opnamenwens? Dan bevat het veld VoorkeurCliënt in het indicatiebesluitbericht de waarde Verblijf;
- Het zorgkantoor wijst het geïndiceerde zorgprofiel dan direct toe aan de voorkeuraanbieder, met leveringsvorm Verblijf<sup>115</sup> (Opname: Ja);
- En neemt in de zorgtoewijzing de voorkeuraanbieder ook direct op in het veld Dossierhouder;
- Net zoals bij zorg thuis wijst het zorgkantoor ook een budgetcomponent toe voor Verblijf, uitgedrukt in een percentage. De eerste keer is dat altijd 100%. De 100% verwijst naar het NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel (verblijf inclusief dagbesteding en/of inclusief behandeling).

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

IO31 (verzonden op 07-05-2018) Van CIZ naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 07-05-2018) Van Zorgkantoor naar Dennenrust
<b>Indicatie</b> Besluitnummer: 101 Soort indicatie: CIZ Grondslag: Lichamelijk ziekte/ aandoening Afgiftedatum IB: 07-05-2018 Ingangsdatum IB: 07-05-2018 Einddatum IB: geen Meerzorg: Nee  <b>Geïndiceerd zorgprofiel: 4LG</b> Ingangsdatum IB: 07-05-2018 Einddatum IB: geen Klasse: KE7 Voorkeur cliënt: Verblijf Voorkeuraanbieder: Dennenrust Financiering: Wlz	<b>Toegewezen zorgprofiel: 4LG</b> Instelling: Dennenrust Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 07-05-2018 ToewijzingPercentage: 100% Ingangsdatum ztw: 07-05-2018 Einddatum ztw: geen Klasse: KE7 Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: Dennenrust Opname: Ja

Voorbeeld 4a

<sup>115</sup> Voor iWlz 2.0 was dit leveringsvorm ZIN (opname).



- Na een (eerste) zorgtoewijzing voor verblijfszorg, levert de dossierhouder de juiste leveringsstatus aan via een MAZ- of MUT-bericht. Dit gebeurt uiterlijk binnen 10 werkdagen na de zorgtoewijzing voor verblijfszorg. Bijvoorbeeld als er een overbruggingszorg arrangement moet worden aangevraagd. De overbruggingszorg kan gelijktijdig met de MUT18 worden aangevraagd en/of later via een apart AW39-bericht als hiervoor meer tijd nodig is. Daarna neemt de coördinator zorg thuis deze taak over. Beide rollen zijn dan naast elkaar actief;
- Heeft een cliënt geen dringende opnamebehoefte maar wel een opnamewens bij zijn voorkeuraanbieder? En is overbruggingszorg thuis doelmatig en verantwoord te organiseren? Dan geeft de dossierhouder dit via een mutatie (AW39-bericht) door aan het zorgkantoor: de dossierhouder meldt via een MUT18 dat hij de zorg nog niet kan leveren en vult de leveringsstatus Niet-actief wachtend in het bericht;
- Heeft een cliënt geen dringende opnamebehoefte maar wel een opnamewens bij zijn voorkeuraanbieder? En is overbruggingszorg thuis verantwoord te organiseren doordat beroep wordt gedaan op de regeling Extra kosten thuis? Dan geeft de dossierhouder dit via een mutatie (AW39-bericht) door aan het zorgkantoor: de dossierhouder meldt via een MUT18 dat hij de zorg nog niet kan leveren en vult de leveringsstatus Niet-actief wachtend in het bericht. In de AAT voor zorg thuis wordt aangegeven dat er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde zorg thuis. Bij bijzondere situatie wordt dan de toeslag EKT gevuld;
- De dossierhouder<sup>116</sup> kan ook zelf coördinator zorg thuis zijn voor het MPT. Zijn instelling is dan zowel bij het veld dossierhouder als bij het veld coördinator zorg thuis gevuld;
- Overbruggingszorg thuis wordt voor een periode van maximaal 1 jaar toegewezen. In overleg met het zorgkantoor kan deze periode bij de voorkeuraanbieder worden verlengd, bijvoorbeeld als er nog geen passende plaats beschikbaar is maar deze wel binnen afzienbare termijn vrijkomt. De toewijsperiode is afhankelijk van de noodzaak (urgentie) van opname en de kosten van zorg thuis;
- De dossierhouder of coördinator zorg thuis stelt het overbruggingszorg arrangement thuis samen op basis van de feitelijke zorgbehoefte van een cliënt. Overbruggingszorg wordt ook in een budgetcomponenten (percentage) aangevraagd. Net zoals regulier zorg thuis (zie hoofdstuk 3);
- De dossierhouder of coördinator zorg thuis gebruikt de rekenmodule als handvat om het aan te vragen percentage (%) te berekenen. Wordt overbruggingszorg door één zorgaanbieder geleverd en past die binnen het basisbudget van het geïndiceerde zorgprofiel? Dan wordt de juiste leveringsvorm (VPT of MPT) aangevraagd, met soort zorgtoewijzing Overbrugging en een budgetcomponent van 100 %;
- Zijn er direct meerdere zorgaanbieders bij het leveren van overbruggingszorg betrokken? Dan vraagt de dossierhouder of coördinator zorg thuis een verdeling van het budget aan voor deze zorgaanbieders. Voor de berekening van de juiste percentages gebruikt hij de rekenmodule;
- Is, gezien de zorgbehoefte, niet het volledig beschikbare budget nodig om de wachtperiode tot opname te overbruggen? Zet de zorg thuis dan doelmatig in. In deze situaties hoeft

<sup>116</sup> Het veld dossierhouder kan per cliënt maar 1x worden gevuld. Wordt VPT ingezet als overbruggingszorg, dan ligt de rol van dossierhouder bij de aanbieder waar de cliënt wacht op verblijfszorg. Die vraagt dan ook een eventuele wijziging op overbruggingszorg thuis aan voor de (andere) aanbieder die het VPT levert.

geen lager percentage<sup>117</sup> bij het zorgkantoor te worden aangevraagd. Ook niet als er meerdere aanbieders zijn betrokken (zie hoofdstuk 3);

- De rekenmodule wordt niet bij het zorgkantoor aangeleverd als de overbruggingszorg binnen het basisbudget kan worden geleverd óf binnen de ruimte van de regeling Extra kosten thuis. Dat geldt ook voor het formulier Verantwoorde zorg thuis als de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd;
- Wil een cliënt zijn overbruggingszorg volledig via PGB? Dan moet de budgethouder of zijn gewaarborgde hulp dit zelf rechtstreeks bij het zorgkantoor aanvragen. De dossierhouder stuurt in deze situatie alleen een mutatie naar het zorgkantoor met de leveringsstatus voor verblijfszorg. De dossierhouder of coördinator zorg thuis kan via een AAT geen zorgtoewijzing voor PGB aanvragen;
- Wordt overbruggingszorg thuis in een combinatie van zorg in natura met PGB geleverd? Dan overlegt de dossierhouder met de cliënt welk deel daarvan via zorg in natura wordt geleverd. Dit gedeelte vraagt de dossierhouder via een AAT aan bij het zorgkantoor. Omdat er sprake is van een combinatie met PGB levert de zorgaanbieder altijd een rekenmodule aan bij het zorgkantoor. Dat geldt niet voor het formulier Verantwoorde zorg thuis, als de zorg thuis binnen het beschikbare budget verantwoord georganiseerd kan worden. De dossierhouder of coördinator zorg thuis geeft in de rekenmodule ook aan of met de cliënt is besproken dat de inhoud van het afgesproken MPT of VPT gevolgen kan hebben voor de hoogte van het PGB. Het zorgkantoor weet zo of de cliënt een bewuste keuze heeft gemaakt. Dat helpt alle betrokken partijen in de afhandeling en toekenning van PGB;
- In de situatie dat er sprake is van een combinatie van zorg in natura en PGB wordt wel altijd een nieuwe AAT ingediend als het (totale) percentage voor zorg in natura wijzigt en/of het aantal betrokken zorgaanbieders. Deze wijziging kan namelijk direct van invloed zijn op het toegekende PGB;
- Wijzigt tijdens de wachtperiode de verdeling van het percentage voor het overbruggingszorg arrangement? Bijvoorbeeld omdat een cliënt zijn PGB ook wil omzetten naar leveringsvorm MPT? Of wijzigt het aantal betrokken aanbieders? Dan vraagt de coördinator zorg thuis in de AAT alleen de zorgtoewijzing(en) aan voor de leveringsvorm die voor overbruggingszorg wordt ingezet. De AAT bevat dan alle actuele zorgtoewijzingen voor het MPT of VPT (ook als daarin voor een aanbieder niets wijzigt).
- De zorgtoewijzing voor verblijf neemt de coördinator zorg thuis in deze situaties dus niet op in de AAT. In de AAT wordt altijd maar één leveringsvorm opgenomen. Het zorgkantoor regelt dat alle betrokken aanbieders (inclusief de aanbieder voor verblijfszorg) de goedgekeurde aanvraag via een zorgtoewijzingsbericht ontvangen. Het zorgkantoor vult in dit bericht dan alle actuele zorgtoewijzingen. Ook als in een oorspronkelijke zorgtoewijzing niets verandert (in dit voorbeeld leveringsvorm Verblijf). Zo blijft iedereen op de hoogte van de actuele zorgvraag en zorginzet bij een cliënt;
- De omvang van ingezette en gedeclareerde zorg is ook van invloed op de te betalen eigen bijdrage door een cliënt (zie hoofdstuk 3);

---

<sup>117</sup> Zorgaanbieders kunnen er wel voor kiezen om het feitelijk noodzakelijke percentage(s) via een AAT aan te vragen als de eigen organisatie hier om vraagt. Bijvoorbeeld vanwege interne verantwoording van geleverde en gedeclareerde zorg. Zijn er meerdere aanbieders bij een cliënt betrokken dan raakt de keuze van een organisatie ook de administratieve last voor de andere zorgaanbieder(s) omdat zij ook altijd nieuwe zorgtoewijzingen ontvangen.

- Het moment van aanvraag van overbruggingszorg staat los van de start van overbruggingszorg. Uitgangspunt is dat noodzakelijke (overbruggings)zorg direct wordt ingezet bij een cliënt. Daarmee wordt niet gewacht totdat het volledige zorgarrangement thuis bekend is, afgestemd met andere betrokken aanbieders en via een AAT bij het zorgkantoor is aangevraagd. Dit voorkomt ook eventuele overdracht vanuit het andere domein onnodig stagneert. Het gehele zorgarrangement thuis wordt uiterlijk binnen 13 weken geleverd.

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

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

Voorbeeld 4b

- Neemt een cliënt deel aan dagbesteding tijdens zijn overbruggingszorg periode? Dan is deze dagbesteding onderdeel van de overbruggingszorg met leveringsvorm MPT, VPT of PGB. Deze dagbesteding wordt voor de leveringsvorm MPT of VPT dus via een AAT aangevraagd. Een cliënt kan de dagbesteding bij een (of meerdere) zorgaanbieders krijgen of (deels) inkopen via PGB;
- Wil een cliënt de dagbesteding continueren na opname? En verzilvert hij deze dagbesteding niet bij zijn verblijfszorg aanbieder? Dan moet de dossierhouder daarvoor een aparte

zorgtoewijzing aanvragen bij het zorgkantoor. Dat kan alleen bij zorgprofielen die geïndiceerd worden voor de sector gehandicaptenzorg. Dagbesteding die na opname wordt gecontinueerd bij een andere zorgaanbieder wordt dan via de dossierhouder opnieuw aangevraagd met leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee. De eerder toegewezen dagbesteding met leveringsvorm MPT of VPT (overbruggingszorg) moet worden beëindigd;

- Het CIZ geeft namelijk geen aparte indicatie meer af voor de dagbesteding naast het zorgprofiel omdat het integraal onderdeel is van het zorgprofiel. Alleen in de situaties dat een cliënt dagbesteding (of behandeling) krijgt naast verblijfszorg, vraagt de dossierhouder daarvoor bij het zorgkantoor een zorgtoewijzing aan met leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee. Dagbesteding continueren via leveringsvorm MPT of VPT is dan niet mogelijk, omdat die leveringsvorm moet worden ingetrokken (beëindigd) zodra er een melding aanvang zorg bekend is voor verblijfszorg;
- Bij verblijfszorg is er alleen sprake van een dossierhouder. Die is eindverantwoordelijk voor het gehele zorgarrangement. Het veld coördinator zorg thuis wordt daarom niet gevuld bij dagbesteding via leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee;
- De zorgaanbieder die dagbesteding levert moet in de melding aanvang zorg een klasse vullen bij leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee. Standaard is dit 7 etmalen. Deze klasse past niet bij de tijdseenheid voor dagbesteding (dagdelen) maar heeft verder geen betekenis;
- Verblijft een cliënt in een instelling en krijgt hij dagbesteding via een andere zorgaanbieder (Leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee)? Maar gaat een cliënt weer zelfstandig thuis wonen en blijft hij deelnemen aan dagbesteding? Dan wordt de zorgtoewijzing voor dagbesteding met leveringsvorm Verblijf, Opname Nee afgesloten (beëindigd) door deze zorgaanbieder. De dagbesteding wordt dan omgezet naar leveringsvorm MPT of VPT. De dossierhouder<sup>118</sup> of coördinator zorg thuis vraagt die opnieuw aan via een AAT. In de situatie dat een cliënt zijn dagbesteding (deels) met PGB wil inkopen, meldt de cliënt dit zelf bij het zorgkantoor.

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

<sup>118</sup> De dossierhouder sluit de verblijfszorg dan af met een mutatie-bericht (MUT19 of MUT20) en vraagt gelijktijdig via een AAT de eerste zorgtoewijzing aan voor zorg thuis. Daarna neemt de coördinator zorg thuis dit over van de dossierhouder.

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

Voorbeeld 4c

#### Werkafspraken voor cliënt met dringende opnamebehoefte (Actief wachtend)

- Heeft een cliënt dringend behoefte aan verblijfszorg? Dan geeft de dossierhouder dit via een mutatie (AW39-bericht) door aan het zorgkantoor: de dossierhouder meldt via een MUT18 dat hij de zorg nog niet kan leveren en vult daarbij de leveringsstatus Actief wachtend in het bericht;
- In de situatie van een cliënt met leveringsstatus Actief wachtend, kan voor zorg thuis een hoger budget (meer dan de toeslag EKT) worden aangevraagd bij het zorgkantoor als er anders een onverantwoorde thuissituatie ontstaat. Extra budget wordt in deze situaties kortdurend toegekend en geldt voor uitzonderingsituaties. Het afgesproken budget mag niet worden overschreden;
- De behoefte aan extra budget is overigens géén voorwaarde om de leveringsstatus Actief wachtend te melden. Vangt bijvoorbeeld de mantelzorg een deel van de zorg op, dan hoeft het basisbudget niet overschreden te worden;
- Uitgangspunt is dat verblijfszorg voor een cliënt met leveringsstatus Actief wachtend binnen 13 weken is gerealiseerd (voor de ouderenzorg geldt voor verblijfszorg in een behandelinstelling een norm van maximaal 6 weken). Daarom wordt overbruggingszorg in

deze situaties kortdurend toegewezen: maximaal voor een periode van 26 weken. In principe 13 weken, maar in overleg met het zorgkantoor is verlenging van mogelijk als bijvoorbeeld een passende plaats binnen afzienbare termijn vrijkomt;

- Geef in deze situaties via de AAT aan dat er sprake is van ondoelmatige zorg thuis, met als bijzondere situatie ToeslagOverig, Overig, Extra overbruggingszorg Actief wachtend (waarde 1). Geef via de AAT ook aan of er met extra zorginzet een verantwoorde thuissituatie ontstaat (Ja). Dit bespoedigt het zorgtoewijzingsproces voor alle betrokken partijen;
- De dossierhouder of coördinator zorg thuis levert in deze situatie wel de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis aan bij het zorgkantoor. Uit de onderbouwing moet blijken waarom extra zorg nodig is. De hoeveelheid extra in te zetten overbruggingszorg moet redelijk en te verantwoorden zijn. Verder moet duidelijk zijn wat de verwachte duur tot opname is en welke stappen de zorgaanbieder onderneemt om realisatie van verblijfszorg voor de cliënt te bespoedigen;
- Is een aanvraag voor ondoelmatige zorg thuis akkoord dan wijst het zorgkantoor deze met terugwerkende kracht toe aan de zorgaanbieder. De gewenste startdatum van de zorgtoewijzing is in deze situaties veelal gelijk aan de aanvraagdatum;
- Wordt een aanvraag voor overbruggingszorg thuis afgewezen? Dan neemt het zorgkantoor contact op met de dossierhouder, coördinator zorg thuis en/of de cliënt;
- Is zorg thuis niet verantwoord te organiseren, dan kan tijdelijke opname bij een andere instelling een passende oplossing zijn.

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

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

<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (1)</b>  Instelling: De Fruitmand  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum 16-04-2018  ToewijzingPercentage: 80%  Ingangsdatum ztw: 16-04-2018  Einddatum ztw: geen  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p> <p><b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (2)</b>  Instelling: De Kersentuin  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 16-04-2018  ToewijzingPercentage: 30%  Ingangsdatum ztw: 16-04-2018  Einddatum ztw: geen  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Fruitmand</p>
---

Voorbeeld 1g

*De Appelhof heeft een wachtlijst voor verblijfszorg en meldt dit terug aan het zorgkantoor. Gezien de situatie wordt er een MUT18 met leveringsstatus Actief wachtend aangeleverd. Gelijktijdig met deze mutatie vraagt De Appelhof zorgtoewijzingen aan voor overbruggingszorg. De Kersentuin gaat daarbij 5% extra verpleging leveren en neemt, in overleg met mevrouw Tuin en De Fruitmand, de rol van coördinator zorg thuis op zich.*

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

Verantwoord: Ja Coördinator zorg thuis: De Kersentuin	Einddatum ztw (t/m): 31-05-2018 Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Fruitmand
<b>Aanvraag (AAT) instelling (1)</b> De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Ingangsdatum ztw: 01-06-2018 Einddatum ztw (t/m): 24-08-2018 ToewijzingPercentage: 80%	<b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (3) (Intrekking zorgtoewijzing)</b> Instelling: De Kersentuin Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 16-04-2018 ToewijzingPercentage: 30% Ingangsdatum ztw: 16-04-2018 Einddatum ztw (t/m): 31-05-2018 Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Fruitmand
<b>Aanvraag (AAT) instelling (2)</b> De Kersentuin Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Ingangsdatum ztw: 01-06-2018 Einddatum ztw (t/m): 24-08-2018 ToewijzingPercentage: 35%	<b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (4)</b> Instelling: De Fruitmand Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Toewijzingsdatum: 02-06-2018 ToewijzingPercentage: 80% Ingangsdatum ztw: 01-06-2018 Einddatum ztw (t/m): 24-08-2018 Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Kersentuin
	<b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV (5)</b> Instelling: De Kersentuin Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Toewijzingsdatum: 02-06-2018 ToewijzingPercentage: 35% Ingangsdatum ztw: 01-06-2018 Einddatum ztw (t/m): 24-08-2018 Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Kersentuin

Voorbeeld 1h

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

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

Voor een cliënt met opnamewens- of behoefte is vaak niet direct een plaats beschikbaar bij zijn voorkeursinstelling. Een cliënt kan het zorgkantoor of de dossierhouder dan vragen om bemiddeling naar een tijdelijke, andere instelling totdat de voorkeuraanbieder een plaats beschikbaar heeft. Dit kan de dossierhouder ook zelf met de cliënt bespreken, net zoals het



zorgkantoor. Het zorgkantoor biedt de cliënt de mogelijkheid voor bemiddeling naar een tijdelijk andere aanbieder actief aan als de cliënt benaderd wordt bij het wachtlijstbeheer.

### **Zorgtoewijzingsproces, processtappen tijdelijke opname bij andere zorgaanbieder**

- Voor alle situaties waarin dit voorkomt geldt dat de dossierhouder de tijdelijke opname bij een ander instelling via een AAT aanvraagt met leveringsvorm Verblijf (opname: Ja) en soort zorgtoewijzing Overbrugging<sup>119</sup>. Soort zorgtoewijzing Overbrugging omdat in deze situaties feitelijk sprake blijft van een wachtperiode voor verblijfszorg bij de oorspronkelijke voorkeuraanbieder<sup>120</sup>;
- Deze vorm van overbruggingszorg wordt voor een periode van maximaal 1 jaar toegewezen aan de tijdelijke verblijfsinstelling. De oorspronkelijke voorkeuraanbieder (dossierhouder) behoudt ook zijn reguliere zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf. Omdat de cliënt al wel is opgenomen geldt de leveringsstatus Niet-actief wachtend<sup>121</sup> voor de zorgtoewijzing voor verblijfszorg bij de dossierhouder. De dossierhouder levert die leveringsstatus gelijktijdig aan met de AAT, via mutatie-reden 18 (MUT18);
- Tijdens de wachtperiode beschouwt de dossierhouder deze cliënt nog steeds als een Actief wachtende cliënt, ook al heeft hij deze leveringsstatus niet. De cliënt wordt met voorrang geplaatst op de overige Niet-actief wachtenden. Ook zorgkantoren monitoren dit in het wachtlijstbeheer;
- De periode voor deze overbruggingszorg kan in overleg met het zorgkantoor worden verlengd als de cliënt vast houdt aan zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder. Tijdens deze periode blijft de oorspronkelijke voorkeuraanbieder, dossierhouder. Die rol verschuift niet naar de tijdelijke verblijfsinstelling;
- Heeft de oorspronkelijke voorkeuraanbieder plaats? Dan levert deze aanbieder een MAZ aan bij het zorgkantoor. Deze MAZ is voor het zorgkantoor de trigger om de zorgtoewijzing bij de tijdelijke verblijfsinstelling in te trekken (te beëindigen). De tijdelijke verblijfsinstelling hoeft dan geen AW39-bericht te sturen met een melding einde zorg. Door de intrekking van het zorgkantoor eindigt de zorg namelijk op de einddatum van de zorgtoewijzing. Vanaf iWlz 2.0 maakt het zorgkantoor bij deze situaties in zijn eigen systeem zelf een 'melding einde zorg' aan;
- Wil de cliënt niet meer terug naar zijn voorkeuraanbieder? Dan moet de zorgtoewijzing voor verblijfszorg met soort zorgtoewijzing Overbrugging worden ingetrokken en omgezet naar een reguliere zorgtoewijzing. De dossierhouder levert in deze situatie dan via een AW39-bericht een mutatie aan op zijn eigen reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg (MUT12, Einde Zorg). Gelijktijdig vraagt hij een reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg aan voor de gewijzigde voorkeuraanbieder en vult hij deze zorgaanbieder in het veld Dossierhouder. De zorgtoewijzing bij de oorspronkelijke voorkeuraanbieder wordt ingetrokken, net zoals die voor de overbruggingszorg.

<sup>119</sup> Soort zorgtoewijzing Transfer is vervallen met in gebruik name van iWlz 2.0.

<sup>120</sup> In de situatie dat verblijfszorg als overbruggingszorg wordt ingezet, kan het zorgkantoor vragen om in de AAT zowel de reguliere als overbruggingszorg voor leveringsvorm Verblijf opgenomen. Wordt de reguliere zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf vergeten? Dan kan die onterecht worden ingetrokken en verdwijnt een cliënt van de wachtlijst bij zijn voorkeuraanbieder. Landelijk wordt gewerkt aan duidelijke afspraken over deze situaties;

<sup>121</sup> De leveringsstatus Wens wachtend is in iWlz 2.0 vervangen door de leveringsstatus Niet-actief wachtend.

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

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

Dit op voorwaarde dat:

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

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

Voor cliënten die in het andere domein al zorg thuis krijgen, deze in de Wlz willen continueren en geen (dringende) opnamewens hebben geldt:

- dat de dossierhouder binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing de leveringsstatus Niet-actief wachtend aanlevert bij het zorgkantoor. Dit gebeurt via een mutatiebericht. En daarnaast een AAT aanvraagt voor de overbruggingszorg. Hij houdt bij de ingangsdatum van de overbruggingszorg rekening met de maximale regeltijd (zorg in het andere domein mag 5 dagen gecontinueerd worden na ingangsdatum indicatiebesluit, om overgang naar Wlz te regelen);
- voor de inzet van overbruggingszorg direct het reguliere proces voor leveringsvorm MPT<sup>122</sup> en/of PGB. Daarbij wordt inzet van overbruggingszorg begrensd tot de extra ruimte van de regeling Extra kosten thuis of een andere toeslag (ademhalingstoeslag of meerzorg) als de cliënt daarvoor in aanmerking komt.

Heeft een cliënt een dringende opnamewens (Actief wachtend)? En stemt de cliënt in met (tijdelijke) opname bij een andere aanbieder als zijn voorkeuraanbieder geen plaats heeft binnen de treeknorm, of binnen enkele weken daarna? Dan:

- mag de cliënt tijdelijk zijn aanbieder(s) uit het andere domein houden als het zorgkantoor uitvoering kan geven aan de wens van de cliënt en deze zorgaanbieder hier uitvoering aan kan of wil geven. En de zorg die in het andere domein is geleverd past binnen de bestaande Wlz-prestaties. Of;
- mag de cliënt tijdelijk zijn PGB continueren zonder aan bepaalde voorwaarden<sup>123</sup> voor PGB te voldoen. Dit kan alleen als de cliënt in het andere domein op het moment van indicatiestelling voor de Wlz een PGB heeft;
- levert de dossierhouder binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing de leveringsstatus Actief wachtend aan bij het zorgkantoor. Dit gebeurt via een mutatiebericht. En vraagt daarnaast een AAT aan voor de overbruggingszorg. Hij houdt bij

<sup>122</sup> MPT sluit aan bij zorg uit andere domeinen. De leveringsvorm VPT wordt in de andere domeinen niet geleverd.

<sup>123</sup> Onder verwijzing naar artikel 5.7a Rlz

de ingangsdatum van de overbruggingszorg rekening met de maximale regeltijd (zorg in het andere domein mag 5 dagen gecontinueerd worden na ingangsdatum indicatiebesluit, om overgang naar Wlz te regelen);

- mag de omvang van zijn zorg uit het andere domein voor een periode van maximaal 13 weken gecontinueerd worden. In overleg met het zorgkantoor is beperkte uitloop mogelijk als de voorkeuraanbieder opname kan garanderen binnen een afgesproken termijn van bijvoorbeeld maximaal 2 weken. En als daarmee rekening wordt gehouden met het belang voor de cliënt: bereikbaarheid voor sociaal netwerk, herkenbaarheid van omgeving en voorkomen van onnodige achteruitgang van de cliënt door bijvoorbeeld extra verhuisbewegingen. (Het is niet wenselijk om iemand met cognitieve problemen in korte periode meerdere keren te verhuizen);
- volgt zorgkantoor verder direct het reguliere proces voor de Actief wachtende cliënt en bewaakt samen met de aanbieder dat de cliënt binnen de treeknorm wordt opgenomen;
- wijst het zorgkantoor in deze situaties de leveringsvorm MPT toe met soort zorgtoewijzing Overbrugging voor een korte periode toe (maximaal 13 weken, verlenging met maximaal 13 weken mogelijk).

#### 4.3.1.5 Langdurige opname

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

De zorgaanbieder levert de geïndiceerde en toegewezen zorg als:

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

##### **Zorgtoewijzingsproces, processtappen**

- Het zorgkantoor wijst het geïndiceerde zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf toe aan de voorkeuraanbieder met een percentage van 100%. Het veld opname heeft de waarde Ja en de soort zorgtoewijzing blijft Regulier;
- Intramurale toelagen, intramurale meerzorg of vervoer worden niet via iWlz toegewezen en zijn nooit onderdeel van een toe te wijzen percentage;
- Het percentage 100% gaat uit van het (maximale) NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel. Afhankelijk van het zorgprofiel is dit een tarief inclusief dagbesteding en behandeling;
- Is er sprake van een percentage inclusief dagbesteding en behandeling, dan mag de zorgaanbieder deze niet standaard inzetten en declareren. Dat mag alleen als de zorg nodig is voor de cliënt en deze ook echt wordt geleverd aan de cliënt<sup>124</sup>. Zo is het bijvoorbeeld niet toegestaan om een tarief inclusief dagbesteding te declareren als een cliënt deelneemt aan onderwijs (en tijdens het onderwijs geen zorg nodig heeft) of wanneer een cliënt aangepast werk heeft en dus geen dagbesteding afneemt;
- In de sector Gehandicaptenzorg<sup>125</sup> kan een cliënt zijn dagbesteding van een andere zorgaanbieder krijgen dan degene waar hij verblijft (keuzevrijheid). De dossierhouder

<sup>124</sup> En is daarnaast ook afhankelijk van het zorginkoopbeleid van het regionale zorgkantoor.

<sup>125</sup> Voor de V&V, (S)LVG en GGZ kan in de rekenmodule het verblijf, dagbesteding en behandeling niet gesplitst worden over meerdere aanbieders. Het gaat hier om integrale zorgpakketten met een integraal tarief. Er bestaan hiervoor in de NZa beleidsregels geen losse (intramurale) prestaties bij deze zorgprofielen;

bespreekt dit altijd zelf met de cliënt. Het CIZ<sup>126</sup> geeft hierover vanaf 1 april 2018 geen informatie meer mee in het indicatiebesluitbericht bij een nieuw indicatiebesluit;

- Wil de cliënt zijn dagbesteding van een andere aanbieder krijgen? Dan moet de zorgaanbieder dit via een AAT aanvragen bij het zorgkantoor. Het percentage voor Verblijf, opname Ja, verandert ook door deze situatie (< 100%) en moet opnieuw worden aangevraagd. Voor de dagbesteding wordt in deze situaties ook leveringsvorm Verblijf aangevraagd maar bij het veld Opname wordt Nee gevuld. Via de rekenmodule kan het bijbehorende % worden berekend;
- Wil de cliënt zijn dagbesteding (deels) via PGB inkopen? Dan neemt de budgethouder of zijn gewaarborgde hulp rechtstreeks contact op met het zorgkantoor. Is er sprake van een combinatie van ZIN en PGB voor de dagbesteding? Dan vraagt de dossierhouder in de AAT een percentage voor de dagbesteding aan verminderd met het percentage dat voor PGB nodig is;
- Het hoogste percentage verwijst in deze situaties altijd naar de leveringsvorm Verblijf, Opname: Ja. Het lagere percentage(s) verwijst naar de budgetcomponent(en) voor dagbesteding en/of behandeling (Verblijf, Opname: Nee);
- Het is in iWlz 2.0 ook mogelijk om de dagbesteding door meerdere aanbieders te laten leveren en/of in combinatie met PGB. Bijvoorbeeld een deel door de aanbieder die ook het verblijf levert en een deel door een andere aanbieder. Of zelfs door 2 andere aanbieders (allebei anders dan de aanbieder die Verblijf<sup>127</sup> levert). Deze flexibiliteit verhoogt de keuzevrijheid van de cliënt;
- Net zoals dagbesteding kan behandeling ook tijdelijk door een andere aanbieder worden geleverd dan de verblijfaanbieder. Dit wordt op dezelfde wijze via een AAT aangevraagd als de dagbesteding (leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee met een bijbehorende %). Uitzondering hierop vormt de behandeling die via een BORG instelling wordt geleverd. Dit loopt buiten het iWlz berichtenverkeer om;
- Wordt bijvoorbeeld verblijfszorg geleverd exclusief dagbesteding en exclusief behandeling en wordt niet alle financiële ruimte voor behandeling benut? Dan wordt het resterende budget niet ingezet voor extra dagbesteding.

---

<sup>126</sup> De motivatie voor het stoppen van deze inhoudelijke beoordeling ligt in de Wlz. In de Wlz staat beschreven dat Begeleiding groep onderdeel is van een zorgprofiel. Vanaf 1 januari 2017 voerde het CIZ al geen inhoudelijke beoordeling meer uit voor deze functie maar gaf die standaard mee bij zorgprofielen, die hier in 2016 ook voor in aanmerking kwamen. In het indicatiebesluitbericht had de klasse voor deze functie daardoor een vaste omvang (afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel) en was vervoer altijd inbegrepen.

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

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

Voorbeeld 2 Ingevulde aanvraag rekenmodule verblijfszorg, dagbesteding en behandeling

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

Is een zorgaanbieder gecontracteerd voor intramurale zorg maar niet voor het geïndiceerde zorgprofiel? En wil het zorgkantoor of de zorgaanbieder daarvoor geen productieafspraken maken? Dan is er sprake van een instellingsvreemd zorgprofiel voor deze zorgaanbieder. Heeft de cliënt voorkeur voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel? Dan informeert de zorgaanbieder de cliënt over deze situatie. In overleg met de cliënt wordt bekeken of een gecontracteerd, instellingseigen zorgprofiel past bij de zorgvraag van de cliënt (of een zorgarrangement thuis). De zorgaanbieder bespreekt met de cliënt welke zorg, begeleiding of behandeling wel of niet geboden kan worden vanuit dit zorgprofiel én of dit leidt tot kwalitatief verantwoorde, passende zorg voor de cliënt. Is dit het geval en gaat de cliënt hiermee akkoord? De zorgaanbieder (dossierhouder) vraagt bij het zorgkantoor om het geïndiceerde (regulier toegewezen) zorgprofiel om te zetten naar een instellingseigen zorgprofiel via een AAT. Dit wordt toegewezen met soort zorgtoewijzing Regulier<sup>128</sup>. Voor deze omzettingen hanteren zorgkantoren uniforme uitgangspunten (zie bijlage D).

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

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

Kan de zorgaanbieder de verblijfszorg direct leveren, dan meldt de zorgaanbieder de cliënt in zorg met een MAZ-bericht in iWlz. Kan de zorgaanbieder de verblijfszorg niet direct leveren en heeft de cliënt overbruggingszorg nodig? Dan vraagt de zorgaanbieder overbruggingszorg thuis

<sup>128</sup> In iWlz 2.0 vervalt door zorgtoewijzing Alternatief. In de situatie dat een vervangend zorgprofiel wordt toegewezen voor verblijfszorg is dit het nieuwe, regulier toegewezen zorgprofiel.

aan op zijn instellingseigen, regulier toegewezen zorgprofiel (al toegewezen en anders dan het geïndiceerde zorgprofiel omdat de zorgaanbieder daarvoor niet gecontracteerd is).

#### 4.3.2 Crisisopname in een instelling

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

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

Crisissituaties treden op door:

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

Door deze acute gebeurtenis is er sprake van:

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

#### Uitgangspunten crisisopname

- Een crisisopname gaat altijd over situaties waarbij onmiddellijke opname noodzakelijk is in een Wlz-instelling met behandeling. Eventuele ophoging van zorg thuis of extra ambulante begeleiding lost het gevaarscriterium niet op, met uitzondering van 24-uurs toezicht;
- Crisisopname voor de sector V&V moet binnen 24 uur plaatsvinden;
- Crisisopname voor de sector GZ moet binnen 48 uur plaatsvinden;
- Een crisisopname kan niet gaan om versnelde opname bij geleidelijke achteruitgang. Daarvoor gelden de reguliere stappen in de Wlz-keten;
- Een crisisopname in een andere instelling voor een cliënt die al is opgenomen in een Wlz-instelling is mogelijk. Het gaat hier om uitzonderingssituaties waarvoor het zorgkantoor expliciet toestemming moet geven;
- Is in een crisissituatie behandeling van curatieve aard nodig (medisch specialistische zorg)? En kan die (voor iemand met een indicatie voor Wlz-zorg) niet in een Wlz-instelling voor verblijfszorg worden geleverd? Dan wordt verwezen naar opname en behandeling in een curatieve (1<sup>e</sup> lijns) instelling (eerstelijnsverblijf) of opname in een (2<sup>e</sup> lijns) instelling zoals een ziekenhuis, revalidatiecentrum, PAAZ of opnameafdeling GGZ-instelling. Deze situaties vallen buiten de Wlz.

### **Duur crisisopname**

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

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

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

Woont een cliënt nog thuis zonder Wlz-indicatie maar is de verwachting dat hij hier wel voor in aanmerking komt, dan kan de cliënt bij een zorgaanbieder worden opgenomen die gecontracteerd is voor crisiszorg (verblijfszorg) en die vanuit de Wlz worden betaald<sup>129</sup>. Voorwaarde is wel dat de indicatie binnen 5 dagen na de crisisopname bij het CIZ wordt aangevraagd. En dat bij de aanvraag voldoende (medische) informatie beschikbaar is om vast te kunnen stellen dat de cliënt recht heeft op Wlz-zorg. Het indicatiebesluit kan dan, vanwege bijzondere omstandigheden, binnen 2 weken en met terugwerkende kracht wordt afgegeven door het CIZ<sup>130</sup>. De ingangsdatum van het indicatiebesluit is de datum dat de aanvraag bij het CIZ is binnengekomen of maximaal 5 dagen daarvoor als de crisiszorg eerder is gestart.

### **4.3.3 Verblijf in een instelling, met de toeslag meerzorg**

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

Heeft een cliënt zorg nodig die qua omvang of inhoud niet past binnen het geïndiceerde zorgprofiel, biedt het bijbehorende budget onvoldoende ruimte om de zorg te betalen die nodig is én wordt er door het CIZ geen beter passende indicatie afgegeven? Dan is er sprake van meerzorg<sup>131</sup>. Bij deze cliëntsituaties is beroep op de regeling Meerzorg mogelijk. Uitzondering hierop vorm cliënten met palliatief terminale zorg.

<sup>129</sup> Crisiszorg voor mensen die geen Wlz-indicatie krijgen valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente of zorgverzekeraar. Dit wordt verder niet in het voorschrift beschreven.

<sup>130</sup> Bron: beleidsregel indicatiestelling Wlz. Let op: de datum voor ingang van het indicatiebesluit kan niet verder dan 5 dagen voor de aanvraagdatum van het indicatiebesluit liggen (antidateren door CIZ). Door de mogelijkheid van antidateren heeft de zorgaanbieder en behandelaar de ruimte om goede (diagnose) gegevens aan te leveren bij het CIZ.

<sup>131</sup> De criteria voor de regeling meerzorg zijn terug te vinden in artikel 2.2 van de Regeling Langdurige Zorg (RLZ). In het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.1.1, lid 2 wordt het verzekerd pakket en het recht op zorg omschreven.

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

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

- iemand met een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 4LVG, 5LVG, 1SGLVG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud, 5ZGvis, 6GGZB of 7GGZB. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren, minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt<sup>132</sup> of;
- iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel waarbij de zorgbehoefte ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non invasieve beademing, klinisch intensieve behandeling, niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie, CVA, Huntington, observatie of;
- iemand die jonger is dan 23 jaar en in een instelling verblijft of;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging én noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging én noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek. Waarbij de zorgbehoefte voor deze persoon in uren minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel of het zorgprofiel dat voor de bekostiging wordt gebruikt of;
- iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel die daarnaast zorg nodig heeft als gevolg van chronische invasieve beademing of chronische non-invasieve beademing.

### **Nieuwe regeling meerzorg**

Vanaf 2014 zijn 10 proeftuinen opgestart in de Wlz<sup>133</sup>. Doel van de proeftuinen was het optimaliseren van de kwaliteit van intramurale zorg (en VPT) in de gehandicaptenzorg voor cliënten met een extreme zorgbehoefte én de kwaliteit van leven voor deze cliënten te verbeteren<sup>134</sup>. Door de positieve resultaten zijn de proeftuinen in 2018 verbreed naar de ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Om de positieve resultaten breder uit te rollen in de Wlz, heeft de NZa voor 2019 de beleidsregel Meerzorg Wlz<sup>135</sup> uitgebracht en is de regeling Meerzorg aangepast. Deze wijzigingen vervangen de proeftuinen vanaf 1 januari 2019.

### **Belangrijkste wijzigingen van de nieuwe beleidsregel Meerzorg Wlz**

Meerzorg bij intramurale opname of geclusterd VPT kan worden aangevraagd in de vorm van:

- een individuele aanvraag of
- een aanvraag voor groepsmeorzorg.

<sup>132</sup> Dit geldt ook voor iemand die op 31 december 2014 (AWBZ) al een indicatiebesluit had en aan dezelfde voorwaarden voldoet.

<sup>133</sup> De proeftuinen zijn opgestart via een experimenteerartikel en gingen nadrukkelijk om initiatieven die via zorg in natura gefinancierd worden.

<sup>134</sup> In proeftuinen lag focus op kwaliteit van zorg en bestaan van cliënten en niet op financiering en verantwoording.

<sup>135</sup> De proeftuinen zijn opgestart via een experimenteerartikel. De beleidsregel Meerzorg 2019 Wlz: BR/REG – 19123 en de gewijzigde regeling Meerzorg vervangen vanaf 2019 dit experimenteerartikel.



Bij een meerzorg aanvraag:

- Heeft het CCE een inhoudelijke rol. (Het CCE beoordeelt in uitzonderingssituaties nog de toegang tot meerzorg);
- wordt niet alleen naar de individuele cliënt gekeken maar ook naar zijn context. Met context wordt de gehele situatie rondom een cliënt bedoeld. Bijvoorbeeld situering van de woning, met wie en met hoeveel mensen woont een cliënt samen, vorm van dagbesteding en de expertise van begeleiders;
- is het mogelijk om indirecte kosten mee te nemen die noodzakelijk zijn door de extreme zorgzwaarte van een cliënt. Het gaat hier dus om niet direct cliëntgebonden kosten;
- wordt een beschikking afgegeven voor een cliënt, maar daarin worden de uren voor zorg of het beschikbare budget niet meer opgenomen;
- geldt voor de betaling een dagprestatie;
- wijzigt de overlegstructuur rondom een (groep) cliënten.

De wijzigingen worden verder uitgewerkt in bijlage I.

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

Een cliënt kan opname in een instelling combineren met zorg thuis. De cliënt heeft dan een indicatie voor een zorgprofiel (7 etmalen<sup>136</sup> per week) maar verblijft minder etmalen per week in een instelling (minimaal 4, 5 of 6 etmalen). De zorgaanbieder (dossierhouder) die de verblijfszorg levert is dan samen met de cliënt verantwoordelijk voor het organiseren van de zorg thuis op de andere dagen. De zorg thuis kan in deze situaties vooralsnog alleen via zorg in natura worden ingezet en niet via PGB.

#### 4.3.5 Tijdelijk behandeling naast opname zonder behandeling

Krijgt een cliënt zorg in een instelling zonder behandeling? Dan biedt de Wlz ruimte om tijdelijk Wlz-behandeling in te zetten. Vanaf 2018 geldt hiervoor géén aparte machtigingsprocedure meer<sup>137</sup> die buiten iWlz omloopt. Deze tijdelijke behandeling kan via een AAT worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Dat geldt nadrukkelijk voor tijdelijke behandeling die in 2018<sup>138</sup> wordt opgestart. Het zorgkantoor toetst achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria. Bij de noodzaak tot langdurige behandeling is verblijf in een instelling inclusief behandeling voor de cliënt een betere oplossing.

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

1. Consultatie door een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG). Voor deze consultatie is geen toewijzing voor de functie Behandeling nodig. De aanvraag hiervoor kan rechtstreeks bij de SO of AVG worden gedaan door de huisarts of vanuit het Multidisciplinair overleg (MDO) rond de cliënt. Belangrijk is dat de reden, de inhoud en de aanvrager van de consultatie goed worden vastgelegd in het (digitale) zorgplan van de cliënt;
2. Het kortdurend leveren van de overige behandelvormen SO of AVG of behandelprestaties.

<sup>136</sup> Een etmaal is een aaneengesloten periode van 24 uur.

<sup>137</sup> Declaraties voor tijdelijke behandeling over het jaar 2017 kunnen niet zonder aparte machtiging bij het zorgkantoor worden ingediend.

<sup>138</sup> Voor tijdelijke behandeling die in 2017 is opgestart blijft de aparte machtigingsprocedure van kracht omdat de geleverde behandeling anders niet gedeclareerd kan worden over het jaar 2017.

Criteria voor het inzetten van de kortdurende behandeling:

- de inzet is tijdelijk van aard (3 tot 6 maanden);
- de inzet gaat uitdrukkelijk over Wlz-behandeling en niet over 'behandeling op de achtergrond';
- in het (digitale) zorgplan wordt de onderbouwing voor deze inzet vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO;
- de onderbouwing in het (digitale) zorgplan geeft duidelijkheid over de inhoud van de in te zetten behandeling;
- de registratie in het (digitale) zorgplan bevat de duur en de te verwachten hoeveelheid uren;
- het verschil (financiële waarde) tussen een ZZP met behandeling en een ZZP zonder behandeling voor een bepaald zorgprofiel geldt als financieel kader voor de inzet. De aanbieder kan de rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen.

#### **Werkafspraken voor tijdelijk behandeling bij leveringsvorm Verblijf**

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

- in deze situaties hoeft vooraf géén toestemming<sup>139</sup> te worden gevraagd bij het zorgkantoor als die tijdelijke behandeling past binnen de beschikbare financiële ruimte van het ZZP-tarief inclusief behandeling en alleen door dezelfde instelling (agb-code) wordt geleverd;
- wordt behandeling door een andere zorgaanbieder geleverd? Dan vraagt de dossierhouder daarvoor een reguliere zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. De aanvraag voor behandeling bevat dan de leveringsvorm Verblijf, met het benodigde % (gebruik de rekenmodule om dit te berekenen). Daarnaast wordt het veld Opname gevuld met Nee. Betrokken partijen zien zo dat er sprake is van behandeling naast verblijfszorg. In de AAT wordt alle zorg met leveringsvorm Verblijf opnieuw aangevraagd, ook die met Opname Ja. Als deze wordt vergeten in de AAT, dan wordt die niet opnieuw toegewezen en kan de verblijfszorg niet worden geleverd of gedeclareerd;
- het zorgkantoor toetst achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria die daarover bij het contracteren zijn gemaakt;
- is voor een cliënt langdurige Wlz-behandeling noodzakelijk dan is verblijf inclusief behandeling voor de cliënt een betere oplossing.

#### **4.3.6 Partneropname**

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

---

<sup>139</sup> Voor deze tijdelijke behandeling was in 2017 een aparte machtigingsprocedure van toepassing (buiten iWlz om). Dit is in 2018 niet meer nodig. Declaraties voor tijdelijke behandeling over het jaar 2017 kunnen niet zonder aparte machtiging bij het zorgkantoor worden ingediend.

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

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

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

Een administratieve zorgtoewijzing kan worden aangevraagd als een cliënt is opgenomen op een Wlz-plaats zonder toelating voor behandeling, en tijdelijk moet worden opgenomen op een Wlz-plaats met toelating voor behandeling. De Wlz-plaats met behandeling is daarbij een fysiek andere plaats dan die zonder behandeling. De zorgaanbieder mag de Wlz-plaats zonder behandeling dan tijdelijk<sup>140</sup> beschikbaar houden voor terugkeer van de cliënt. De administratieve zorgtoewijzing maakt het mogelijk een declaratie in te dienen voor de Wlz-plaats zonder behandeling.

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

De aanvraag voor soort zorgtoewijzing Administratief loopt buiten het iWlz-berichtenverkeer om. De zorgaanbieder<sup>141</sup> vraagt deze zorgtoewijzingen aan via het VECOZO-notitieverkeer. In deze aanvraag wordt ook opgenomen dat het gaat om de leveringsvorm Verblijf (Opname Ja). Daarbij wordt aangegeven welk zorgprofiel aan de cliënt was toegewezen op de Wlz-plaats waar de cliënt normaal verblijft (woont). Deze zorgtoewijzing wordt binnen 5 werkdagen na overplaatsing naar de tijdelijke verblijfslocatie bij het zorgkantoor aangevraagd. De aanvraag wordt gedaan voor een periode van maximaal 3 maanden. Een verlenging van deze zorgtoewijzing met maximaal 3 maanden is mogelijk. Is eerder duidelijk dat de cliënt niet kan terugkeren naar een Wlz-plaats zonder behandeling dan wordt de administratieve zorgtoewijzing beëindigd. In de zorginkoop zijn voor de financiering van deze afwezigheidsdagen beperkende afspraken gemaakt.

<sup>140</sup> Maximaal 3 maanden, met mogelijkheid tot verlenging. Dit gebeurt in overleg met het zorgkantoor.

<sup>141</sup> Dat kan door de zorgaanbieder worden aangevraagd waar de cliënt normaal gesproken verblijft (deze aanvraag hoeft dus niet via de dossierhouder te lopen). Het zorgkantoor controleert de aanvraag altijd op juistheid.

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

Voorbeeld:

*Een cliënt heeft een langdurige indicatie voor zorgprofiel VV4 en verblijft op een Wlz-plaats zonder behandeling. De cliënt krijgt voor een half jaar een indicatie voor zorgprofiel VV8. Er is niet direct een geschikte plaats met behandeling beschikbaar voor de cliënt. Tot het moment van opname op de Wlz-plaats met behandeling verblijft de cliënt op de Wlz-plaats zonder behandeling. Tijdens de wachtperiode tot opname wordt daarom het zorgprofiel VV4 als overbruggingszorg aangevraagd. Vanaf het moment van opname op een Wlz-plaats met behandeling (VV8), wordt de zorgtoewijzing voor overbruggingszorg (VV4) omgezet naar een administratieve zorgtoewijzing. Heeft de cliënt in zijn nieuwe indicatiebesluit een indicatie voor VV8 (6 maanden) gevolgd door een indicatie voor VV4 (onbepaald) én is de cliënt na 4 maanden uitbehandeld? Dan moet een melding einde zorg worden aangeleverd op de VV8. Gelijktijdig wordt een reguliere zorgtoewijzing voor de VV4 aangevraagd (om 2 maanden te overbruggen) en wordt de administratieve zorgtoewijzing voor de VV4 beëindigd.*

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

#### **4.4 Palliatief Terminale Zorg**

Palliatief terminale zorg (PTZ) is zorg die wordt geleverd in de laatste levensfase van een cliënt. Deze zorg is vaak gericht op behandeling of begeleiding bij pijn, benauwdheid en angst en niet op herstel. Daarnaast is het doel om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden voor de cliënt. De terminale fase eindigt door overlijden of wanneer de cliëntsituatie zodanig verbetert dat er geen sprake meer is van een terminale levensfase<sup>142</sup>.

##### **Vervallen indicatiestelling VV10 vanaf 2018**

Vanaf 1 januari 2018 is de indicatiestelling door het CIZ voor het zorgprofiel VV10<sup>143</sup> vervallen. Dit zorgprofiel kan dus niet meer bij het CIZ worden aangevraagd voor cliënten waarbij na 1 januari 2018 sprake is van een naderend overlijden.

<sup>142</sup> Is er sprake van een verbetering van de cliëntsituatie en is er geen sprake meer is van een terminale levensfase, dan kan in overleg met de behandelend arts de verklaring over de ingeschatte levensverwachting worden ingetrokken. Dat gebeurt altijd in overleg met de cliënt en de zorgaanbieder. In deze situaties is het geïndiceerde zorgprofiel weer leidend voor de inzet van zorg. Is dit zorgprofiel niet meer passend dan moet een herindicatie worden aangevraagd.

<sup>143</sup> Bestaande indicatiebesluiten en zorgtoewijzingen voor een zorgprofiel VV10 worden niet afgesloten vanaf 1 januari 2018. Deze zullen geleidelijk uitdoven.

De prestatie VV10 blijft voor de bekostiging van PTZ in een instelling of hospice met Wtzi-toelating<sup>144</sup> wel gehandhaafd. Deze prestatie is vanaf 2018 zowel voor de ouderenzorg als voor cliënten uit de andere Wlz-sectoren te declareren. En dus niet meer gekoppeld aan een bepaalde range zorgprofielen.

Een cliënt kan ervoor kiezen om PTZ in deze fase in een instelling of in een hospice met Wtzi-toelating te krijgen. (PTZ via MPT of VPT staat beschreven in hoofdstuk 3).

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

- Krijgt iemand PTZ thuis en moet die persoon in een instelling worden opgenomen omdat het niet meer verantwoord is dat deze persoon in zijn laatste levensfase thuis blijft wonen? En is voor het organiseren van PTZ thuis al het budget noodzakelijk dat hoort bij VV10-prestatie. Dan mag de instelling ook het zorgprofiel VV10 declareren als dat voor de inzet van PTZ nodig is;
- Voor iemand die al in een instelling verblijft, wordt PTZ in principe betaald op basis van het geïndiceerde, best passende zorgprofiel. Het toegewezen zorgprofiel is het te declareren zorgprofiel (het toegewezen zorgprofiel kan afwijken van het geïndiceerde zorgprofiel);
- Verblijft iemand al langer in de instelling dan kan alleen in de situatie van zeer intensieve 24-uurs zorg de prestatie die hoort bij het zorgprofiel VV10 gedeclareerd worden. De zorgbehoefte kan dan niet verantwoord geleverd (betaald) worden vanuit het geïndiceerde zorgprofiel.

Situaties waarin dit zich voor kan doen:

- cliënten met zware pijn(bestrijding) en/of
- verwardheid en/of benauwdheid en/of
- onrust én
- complexe zorg waarbij inzet van verschillende disciplines en continue nabijheid van zorg noodzakelijk is;
- inzet van PTZ en declaratie van een prestatie voor VV10 kan in deze situaties zonder tussenkomst van het zorgkantoor plaatsvinden. Daarvoor hoeft dus géén zorgtoewijzing voor een VV10 te worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Dit op voorwaarde dat in het (digitale) zorgplan een verklaring is opgenomen van de behandelend arts over de **ingeschatte levensverwachting**. Uit die verklaring blijkt dat de arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een naderend overlijden bij de cliënt en dat er een levensverwachting ligt van niet langer dan 3 maanden. Deze verklaring<sup>145</sup> moet de aanbieder kunnen overleggen bij een controle achteraf door het zorgkantoor. Ook moet in het (digitale) zorgplan een onderbouwing zijn vastgelegd voor de noodzaak van het declareren van een VV10, anders dan het geïndiceerde zorgprofiel.

<sup>144</sup> Hospices met Wtzi-toelating zijn wel een zelfstandige zorginstelling of maken deel uit van een zorginstelling met Wtzi-toelating.

<sup>145</sup> De tekstuele beschrijving vervangt de term terminaliteitsverklaring. Veldpartijen zoeken een andere benaming.

# 5. Cliëntondersteuning

## 5.1 Inleiding

Zorg op maat en zoveel mogelijk luisteren naar de wens van de cliënt staan voorop in de Wlz. Zorgaanbieders, zorgkantoren en onafhankelijke cliëntondersteuners hebben in de Wlz nadrukkelijker een rol in het begeleiden en bemiddelen respectievelijk ondersteunen van een cliënt naar best passende Wlz-zorg.

Voor een cliënt is zijn zorgaanbieder(s) een direct, zichtbaar aanspreekpunt over zijn zorg. Daarom wordt eerst ingegaan op de begeleidingsrol van de coördinator zorg thuis, de dossierhouder en die van andere betrokken aanbieders bij een cliëntsituatie. Vervolgens die van het zorgkantoor en de onafhankelijke cliëntondersteuner.

## 5.2 Bepalen coördinator zorg thuis en/of dossierhouder

Weet een cliënt bij het gesprek met het CIZ al van welke zorgaanbieder hij zijn zorg wil krijgen of welke zorgaanbieder hij wil inschakelen om zijn zorg te regelen? Dan neemt het CIZ die als voorkeuraanbieder op in het indicatiebesluitbericht. Deze aanbieder krijgt het geïndiceerde zorgprofiel toegewezen en wordt om te beginnen het eerste aanspreekpunt (dossierhouder of coördinator zorg thuis) voor de cliënt. Heeft een cliënt voorkeur voor leveringsvorm MPT (in combinatie met PGB)? Dan vult het zorgkantoor het veld coördinator zorg thuis in het zorgtoewijzingsbericht. Bij een voorkeur voor leveringsvorm VPT of Verblijf wordt de voorkeuraanbieder bij het veld dossierhouder gevuld. Een cliënt kan later altijd een andere aanbieder als eerste aanspreekpunt kiezen.

## 5.3 Wie heeft welke taken en verantwoordelijkheden?

### Taken en verantwoordelijkheden coördinator zorg thuis

De coördinator zorg thuis:

- is verantwoordelijk voor het organiseren van alle Wlz-zorg thuis als de cliënt dit (deels) in de vorm van een MPT wil krijgen. Dat geldt zowel voor soort zorgtoewijzing Regulier als soort zorgtoewijzing Overbrugging. De coördinator zorg thuis levert daarbij ook altijd zelf (een deel van de) zorg;
- is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van noodzakelijke zorg thuis voor een cliënt. En neemt daarom na ontvangst van een zorgtoewijzing met leveringsvorm MPT en soort zorgtoewijzing Regulier, contact op met de cliënt om afspraken te maken over de zorgverlening. Dit gebeurt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen twee werkdagen ná de dag waarop de zorgtoewijzing is ontvangen. Bij dit contact met de cliënt kan een derde partij betrokken zijn, zoals een (wettelijk) vertegenwoordiger of (onafhankelijke)

cliëntondersteuner. In de situatie van soort zorgtoewijzing Overbrugging ligt dit eerste contact bij de dossierhouder;

- bespreekt met de cliënt dat alle zorg die nodig is en onder Wlz-zorg valt, ook betaald moet worden uit de Wlz. Er mag niet onterecht Wlz-zorg achter blijven in de Zvw of Wmo<sup>146</sup>. Is dat wel het geval dan bespreekt hij dit met de cliënt en regelt zo nodig dat deze zorg vanuit het Wlz-domein wordt ingezet en betaald;
- coördineert de zorgverlening aan de cliënt. Ook als er meerdere aanbieders bij de (overbruggings)zorg zijn betrokken. In de situatie dat een deel van de zorg geregeld wordt met een PGB, houdt de coördinator zorg thuis samen met de cliënt (of gewaarborgde hulp) het totaal overzicht. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg die met een PGB wordt ingekocht;
- is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die door een andere aanbieder wordt geleverd of met PGB wordt ingekocht. Hij signaleert wel tijdig bij de cliënt en/of het zorgkantoor als deze zorg leidt tot onverantwoorde zorg thuis;
- is verantwoordelijk voor het onderhouden van contact met de andere betrokken (medische) zorg of hulpverleners bij de cliënt. De coördinator zorg thuis bewaakt de urgentie van de situatie en onderneemt actie als dit noodzakelijk is;
- is verantwoordelijk voor het bijhouden van een (centraal) (digitaal) zorgplan waarin alle afspraken rondom de zorg voor een cliënt worden bijgehouden (met uitzondering van PGB). In het (digitale) zorgplan is ook vastgelegd wie de coördinator zorg thuis is;
- evalueert minimaal 2 maar bij voorkeur 4 keer per jaar met de cliënt de integrale zorg thuis. En bespreekt of de cliënt nog verantwoord thuis kan blijven wonen. Het resultaat van dit gesprek wordt vastgelegd in het (centraal) (digitaal) zorgplan. Bij inzet van overbruggingszorg thuis vindt de eerste evaluatie minimaal 2 weken voor het verstrijken van de treeknorm plaats (zie bijlage A);
- vraagt een gewijzigde zorgtoewijzing (AAT) aan bij het zorgkantoor als zorg wordt bijgesteld en er een aanpassing van de zorgtoewijzing nodig is. En levert daarbij een rekenmodule en een formulier Verantwoorde zorg thuis aan, bijvoorbeeld als overbruggingszorg thuis ondoelmatig moet worden ingezet om de periode tot opname verantwoord te overbruggen. Zijn meerdere zorgaanbieders betrokken bij een cliënt, dan regelt de coördinator zorg thuis dat er één rekenmodule en één formulier Verantwoorde zorg wordt aangeleverd bij het zorgkantoor;
- informeert een cliënt over het resultaat van de beoordeling;
- vraagt een zorgtoewijzing voor de leveringsvorm Verblijf aan via een AAT, als de leveringsvorm Verblijf (nog) niet is toegewezen en zorg thuis niet meer doelmatig of verantwoord kan worden geleverd;
- stemt, bij een cliënt met opnamebehoefte of opnamewens, de cliëntsituatie periodiek (minimaal 2 keer per jaar) af met de dossierhouder zodat die het integrale beeld houdt;

---

<sup>146</sup> Vanaf 2018 wordt een controle uitgevoerd op onterechte samenloop tussen de Wlz en Zvw omdat de Wlz voorliggend is aan de Zvw. In het belang van de cliënt én ook de zorgaanbieder moet de zorg vanuit het juiste domein geleverd worden. Dit voorkomt onnodige financiële effecten (bijvoorbeeld op gebied van eigen bijdrage voor de cliënt). Voor zover van toepassing gelden onderstaande punten ook voor de subsidieregeling Extramurale behandeling. Dat geldt ook voor het tijdig zetten van een melding aanvang zorg (MAZ), melding einde zorg (MEZ) of mutatiebericht.

- overlegt met het zorgkantoor als er bijzonderheden zijn over (zorgverlening aan) een cliënt. En meldt een relevante wijziging van een cliëntsituatie bij het zorgkantoor als er sprake is van ondoelmatige of onverantwoorde zorg thuis;
- informeert een cliënt over de mogelijkheden van inzet van een onafhankelijke cliëntondersteuner.

### **Taken en verantwoordelijkheden dossierhouder voor cliënt met opnamewens**

De dossierhouder:

- is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van noodzakelijke zorg voor een cliënt met opnamewens. En neemt daarom na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt om afspraken te maken over de zorgverlening. Dit gebeurt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen twee werkdagen ná de dag waarop de zorgtoewijzing is ontvangen. Bij dit contact met de cliënt kan een derde partij betrokken zijn, zoals een (wettelijk) vertegenwoordiger of (onafhankelijke) cliëntondersteuner;
- is verantwoordelijk voor gemotiveerde overdracht van een cliënt aan het zorgkantoor, als de instelling een cliënt met opnamewens geen passende verblijfszorg kan geven (zie hoofdstuk 6). De instelling stelt dit vast binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing. Het zorgkantoor zoekt samen met de cliënt een andere zorgaanbieder. Zo mogelijk organiseert deze aanbieder al wel overbruggingszorg thuis. (Dat is niet realistisch als deze dossierhouder geen zorg levert in de regio waar de cliënt woont en niet bekend is met het regionale zorgaanbod);
- bepaalt samen met de cliënt of verblijf de best passende oplossing. Is zorg thuis (voorlopig) de gewenste en passende oplossing? Dan vraagt de dossierhouder een nieuwe zorgtoewijzing aan met de juiste leveringsvorm (VPT of MPT), soort zorgtoewijzing Regulier en voorkeuraanbieder (coördinator zorg thuis). De dossierhouder levert bij de aanvraag van een nieuwe zorgtoewijzing gelijktijdig een mutatie aan voor wijziging van de leveringsstatus (Einde zorg of Niet wachtend) bij het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf. De dossierhouder levert alleen een mutatie op de leveringsstatus aan als de cliënt zijn zorg volledig via PGB wil inkopen;
- bespreekt met de cliënt dat alle zorg die nodig is en onder Wlz-zorg valt, ook betaald moet worden uit de Wlz. Er mag niet onterecht Wlz-zorg achter blijven in de Zvw of Wmo<sup>147</sup>. Is dat wel het geval dan bespreekt hij dit met de cliënt en regelt zo nodig dat deze zorg vanuit het Wlz-domein wordt ingezet en betaald;
- bespreekt met de cliënt op welke manier invulling wordt gegeven aan overbruggingszorg thuis, als zorg thuis niet verantwoord is en er niet direct een geschikte plaats beschikbaar is door een wachtlijst of tijdelijke opnamestop. De dossierhouder houdt daarbij ook rekening met zorg thuis die een cliënt eerder heeft gehad (bijvoorbeeld vanuit de Zvw, Wmo of Wlz). Was de cliënt tevreden over deze zorgaanbieder, dan kan deze aanbieder hiervoor worden benaderd als die ook gecontracteerd is voor Wlz-zorg;

<sup>147</sup> Vanaf 2018 wordt een controle uitgevoerd op onterechte samenloop tussen de Wlz en Zvw omdat de Wlz voorliggend is aan de Zvw. In het belang van de cliënt én ook de zorgaanbieder moet de zorg vanuit het juiste domein geleverd worden. Dit voorkomt onnodige financiële effecten (bijvoorbeeld op gebied van eigen bijdrage voor de cliënt). Voor zover van toepassing gelden onderstaande punten ook voor de subsidieregeling Extramurale behandeling. Dat geldt ook voor het tijdig zetten van een melding aanvang zorg (MAZ), melding einde zorg (MEZ) of mutatiebericht.



- is (de eerste keer) verantwoordelijk voor het tijdig organiseren en aanvragen van overbruggingszorg, als hij zelf overbruggingszorg gaat leveren. In de situatie dat de voorkeuraanbieder de overbruggingszorg zelf volledig levert, heeft hij zowel de rol van dossierhouder als coördinator zorg thuis (MPT). In de situatie dat meerdere aanbieders overbruggingszorg gaan leveren, bespreekt de dossierhouder wie de cliënt als eerste aanspreekpunt wil en geeft dit door in de AAT (coördinator zorg thuis);
- geeft bij een aanvraag van overbruggingszorg thuis via een VPT, in de AAT aan wie de voorkeuraanbieder is en dossierhouder voor het VPT (en vult geen informatie in het veld coördinator zorg thuis);
- is de eerste keer verantwoordelijk voor het tijdig aanvragen van overbruggingszorg als hij die niet zelf gaat leveren. In overleg met de cliënt wordt daarvoor een andere zorgaanbieder gezocht. De dossierhouder vertelt de cliënt dat hij bij zijn keuze voor een aanbieder (of PGB) ook begeleid kan worden door het zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner. De dossierhouder kan ook zelf besluiten het zorgkantoor hiervoor in te schakelen als ze er samen niet uitkomen. Dit is bijvoorbeeld van toepassing als een cliënt nog in een andere regio woont. Het regionale zorgkantoor begeleidt of bemiddelt de cliënt dan naar een passende regionale aanbieder;
- overlegt met de voorkeuraanbieder voor overbruggingszorg thuis wat de inhoud is van de AAT die wordt aangevraagd;
- heeft regelmatig contact met de coördinator zorg thuis (en/of gewaarborgde hulp) over een cliënt met opnamewens. De frequentie van het contact is afhankelijk van de cliëntsituatie en hoe deze zich ontwikkelt maar vindt minimaal 2 keer per jaar plaats;
- heeft regelmatig contact met de cliënt over mogelijkheid voor verblijfszorg (plaats op de wachtlijst en beschikbare plaatsen). De frequentie van dit contact is ook afhankelijk van de (ontwikkelingen in de) cliëntsituatie maar vindt minimaal 2 keer per jaar plaats;
- blijft het eerste aanspreekpunt als overbruggingszorg thuis niet verantwoord is en tijdelijke opname bij een andere aanbieder de aangewezen oplossing is. De dossierhouder zoekt na overleg met de coördinator zorg thuis en de cliënt naar een passende zorgaanbieder. Zo nodig schakelt hij het zorgkantoor in voor bemiddeling naar een aanbieder die op korte termijn ruimte heeft voor een (tijdelijke) plaatsing;
- is verantwoordelijk voor het tijdig opnemen van de cliënt. De landelijke norm voor opname in de langdurige zorg is 13 weken. Uitzondering hierop is verblijf met behandeling in de ouderenzorg. Daarvoor geldt een norm van 6 weken;
- blijft ook verantwoordelijk voor het tijdig plaatsen van een cliënt als die tijdelijk bij een andere aanbieder (overbrugging) verblijft. De voorkeur van de cliënt blijft leidend;
- is verantwoordelijk voor een juiste volgorde van opname. Crisisopnamen of cliënten met de leveringsstatus Actief wachtend gaan voor op cliënten met een leveringsstatus Niet-actief wachtend. Tenzij iemand met leveringsstatus Niet-actief wachtend tijdelijk is opgenomen bij een andere aanbieder (overbrugging) maar oorspronkelijk Actief wachtend was bij zijn voorkeuraanbieder. Ook geldt dat een cliënt met de meeste wachtdagen bij een instelling het eerste een plaats krijgt aangeboden als er sprake is van gelijke geschiktheid van cliënten. Afhankelijk van bijvoorbeeld de aard van de zorgvraag en de context van de beschikbare plaats, kan een aanbieder hier gemotiveerd van afwijken;
- meldt tijdig bij het zorgkantoor dat er voor een Actief wachtende cliënt binnen de treeknorm geen plaatsing mogelijk is én er geen vooruitzicht is op plaatsing (ook niet op

korte termijn na verstrijken van de treetnorm). Bij een cliënt met ondoelmatige of onverantwoorde zorg thuis wordt dan door het zorgkantoor actief bemiddeld naar tijdelijke opname bij een andere aanbieder;

- is verantwoordelijk voor het actueel houden van de leveringsstatus in iWlz. Is er sprake van een leveringsstatus Actief wachtend, Niet-actief wachtend of Niet wachtend dan wordt deze 'op maat' geactualiseerd via een mutatiebericht. Dit gebeurt na overleg met de cliënt of de coördinator zorg thuis;
- coördineert de gehele zorgverlening aan de cliënt bij verblijfszorg. Ook als er meerdere aanbieders bij de zorgverlening zijn betrokken of een deel van de zorg geregeld wordt met een PGB (bijvoorbeeld dagbesteding). De dossierhouder houdt samen met de cliënt het totaaloverzicht;
- is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van geleverde zorg door andere aanbieders naast Verblijf. Behalve als dit gebeurt in de constructie van onderaannemer. De dossierhouder is ook niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van dagbesteding die een budgethouder eventueel met een PGB inkoopt. Maar de dossierhouder signaleert wel tijdig bij de cliënt en/of het zorgkantoor als dit zorg leidt tot onverantwoorde zorg;
- overlegt met het zorgkantoor als er bijzonderheden zijn over verblijfszorg aan de cliënt;
- is verantwoordelijk voor het actueel houden van het (centraal) (digitaal) zorgplan waarin alle afspraken rondom de zorg voor een cliënt worden bijgehouden (met uitzondering van PGB). In het (digitale) zorgplan is ook vastgelegd wie de dossierhouder is;
- evalueert minimaal 2 keer per jaar de verblijfszorg en legt het resultaat van deze bespreking vast in het (digitale) zorgplan.

#### **Taken en verantwoordelijkheden dossierhouder voor cliënt zonder opnamewens (VPT)<sup>148</sup>**

De dossierhouder:

- is het eerste aanspreek punt voor een cliënt die nog geen (professionele) zorg thuis wil, maar wel (uit voorzorg) op zijn wachtlijst staat met de leveringsstatus Niet wachtend. De dossierhouder neemt in deze situaties minimaal jaarlijks contact op met de cliënt, of volgens afgesproken frequentie, om de thuissituatie met de cliënt te bespreken. Dit is afhankelijk van de cliëntsituatie. Afspraak kan ook zijn dat de cliënt zelf contact opneemt met de dossierhouder;
- is het eerste aanspreekpunt voor een cliënt als die zorg thuis in de vorm van een VPT via zijn organisatie krijgt. En houdt het overzicht over de gehele zorg thuis voor de cliënt, ook als (een deel van) de dagbesteding naast het VPT bij een andere aanbieder of via PGB wordt verzilverd. En of behandeling tijdelijk door een andere aanbieder wordt geleverd;
- signaleert tijdig als er problemen zijn in de zorg. Andere aanbieders hebben deze rol ook maar verwijzen bij problemen de cliënt in principe terug naar de dossierhouder of koppelen dit rechtstreeks terug aan de dossierhouder. De dossierhouder bespreekt dit dan met de

---

<sup>148</sup> Vanaf 2018 wordt een controle uitgevoerd op onterechte samenloop tussen de Wlz en Zvw omdat de Wlz voorliggend is aan de Zvw. In het belang van de cliënt én ook de zorgaanbieder moet de zorg vanuit het juiste domein geleverd worden. Dit voorkomt onnodige financiële effecten (bijvoorbeeld op gebied van eigen bijdrage voor de cliënt). Voor zover van toepassing gelden onderstaande punten ook voor de subsidieregeling Extramurale behandeling. Dat geldt ook voor het tijdig zetten van een melding aanvang zorg (MAZ), melding einde zorg (MEZ) of mutatiebericht.

cliënt. De aanbieders zijn zelf (inhoudelijk) verantwoordelijk voor het naleven van de gemaakte afspraken over de te leveren zorg;

- is verantwoordelijk voor juiste en tijdige afstemming met andere partijen in de (medische) zorg- of hulpverlening rondom de cliënt;
- meldt een relevante wijziging van de cliëntsituatie bij het zorgkantoor als er sprake is van ondoelmatige of onverantwoorde zorg thuis. En vraagt een zorgtoewijzing voor de leveringsvorm Verblijf aan via een AAT, als die nog niet is toegewezen;
- is verantwoordelijk voor de communicatie met het zorgkantoor over de cliënt;
- is verantwoordelijk voor het actueel houden van het (centraal) (digitaal) zorgplan waarin alle afspraken rondom de zorg voor een cliënt worden bijgehouden (met uitzondering van PGB). In het (digitale) zorgplan is ook vastgelegd wie de dossierhouder is;
- evalueert minimaal 2 keer per jaar de zorg thuis (VPT) en legt het resultaat van deze bespreking vast in het (digitale) zorgplan;
- is verantwoordelijk voor het 'op maat' actueel houden van de leveringsstatus in iWlz.

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

In relatie tot het wachtlijstbeheer<sup>149</sup> geldt dat:

- de zorgaanbieder(s), na ontvangst van het zorgtoewijzingsbericht, maximaal 10 kalenderdagen de tijd heeft om samen met de cliënt een passend zorgarrangement (thuis) samen te stellen;
- de zorgaanbieder verplicht is om binnen 5 werkdagen ná ontvangst van een zorgtoewijzingsbericht, een mutatie (MUT) of melding aanvang zorg (MAZ) te sturen. Met de mutatie (AW39-bericht) geeft de zorgaanbieder minimaal de actuele leveringsstatus (wachtlijststatus) voor de cliënt door aan het zorgkantoor;
- de zorgaanbieder verplicht is om binnen 5 werkdagen na start van de zorg een MAZ aan te leveren voor de geleverde zorg. Is er sprake van een zorgtoewijzing met terugwerkende kracht, en is de zorg voor de toewijsdatum gestart, dan binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing;
- de zorgaanbieder binnen 5 werkdagen na verandering in een zorgsituatie, een AW39-bericht stuurt met een AAT en/of mutatie. Of een melding einde zorg (MUT/MEZ) als dit van toepassing is. Is er sprake van een zorgtoewijzing met terugwerkende kracht, en is de zorg voor de toewijsdatum gewijzigd of beëindigd, dan binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing;
- relevante wijzigingen in een cliëntsituatie direct worden afgestemd met de coördinator zorg thuis, de dossierhouder en/of het zorgkantoor;
- de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor afhandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder.

---

<sup>149</sup> En voor het opleggen van de eigenbijdrage.

## Taken en verantwoordelijkheden zorgkantoor

Het zorgkantoor:

- is eindverantwoordelijk voor het tijdig organiseren van passende zorg voor een cliënt;
- geeft op verschillende manieren informatie aan de cliënt en belanghebbenden over: het traject van vraag naar zorg, de manier waarop iemand Wlz-zorg kan krijgen, over de verschillende leveringsvormen van Wlz-zorg en het beschikbare zorgaanbod, cliëntrechten (bijvoorbeeld het inbrengen van een persoonlijk zorgplan) en cliëntverplichtingen. Dit proces start het zorgkantoor op direct na ontvangst van een indicatiebesluitbericht;
- geeft informatie aan de cliënt over de rol en bereikbaarheid van het zorgkantoor zodat het zorgkantoor goed vindbaar is voor de cliënt. De cliënt moet tijdig bij het zorgkantoor kunnen aankloppen als er vragen of knelpunten zijn over de zorg, als hij de zorg niet krijgt zoals hij het graag wil of als zijn situatie thuis niet meer verantwoord is en wachtlijstbemiddeling door het zorgkantoor gewenst is;
- is, net zoals de zorgaanbieder, verantwoordelijk voor het informeren van de cliënt over de mogelijkheden van inzet van een onafhankelijke cliëntondersteuner;
- helpt de cliënt bij het zoeken naar een passende aanbieder (ZIN) als de cliënt nog geen voorkeuraanbieder heeft of wil wijzigen van voorkeuraanbieder. Dit kan ook als de cliënt al is opgenomen bij een aanbieder;
- bewaakt dat de cliënt de zorg (ZIN) krijgt zoals hij dat heeft aangegeven bij de indicatiestelling. Krijgt de cliënt zijn zorg via een andere leveringsvorm, dan stemt het zorgkantoor hierover af met de cliënt. De cliënt heeft bijvoorbeeld bij indicatiestelling aangegeven zorg thuis te willen via MPT, maar krijgt zijn zorg thuis via PGB of staat op een wachtlijst voor verblijfszorg. Het zorgkantoor bemiddelt de cliënt dan naar de zorg zoals hij die wil. Op voorwaarde dat dit doelmatig en verantwoord mogelijk is. Het zorgkantoor registreert het resultaat van dit gesprek in het cliëntdossier;
- volgt een signaal op over een onverantwoorde cliëntsituatie thuis en stemt hierover af met de cliënt en betrokken zorgprofessionals. Een medisch adviseur van de zorgkantoren kan daarbij contact opnemen met de behandelaar die betrokken is bij de medische of gedragskundige zorg. Daarvoor wordt altijd vooraf toestemming gevraagd aan de cliënt;
- bespreekt met een cliënt en zijn coördinator zorg thuis (of dossierhouder bij een VPT) de gevolgen van een negatieve beoordeling van een aanvraag voor zorg thuis. Dit gebeurt vóór het afgeven van de negatieve beschikking. Voordat een negatieve beschikking wordt afgegeven krijgen de coördinator zorg thuis (of de dossierhouder) en de cliënt tijd om met een alternatief (persoonlijk) zorgplan te komen. Het zorgkantoor kan de cliënt daarvoor ook bemiddelen naar een andere aanbieder of naar PGB;
- bewaakt dat de cliënt tijdig zijn zorg krijgt als de cliënt een dringende zorgvraag heeft (Actief wachtend) en ook als hij nog kan wachten (Niet-Actief wachtend);
- neemt in de situatie dat de cliënt Actief wachtend is voor verblijfszorg en geen enkele vorm van zorg krijgt contact op met de cliënt en de dossierhouder om na te gaan of de situatie thuis nog verantwoord is. Dit gebeurt uiterlijk 2 weken na ingangsdatum van de leveringsstatus Actief wachtend die via een AW39-bericht (mutatie) is aangeleverd. Het zorgkantoor bemiddelt de cliënt naar noodzakelijke Wlz-zorg en neemt contact op met de voorkeuraanbieder over invulling van zijn rol. Het zorgkantoor verifieert ook of er onterecht een beroep wordt gedaan op zorg uit een ander domein;

- neemt in de situatie dat de cliënt Niet-actief wachtend of Niet wachtend heeft bij de leveringsvorm Verblijf én geen enkele vorm van zorg ontvangt (geen MAZ, geen declaraties bekend óf bijvoorbeeld alleen voor huishoudelijke hulp), contact op met de cliënt om na te gaan of de situatie thuis verantwoord is. Het zorgkantoor vraagt ook na of er mogelijk onterecht een beroep wordt gedaan op zorg uit een ander domein<sup>150</sup>. Dit gebeurt uiterlijk 2 weken na de ingangsdatum van de leveringsstatus Niet-actief wachtend of Niet wachtend. Het zorgkantoor bemiddelt de cliënt naar noodzakelijke Wlz-zorg en neemt contact op met de voorkeuraanbieder over invulling van zijn rol;
- neemt in de situatie dat de cliënt Actief wachtend is en wel zorg ontvangt contact op met de cliënt om na te gaan of de situatie thuis nog verantwoord is en zet zo nodig wachtlijstbemiddeling in. Dit gebeurt uiterlijk 11 weken nadat de cliënt de status Actief wachtend heeft gekregen;
- maakt met de cliënt afspraken over zorgbemiddeling of de wijze en frequentie waarop vervolcontact plaatsvindt. Hierbij wordt rekening gehouden met de wens van zelfregie door de cliënt (de cliënt neemt zelf contact op met het zorgkantoor als dit nodig is) en de wijze waarop de coördinator zorg thuis en de dossierhouder hun rol naar de cliënt invullen (ervaring cliënt). Het zorgkantoor spreekt de zorgaanbieder(s) zo nodig aan op de wijze waarop de rol van coördinator zorg thuis of dossierhouder wordt ingevuld;
- neemt periodiek contact op met een cliënt in de situatie dat er een leveringsstatus Niet wachtend is voor verblijfszorg of de cliënt geen opnamewens heeft en een zorgarrangement thuis ontvangt. Doel van dit periodiek contact is om te volgen of de thuissituatie nog verantwoord is, de cliënt tevreden is met de (hoeveelheid) zorg die hij krijgt en of de leveringsstatus nog aansluit bij de wens en zorgvraag van de cliënt. Ook deze cliëntsituaties kunnen zich ontwikkelen naar een wens of behoefte voor verblijfszorg, waar tijdig op gereageerd moet worden. De frequentie van het contact kan afhankelijk zijn van de doelgroep of het zorgprofiel;
- is verantwoordelijk voor behandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van het zorgkantoor;
- kan de cliënt begeleiden bij het opstellen, evalueren en bijstellen van een zorgplan of persoonlijk plan. Dit geldt ook voor zorgplanbesprekingen voor zowel zorg in natura als PGB;
- kan de cliënt begeleiden bij ontevredenheid of klachten over de geleverde zorg door zijn zorgaanbieder(s) en de wijze waarop de zorgaanbieder met gemaakte afspraken omgaat.

#### **Taken en verantwoordelijkheden onafhankelijke cliëntondersteuner**

De cliënt kan in de Wlz niet alleen begeleiding en bemiddeling van het zorgkantoor krijgen, maar mag daarvoor ook een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen. Een onafhankelijke cliëntondersteuner ondersteunt de cliënt bij het tot gelding brengen van zijn recht op zorg op een manier die past bij de persoonlijke voorkeuren van de cliënt en in samenhang met dienstverlening op andere gebieden (over domeinen heen). Ook kan de cliëntondersteuner naar andere vormen van hulp verwijzen of de cliënt helpen de Wlz-zorg op deze aspecten af te

<sup>150</sup> Het zorgkantoor informeert een cliënt hier ook al over als hij een indicatie voor Wlz-zorg krijgt en (schriftelijke) informatie van het zorgkantoor ontvangt over Wlz-zorg.

stemmen. Het gaat dan niet om de uitvoering van zaken die in een ander domein zijn geregeld, bijvoorbeeld hulp bij schulden of hulp bij het zoeken naar werk.

Cliëntondersteuning bestaat uit de volgende diensten voor de cliënt op gebied van zorg in natura en PGB:

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

#### **5.4 Wanneer stopt de rol van coördinator zorg thuis of dossierhouder?**

De rol van coördinator zorg thuis of dossierhouder stopt voor een aanbieder als:

- een cliënt geen Wlz-zorg in natura meer wil;
- een cliënt wijzigt van leveringsvorm, die door een andere aanbieder wordt geleverd;
- een cliënt definitief wordt overgeplaatst naar een andere aanbieder.

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

#### **5.5 Verandering van dossierhouder of coördinator zorg thuis**

Wijzigt de voorkeur van de cliënt voor een aanbieder of is de cliënt niet tevreden over zijn coördinator zorg thuis of dossierhouder? Dan kan de cliënt die altijd wijzigen en daarvoor een andere zorgaanbieder inschakelen. Specifiek voor de situatie dat een dossierhouder wijzigt en de overbruggingszorg ongewijzigd blijft, geldt dat onnodig berichtenverkeer moet worden voorkomen. Het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf wordt in deze situatie dan via een AW39-bericht overgedragen naar de nieuwe dossierhouder via het berichtenverkeer<sup>151</sup>. De al toegewezen leveringsvorm met overbruggingszorg wordt niet ingetrokken, maar wel informatief<sup>152</sup> opnieuw toegewezen aan desbetreffende zorgaanbieder(s). De nieuwe dossierhouder heeft wel de verplichting om contact op te nemen met de cliënt en te vragen of de bestaande overbruggingszorg naar wens is. Is dat niet het geval, dan is het de verantwoordelijkheid van de nieuwe dossierhouder om dit aan te passen.

<sup>151</sup> In een AAT kan ook altijd maar een leveringsvorm worden opgenomen

<sup>152</sup> Op een informatieve zorgtoewijzing hoeft niet gereageerd te worden met een MAZ of MUT.

# 6. Zorgweigerings en zorgbeëindiging

## 6.1 Inleiding

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

## 6.2 Zorgweigerings door zorgaanbieder

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

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

### Procedure bij zorgweigerings voor een individuele cliënt

- Bij een voorgenomen weigerings van zorg doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk melding aan de cliënt;
- Bij een voorgenomen weigerings van zorg doet de zorgaanbieder via VECOZO notitieverkeer een met redenen omkleed verzoek aan het zorgkantoor;
- Het schriftelijk verzoek aan het zorgkantoor wordt onderbouwd (met een dossier). De onderbouwing wordt, via het VECOZO notitieverkeer, als bijlage meegestuurd naar het zorgkantoor;

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

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

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

### **6.3 Zorgbeëindiging door zorgaanbieder**

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

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



- Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor de zorgverlener en/of mede-cliënten.
- Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk), aandringen of waarschuwen door de zorgaanbieder.

In de besluitvorming moeten de volgende afwegingen worden meegenomen:

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

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

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

# 7. Bijlage A: Begrippenlijst<sup>153</sup>

Aanvang Zorg	Aanvang zorg verwijst naar de (begin)datum waarop de toegewezen zorg is gestart. Dit wordt in het berichtenverkeer gecommuniceerd via het Melding Aanvang Zorg bericht (MAZ of AW35-bericht).
Aanvraag aangepaste Zorgtoewijzing (AAT)	Aanvraag van een zorgaanbieder (dossierhouder of coördinator zorg thuis) voor aanpassing op een eerder verzonden of ontvangen zorgtoewijzing. De AAT wordt verstuurd via het AW39-bericht (iWlz-berichtenverkeer).
Actief wachtend	De cliënt krijgt in iWlz de leveringsstatus (wachlijststatus) Actief wachtend als geïndiceerde en/of toegewezen zorg dringend (urgent) moet starten omdat zorg thuis niet meer verantwoord (of doelmatig) is. De cliënt wil deze zorg ontvangen, maar kan deze nog niet krijgen. Ofwel de cliënt wacht buiten zijn wil om op de gewenste zorg. De zorgbehoefte is zo urgent dat de zorg eventueel ook (tijdelijk) geboden moet worden door een andere aanbieder dan zijn voorkeuraanbieder.
Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	ADL zijn dagelijks terugkerende handelingen die mensen in het gewone leven verrichten. Voorbeelden zijn: in en uit bed komen, aan- en uitkleden, lichamelijke hygiëne (zich wassen, tanden poetsen, haren kammen, nagels knippen), in een stoel gaan zitten en weer opstaan, eten, drinken, medicijnen innemen, bewegen, lopen, praten, horen, naar het toilet gaan, ontspannen, sociale contacten, zinvolle activiteiten ondernemen (zoals sport en hobby's), seks, verplaatsen (zoals autorijden of fietsen) en lichaamswarmte regelen (verwarming hoger of lager kunnen zetten, verkleden).
Administratieve zorgtoewijzing	Soort zorgtoewijzing waarmee wordt aangegeven dat de zorgaanbieder een intramurale plaats vrij mag houden voor terugkeer van de cliënt. De cliënt moet in deze situatie tijdelijk verhuizen naar een andere (zwaardere) intramurale voorziening voor bijvoorbeeld behandeling of herstel. Bij een administratieve zorgtoewijzing komt de toegewezen zorg overeen met de toegewezen zorg uit de voorgaande (aansluitende) periode.

<sup>153</sup> Bronnen: Informatiemodel iStandaarden Zorginstituut Nederland, Overeenkomst Wlz, Deel III: Algemeen deel, NZa beleidsregels, Regeling langdurige zorg (Rlz)

Basisbudget (100%, doelmatige zorg)	Het basisbudget is een financieel bedrag dat hoort bij een bepaald zorgprofiel. Met dit budget kan (overbruggings)zorg thuis worden geregeld. Dit budget komt overeen met het PGB-budget voor een bepaald zorgprofiel. (PGB tarieven zijn afgeleid van de intramurale kosten.) Het basisbudget is altijd 100%. Het basisbudget bevat nooit behandeling omdat dit niet met PGB kan worden ingekocht. Extra budget bovenop het basisbudget is mogelijk als de cliënt bij opname in een instelling ook is aangewezen op deze zorg of behandeling én deze toeslag (extra kosten thuis, meerzorg of ademhalingstoelage) niet gebonden is aan het verblijf in een instelling. Het budget is dan gelijk aan het PGB budget voor een bepaald zorgprofiel, opgehoogd met de extra zorgkosten. Toeslagen voor kinderen die te maken hebben met het leveren van gebruikelijke zorg in een instelling (bij opname of dagprogramma), zijn uitgezonderd van vergoeding thuis.
Coördinator zorg thuis	De coördinator zorg thuis is de zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt die thuis woont. Deze aanbieder is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg die een thuiswonende cliënt nodig heeft en de communicatie daarover met de cliënt. Zijn er meerdere zorgaanbidders bij een cliënt betrokken, dan wordt in overleg met de cliënt afgesproken wie de coördinator zorg is. De coördinator zorg thuis levert zelf altijd (een deel van de) zorg thuis.
Crisiszorg	Crisiszorg is noodzakelijke zorg die een zorgaanbieder onmiddellijk moet leveren. In deze situaties is sprake van een acute verandering van de situatie (vaak permanent) waarbij een gevaarscriterium duidelijk aanwezig is. En een intramurale opname binnen 24 uur noodzakelijk is voor iemand die beroep doet op de ouderenzorg en binnen 48 uur voor iemand die beroep doet op de gehandicaptenzorg. Het protocol Crisiszorg is vanaf 2017 geïntegreerd in het Voorschrift.
Dagstructuur	Het kunnen structureren van de dag is belangrijk voor het welzijn van de cliënt en het goed functioneren in de thuissituatie. Dagstructuur zorgt voor houvast, duidelijkheid en overzicht. Daarvoor is regie-vermogen bij de cliënt belangrijk. Is dit niet het geval dan kan door het gebruik van dagbesteding de dag voor de verzekerde afdoende sturing en/of structuur krijgen.
Doelmatige zorg	Doelmatige zorg verwijst naar een optimale balans tussen kosten, volume en kwaliteit van zorg, die aansluit bij de zorgbehoefte en wensen van een cliënt (NZa).
Dossierhouder	De dossierhouder is de zorgaanbieder die het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt bij verblijfszorg of een VPT. Deze aanbieder is verantwoordelijk voor de coördinatie van de te leveren zorg en de communicatie daarover met de cliënt. Bij een opnamewens of VPT is de voorkeuraanbieder van de cliënt de dossierhouder. Bij zorg thuis wordt dit in overleg met de cliënt afgesproken. De dossierhouder kan ook coördinator zorg thuis zijn als hij zelf (een deel van de) thuiszorg levert bij een cliënt.
Eerstelijnsverblijf Zvw	Eerstelijns verblijf wordt vanaf 2017 betaald door de zorgverzekeraar en vergoed vanuit de basisverzekering. Het gaat dan om kortdurend verblijf, maximaal 3 maanden, dat noodzakelijk is in verband met medische zorg (geneeskundige zorg) zoals die door een huisarts wordt geboden. Eerstelijns verblijf is gericht op mogelijk herstel en op terugkeer naar de eigen woonomgeving. (En is dus zeker niet bedoeld voor crisiszorg of geriatrische revalidatiezorg of als zorghotel.) De zorg die nodig is kan dan niet altijd thuis geleverd worden omdat bijvoorbeeld

	24-uurs toezicht of zorg (onplanbare momenten) in nabijheid nodig is, al dan niet met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Het kan bijvoorbeeld ook nodig zijn een cliënt tijdelijk op te nemen voor een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie of specialistische diagnostiek. Eerstelijns verblijf kan ook ingezet worden voor palliatief terminale zorg (PTZ) als de cliënt niet zonder toezicht thuis kan zijn als de (professionele) zorgverlener er niet is.
Ervaren gevoel van veiligheid	Een cliënt voelt zich veilig als hij weet, erop kan vertrouwen, dat er hulp komt als hij dit nodig heeft. De beleving van veiligheid wordt positief beïnvloed door: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ alarmeringsmogelijkheden (binnen handbereik) en/of</li> <li>○ korte responstijd van mantelzorg of (professionele) zorgverleners en/of</li> <li>○ het gebruik kunnen maken van zorg op onplanbare momenten.</li> </ul>
Einde zorg	Cliënt ontvangt de toegewezen zorg niet (meer) en de zorgtoewijzing is afgesloten. Dit wordt in het berichtenverkeer gecommuniceerd via het Melding Einde Zorg bericht (MEZ). De MEZ is een mutatie en wordt doorgegeven via het AW39-bericht.
Extra Kosten Thuis	De regeling Extra kosten thuis maakt het vanaf 1 juli 2018 mogelijk om voor iedereen die Wlz-zorg thuis krijgt, maximaal 25% extra budget in te zetten om zorg in de thuissituatie te organiseren. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis dan verantwoord geleverd kan worden. Het extra budget (bovenop het basisbudget) kan bijvoorbeeld besteed worden aan persoonlijke verzorging, verpleging, individuele/persoonlijke begeleiding, begeleiding in groepsverband, behandeling en/of huishoudelijke hulp. Voor de overige doelgroepen uit deze regeling (d t/m f) zoals bijvoorbeeld PTZ geldt de beperking van maximaal 25% extra budget niet.
Extramurale zorg	Wlz-zorg die aan thuiswonende cliënten wordt geleverd. Extramuraal zorg omvat ook deelname aan dagbesteding of (dag)behandeling in een instelling.
Fysieke veiligheid	Fysieke veiligheid ontstaat door een veilige leefomgeving. Gevaar voor incidenten voor de cliënt, mantelzorgers of zorgprofessionals kan worden beperkt door de woonomgeving fysiek anders in te richten. Aanpassingen zijn relatief eenvoudig te realiseren door: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ voorwerpen/obstakels te verwijderen die een gevaar vormen (bijvoorbeeld valgevaar als gevolg van drempels of tapijt) zodat veilig verplaatsten binnen en/of om de woning geborgd is. En/of</li> <li>○ leefruimten aan te passen om mogelijke gevaren te beperken (aanpassingen in een badkamer om veilige ADL-zorg te kunnen leveren, gelijkvloerse ruimte, traplift etc.). En/of</li> <li>○ aanwezigheid van zorg ondersteunende hulpmiddelen zoals tillift, hoog-laagbed, aangepast toilet etc.</li> </ul>
Gebruikelijke zorg	Gebruikelijke zorg gaat over zorg en activiteiten die partners, ouders, volwassen kinderen en/of andere volwassen huisgenoten voor elkaar, naar algemeen aanvaardbare maatstaven, behoren te doen.

Hiermee wordt expliciet tot uitdrukking gebracht dat daar waar een gezamenlijk huishouden wordt gevoerd en iemand onderdeel uitmaakt van deze leefeenheid, iemand op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft voor het functioneren van het huishouden. Hiervoor is in principe geen vergoeding van de kosten voor die (huishoudelijke-) activiteiten mogelijk. Het hangt van de sociale relatie af welke zorg/activiteiten mensen voor elkaar behoren te doen. Hoe intiemer de relatie, hoe meer mensen voor elkaar horen te doen (gebruikelijke zorg). Voor de zorg van ouderen en kinderen, zie bijlage G. Bij volwassenen onderling geldt dat daar waar men bij het normale maatschappelijke verkeer binnen de persoonlijke levenssfeer zaken samendoet, zoals het bezoeken van familie/vrienden, het meegaan naar de huisarts enzovoort, die wordt gezien als gebruikelijke zorg van huisgenoten onderling.

Wanneer maakt iemand onderdeel uit van een leefeenheid?

- onder een leefeenheid wordt verstaan: alle bewoners die een gemeenschappelijke woning bewonen met als doel een duurzaam huishouden te voeren. Zijn één of meer huisgenoten in staat huishoudelijk werk te verrichten dan komt men in principe niet in aanmerking voor hulp bij het huishouden;
- het principe van gebruikelijke zorg heeft een verplichtend karakter. Er wordt geen onderscheid gemaakt op basis van sekse, religie, cultuur, gezinssamenstelling, wijze van inkomensverwerking, drukke werkzaamheden, lange werktijden of persoonlijke opvattingen over het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden;
- als uit (medisch) onderzoek blijkt dat een huisgenoot aantoonbare beperkingen heeft op grond van een aandoening, beperking, handicap of probleem waardoor redelijkerwijs de taken niet overgenomen kunnen worden is gebruikelijke zorg niet van toepassing.

Wanneer maakt iemand geen onderdeel uit van een leefeenheid:

- als iemand een kamer verhuurt aan derden, dan wordt de huurder niet tot de leefeenheid gerekend. Van de huurder wordt dan verwacht dat hij de gehuurde ruimte(n) schoon houdt en evenredige bijdraagt aan het schoonhouden van gezamenlijke ruimten. Zijn er tussen de verhuurder en huurder afspraken gemaakt over het schoonhouden van de gehuurde woonruimte, dan kan de verantwoordelijkheid voor deze afspraken (mogelijk tegen betaling) niet afgewenteld worden op de Wlz als de verhuurder niet meer in staat is deze afspraken zelf na te komen;
- als iemand in een geclusterde woonvorm woont, dan woont iemand met meerdere mensen in één huis zonder hiermee een leefeenheid te vormen. Ofwel er is dan geen sprake van een duurzaam huishouden met de huisgenoten. In deze situaties heeft iemand in ieder geval wel een eigen woon/slaapkamer en de overige ruimten worden in meer of mindere mate gemeenschappelijk gebruikt. In de berekening van de omvang van de Huishoudelijke hulp wordt het schoonmaken van de eigen woonruimte(n) en slechts een evenredig deel van de gemeenschappelijke woonruimte meegerekend;
- Als iemand in een leef- of woongemeenschap woont. Dan woont iemand met meerdere mensen in één gebouw én vormt hiermee wel een leefeenheid. Er is dan wel sprake van een duurzaam huishouden met de huisgenoten omdat er sprake is van een of meer

	<p>bindende factoren zoals een religieuze of spirituele inhoud. Een voorbeeld hiervan zijn kloostergemeenschappen. In een dergelijke gemeenschap is sprake van een leefeenheid waarbij de taakverdeling zich niet leent voor overname. In die situaties kan iemand huishoudelijke hulp bij het schoonmaken van de eigen kamer krijgen en een evenredig deel van de gemeenschappelijke ruimten die vallen binnen het niveau van de sociale woningbouw. Bibliotheken, gebedsruimten etc. vallen hierbuiten en behoren dan tot de eigen verantwoordelijkheid van de gemeenschap.</p>
<p>Geclusterde woonvorm/ kleinschalig wonen (Blz, Artikel 3.1.4)</p>	<p>In een geclusterde woonvorm of kleinschalig wooninitiatief wonen mensen die langdurige zorg nodig hebben. Zij huren of kopen zelf woonruimte. Voor deze groep mensen wordt de zorg gezamenlijk geregeld door een of meerdere gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder(s). Of zij regelen samen de zorg, vaak met hulp van hun familie. De zorg wordt dan veelal zelf ingekocht met een persoonsgebonden budget (PGB), al dan niet aangevuld met zorg in natura (ZIN).</p> <p>Kleinschalig wonen (PGB) is een woonsituatie waarbij minimaal 3 en maximaal 26 bewoners (budgethouders) verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet basisregistratie personen. Of op verschillende woonadressen binnen een straal van honderd meter wonen, waar ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten. Het aantal budgethouders dat in de woonvorm moet verblijven om in aanmerking te komen voor een toeslag kleinschalig wonen PGB wordt over de domeinen heen geteld in plaats van alleen binnen de Wlz.</p>
<p>Gevaarscriterium</p>	<p>In de situatie van een gevaarscriterium is er sprake van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voortdurend, acute bedreiging van het leven. Iemand kan niet zelfstandig buiten een instelling wonen en heeft zorg nodig die alleen in een professionele zorginstelling mogelijk is. Zonder die zorg is er sprake van ernstig gevaar voor zichzelf, ernstige zelfverwaarlozing, een risico voor mensen in zijn omgeving of een risico voor de algemene veiligheid (spullen in zijn omgeving kapot maken). Het gedrag kan zó gevaarlijk zijn dat er wel moet worden ingegrepen. Ook als niemand dat eigenlijk wil. Bijvoorbeeld: brandgevaar als iemand het gas laat aanstaan of dat iemand rookt terwijl dat niet veilig kan, dwaalgedrag, wegliep gedrag, agressief gedrag naar mensen in zijn omgeving etc. In de situatie van gevaar door gedrag kan er sprake zijn van een verklaring BOPZ waarbij vrijheidsbeperking noodzakelijk is om het risico te verminderen (Het gevaarscriterium is niet van toepassing bij een In Bewaring Stelling in het kader van de BOPZ).</li> <li>○ Voortdurend, acute bedreiging van het leven. Iemand met zeer ernstig/zware lichamelijke beperkingen (bijvoorbeeld ernstige ademhalingsproblematiek) die is aangewezen op zorg met zeer korte responsetijd. Er is een medische noodzakelijkheid tot direct ingrijpen omdat anders een levensbedreigende situatie ontstaat. Feitelijk moet er iemand 24 uur per dag in de directe omgeving van de cliënt zijn. In deze situaties heeft de cliënt de volledig regie over het eigen leven en kan en wil deelnemen aan de samenleving. Als iemand niet in staat is om zelf te alarmeren dan wordt dit geborgd door medisch technologie.</li> </ul>

Gewaarborgde hulp (PGB)	De gewaarborgde hulp is een door de cliënt ingeschakelde hulp van een derde die de budgethouder (verplicht) ondersteunt bij het voldoen/nakomen van de aan het PGB verbonden verplichtingen. Dit kan de wettelijk vertegenwoordiger zijn maar ook iemand anders of een organisatie. Meer informatie over de gewaarborgde hulp is terug te vinden in de Regeling langdurige zorg, hoofdstuk 5 (onder andere artikel 5.6, 5.11).
Handelingsverlegenheid	Handelingsverlegenheid houdt in dat de professional niet handelt of weet te handelen ondanks dat er zorgen of signalen zijn over de betreffende cliënt. Handelingsverlegenheid ontstaat uit onvermogen om (nog) adequaat te handelen en komt voort uit aarzelingen bij de professional zelf.
Intramurale zorg	Zorg die een zorgaanbieder binnen de muren van een instelling verleent aan cliënten die minimaal 24 uur in die instelling verblijven.
Intramurale toeslag	Een intramurale toeslag is extra budget dat beschikbaar komt bovenop het bedrag voor het geïndiceerde of toegewezen zorgprofiel. Daarmee kan aan de cliënt meer zorg worden geleverd dan waar hij op grond van zijn geïndiceerde zorgprofiel recht op heeft. Om aanspraak te maken op een toeslag moet wel aan bepaalde voorwaarde(n) worden voldaan. De voorwaarden zijn afhankelijk van de toeslag en zijn terug te vinden in de NZa beleidsregels en het zorginkoopbeleid van zorgkantoren. Voorbeelden van intramurale toeslagen zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Invasieve beademing, Non-Invasieve beademing (ook mogelijk bij extramurale zorg)</li> <li>○ Huntington, Cerebrovasculair Accident (CVA), Multifunctioneel centrum, Observatie, Gespecialiseerde epilepsiezorg, Niet strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP) en Woonzorg gehandicaptenzorg (kind/jeugd/jong volwassen).</li> </ul>
iWlz	iWlz is een systematiek van elektronisch berichtenverkeer waarmee de cliënt in alle fasen van de zorgketen kan worden gevolgd. Van indicatie naar het toewijzen van zorg, wachtlijsten en vervolgens het leveren van zorg. En ook het vaststellen van de eigen bijdrage. Het elektronisch berichtenverkeer vindt plaats op basis van landelijk vastgestelde berichtenstandaarden.
In zorg	Cliënt ontvangt (een deel van) de toegewezen zorgeenheid (functie of zorgprofiel) en de omvang van de geleverde zorg volstaat. De zorgeenheid krijgt in iWlz dan de leveringsstatus In zorg.
Informele zorg (Vrijwilligerszorg)	Informele zorg is zorg die gegeven wordt op basis van vrijwillige inzet, waarbij er geen directe relatie is met degene voor wie men zorgt. Ze kennen de personen voor wie ze zich inzetten vooraf niet. Er is dus (nog) geen emotionele band. Vrijwilligers kiezen er bewust voor om een bijdrage te leveren. Dit in tegenstelling tot mantelzorg. Mensen die zich inzetten als vrijwilliger doen dat in georganiseerd verband. Zij verlenen hun zorg voor een beperkt aantal uren en kunnen hier op eigen initiatief mee stoppen. Ze tekenen bijvoorbeeld vaak een overeenkomst en hebben rechten en plichten. Zorgvrijwilligers verrichten nooit verpleegkundige handelingen.
Mantelzorg	Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende. Dit gebeurt door personen uit de directe omgeving van degene die hulp of zorg nodig heeft, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie

	<p>(Zorg Nabij, VWS 2001). Het verschil met informele zorg (vrijwillige inzet) is dat mantelzorgers een relatie hebben met degene voor wie ze zorgen: een emotionele betrokkenheid. Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor een persoon met een chronische ziekte, gehandicapte of hulpbehoevende persoon uit hun omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn, maar ook een ander familielid, vriend of kennis.</p> <p>Bij mantelzorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ gaat het om zorg waarop een cliënt wel aanspraak heeft;</li> <li>○ wordt de normale (gebruikelijke) zorg in zwaarte, duur en/of intensiteit aanmerkelijk overschreden;</li> <li>○ is sprake van zorg op basis van vrijwilligheid, dat wil zeggen dat de mantelzorger bereid en in staat is deze zorg te leveren;</li> <li>○ wordt niet bewust gekozen om te gaan zorgen. Mantelzorgers zorgen vaak vanuit vanzelfsprekendheid, gewoon omdat een naaste ziek wordt en ze het logisch vinden om zorg op zich te nemen. Het overkomt de mantelzorger, omdat ze een emotionele band hebben met degene die zorg nodig heeft. Mantelzorgers zorgen soms 24 uur per dag, kunnen hier niet zomaar mee stoppen en verrichten soms verpleegkundige handelingen.</li> </ul> <p>Vanaf 2017 wordt bij de indicatiestelling door het CIZ voor toegang tot de Wlz geen rekening gehouden met de mogelijkheden van de mantelzorg.</p>
Mantelzorg-netwerk (Sociaal netwerk)	<p>Mantelzorgers (sociaal netwerk) zorgen voor gevoel van veiligheid en structuur. Mensen met een klein sociaal netwerk en weinig of geen mantelzorgers lopen een groot/groter risico op verwaarlozing. Mantelzorgers zorgen vaak voor zaken als de was, boodschappen, maaltijden, begeleiding bij ziekenhuisbezoek, maken van afspraken, hulp bij financiën, ondernemen van activiteiten of afstemming met professionele zorgverleners. Woonondersteuning in de vorm van klusjesdiensten.</p>
Medische veiligheid	<p>Medische veiligheid ontstaat als de medisch vereiste zorg in de thuissituatie geborgd is. De cliënt is daarvoor ingeschreven in een huisartspraktijk. In geval van een calamiteit moet een (huis)arts binnen 10 minuten reageren en binnen 30 minuten ter plaatse zijn (criteria IGZ 2013).</p> <p>In de Wlz is, aanvullende op de huisartsenzorg, specifieke expertise van een SO, AVG-arts, medische specialist en of orthopedagoog geborgd beschikbaar/raadpleegbaar voor huisarts. Dit geldt ook voor eventueel noodzakelijke multidisciplinaire benadering.</p>
Meerzorg	<p>Meerzorg is bedoeld om extra zorg voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag te betalen. Er is sprake van een zeer intensieve zorgvraag als de totale zorg van een cliënt uitstijgt boven de zorg die de cliënt krijgt op basis van het geïndiceerde zorgprofiel (ZZP). De totale zorgbehoefte moet dan minimaal 25% hoger zijn dan de hoeveelheid zorg die gemiddeld is opgenomen in een zorgprofiel of als de behoefte aan zorg ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie. Meerzorg kan zowel thuis of in een instelling worden ingezet en is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Het protocol Meerzorg is vanaf 2017 geïntegreerd in het Voorschrift.</p>



Modulair Pakket Thuis (MPT)	Een MPT is een vorm van zorg thuis die van toepassing is als de cliënt thuis wil blijven wonen en bijvoorbeeld niet het volledige zorgaanbod nodig heeft die hij krijgt in een instelling of via een VPT. De zorg thuis wordt modulair opgebouwd (bijvoorbeeld Verpleging en/of Verzorging etc.). Een MPT is altijd een bewuste keuze van een cliënt en wordt toegewezen in een budget of budgetcomponenten. Dit geldt ook voor het PGB. Naast een volledig MPT kan een zorg thuis ook verzilverd worden via een combinatie van MPT/PGB (of een volledig PGB).
Mutatie	Met een mutatie wordt door een zorgaanbieder een wijziging in een zorgsituatie of zorglevering doorgegeven aan het zorgkantoor. De zorgaanbieder stuurt een mutatie via het AW39-bericht door naar het zorgkantoor (iWlz berichtenverkeer).
Niet wachtend	Cliënt wil de geïndiceerde zorg nu nog niet ontvangen. Vóór iWlz 2.0 was de naam voor deze leveringsstatus Slappend wachtend.
Overbruggingszorg	Overbruggingszorg is zorg die bij een cliënt met opnamewens tijdelijk wordt ingezet om de wachtperiode tot opname op een passende plaats in een instelling op verantwoorde wijze te overbruggen. Het gaat hier om inzet van zorg thuis of tijdelijk verblijf in een instelling. Die zorg wordt toegewezen met soort zorgtoewijzing Overbrugging. In de situatie dat een cliënt tijdelijk verblijft bij een andere aanbieder, levert deze aanbieder het geïndiceerde (en toegewezen) zorgprofiel. Zodra dit mogelijk (en nog gewenst) is, wordt de cliënt opgenomen bij zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder.
Overgangsrecht laag zorgprofiel	Voor cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel (zie bijlage E) is in de Wlz een overgangsrecht van toepassing. Of iemand in het overgangsrecht valt hangt af van het geïndiceerde (lage) zorgprofiel die bij de transitie van de AWBZ naar de Wlz is overgegaan naar een ander domein. En van de woonsituatie van de cliënt op dat moment en de wijze waarop hij zijn zorg kreeg.
Passende zorg	Zorg die aansluit bij de urgentie van de cliëntsituatie, die past binnen de indicatie van een cliënt en bij zijn wensen en zorgbehoefte.
Persoonlijk assistentie-budget	Een persoonlijk assistentiebudget is alleen mogelijk via PGB. Wanneer iemand in aanmerking komt voor een persoonlijk assistentiebudget staat beschreven in de Regeling langdurige zorg (Rlz) Artikel 5.15a: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In geval de cliënt geïndiceerd is voor het zorgprofiel LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging dan wel voor het zorgzwaartepakket Z(Z)P LG 5, ZZP LG 6, Z(Z)P LG 7, Z(Z)P VV 7 of Z(Z)P VV 8 kan het zorgkantoor, op aanvraag van de cliënt, zijn persoonsgebonden budget ophogen als de cliënt: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) vanuit een medische noodzaak is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid van verzekerde in levensbedreigende situaties te waarborgen,</li> <li>b) 18 jaar of ouder is,</li> </ol> </li> </ol>

	<p>c) geen cognitieve beperkingen heeft, en</p> <p>d) op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de taken als omschreven in artikel 3.3.3, vierde lid, onderdeel b en c, van de wet kan uitvoeren.</p> <p>2. De aanvraag van de cliënt bij het zorgkantoor gaat vergezeld van een oordeel van een behandelend arts over de medische noodzaak als beschreven in het eerste lid, onderdeel a, en wordt slechts ingewilligd nadat het zorgkantoor de cliënt in persoon heeft gezien en mede op grond daarvan tot de overtuiging is gekomen dat de cliënt voldoet aan de voorwaarden, onder lid 1.</p> <p>De hoogte van het bedrag waarmee het budget maximaal kan worden opgehoogd staat beschreven in de regeling PGB. Omdat deze jaarlijks kan worden aangepast is deze informatie hier niet opgenomen. (Bij het ophogen van het budget wordt ook rekening gehouden met de mogelijkheden van de partner of mantelzorg.)</p>
Persoonlijk plan	De cliënt heeft de mogelijkheid om de zorgaanbieder en/of het zorgkantoor een persoonlijk plan te overhandigen waarin zijn idee over de gewenste samenstelling van de zorg wordt geschetst. Deze informatie moet door de zorgaanbieder worden betrokken bij de zorgplanbespreking. Het zorgkantoor moet deze informatie meewegen bij zijn beslissing of de zorg thuis verantwoord en doelmatig kan worden georganiseerd.
Professionele zorg	Een zorgprofessional heeft de taak en de verantwoordelijkheid om mensen passende (medische) zorg en ondersteuning te verlenen volgend de voor de beroepsgroep geldend standaarden. Een zorgprofessional is verantwoordelijk voor het maken van duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, taken, dossiervorming (zorgplan), zorgcoördinatie en afstemming met andere betrokken zorgprofessionals rondom de (medische) zorgbehoefte van een cliënt.
Rechtmatige zorg	Rechtmatig houdt in dat het beschikbare geld besteed moet worden aan publieke (Wlz-)zorg.
Regelzorg	Heeft een cliënt zorg in een van de andere domeinen (Wmo, JW en/of Zvw) maar is de Wlz meer aangewezen (indicatie zorgprofiel), dan is er tijd nodig om passende zorg in de Wlz op te starten/te organiseren. Wanneer de nieuwe, intramurale zorg niet direct start en de overbruggingszorg of alternatieve zorg nog niet is toegewezen, is er sprake van een overgangperiode (regeltijd). Om continuïteit van de zorg te borgen is in deze korte overgangperiode sprake van regelzorg die nog betaald wordt vanuit het andere domein.
Reguliere zorg	Reguliere zorg is de leveringsvorm (het zorgarrangement) dat past bij de wens of zorgbehoefte van een cliënt. De zorg wordt geleverd door de voorkeuraanbieder van de cliënt.
Respijtzorg	Respijtzorg biedt mantelzorgers de mogelijkheid om hun zorgtaken tijdelijk aan een ander over te dragen zodat zij even op adem kunnen komen. Respijtzorg heeft tot doel te voorkomen dat de mantelzorg zich zwaar belast of overbelast voelt. Respijtzorg kan op verschillende manieren gefinancierd worden. Vanuit de Wmo, Wlz en/of zorgverzekeraar. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om opvang buitenshuis (dagopvang, vakantieopvang of logeren), iemand kan een dag(deel) bij de zorgvrager thuis komen als deze graag in zijn vertrouwde

	omgeving blijft en de mantelzorg(er) een (dag)deel weg wil (incidenteel of met regelmaat) of om een gezamenlijke vakantie van de mantelzorg(er) en de zorgvrager. Respijtzorg wordt uit de Wlz betaald als de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.
SGLVG zorgprofiel	Zorgprofiel wordt alleen geïndiceerd als er behandelperspectief is en een behandelprognose en een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is. (Kenmerken cliëntgroep: IQ tussen 50-85, leeftijd meestal tussen 18-55 jr., ernstig chronische beperkingen in sociale redzaamheid, leren/of gedragsproblemen, co morbiditeit van psychiatrische problemen en/of ontwikkelingsstoornissen en ernstige handelingsverlegenheid van omgeving vanwege problematiek)
Soort (zorg)toewijzing	De soort zorgtoewijzing kent vanaf iWlz 2.0 nog 3 waarden: Regulier, Overbrugging en Administratief. De soort zorgtoewijzing geeft aan dat een indicatie wordt verzilverd in een zorgarrangement. En of het ingezette zorgarrangement een tijdelijke oplossing is voor de geïndiceerde zorg (Overbrugging) of de gewenste (Regulier). De administratieve zorgtoewijzing vormt hierop een uitzondering omdat deze een relatie heeft met financiering van zorg.
Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis	Het toetsingskader Doelmatige en verantwoorde zorg thuis biedt zorgkantoren (en zorgaanbieders) een handvat voor het beoordelen of de zorg thuis doelmatig en verantwoord kan plaatsvinden. Vanaf 1 januari 2015 is dit een wettelijke taak van de zorgkantoren. Het toetsingskader is op 1 november 2015 ingevoerd en vanaf 2017 volledig geïntegreerd in het Voorschrift zorgtoewijzing. Bij Cliënten die vóór 1 november 2015 zorg thuis ontvingen, wordt rekening gehouden met de eerder toegewezen zorg en het daarbij passende budget. Bij een ongewijzigde zorgvraag blijft deze gelijk. Is er meer zorg nodig, dan wordt via het reguliere proces beoordeeld of een cliënt uit deze groep daarvoor in aanmerking komt.
Toekenningstabel PGB	De toekenningstabel PGB is een landelijk tabel die gebruikt kan worden ten behoeve van het regelen (toekennen) van een PGB. Deze tabel geldt niet voor ZIN. Met behulp van deze tabel kan een zorgprofiel worden vertaald naar een combinatie van "functies en klassen" met bijbehorend PGB.
Treeknorm	Een Treeknorm is een streefnorm voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor het leveren van niet spoedeisende zorg. In 2000 zijn deze streefnormen voor wachttijden in het zogeheten Treekoverleg voor de eerste keer afgesproken door zorgaanbieders en verzekeraars. Voor alle zorgvormen binnen de V&V en GZ waar een Wlz-zorgprofiel van toepassing is voor verblijf (met behandeling) geldt een treeknorm van 13 weken. Uitzondering hierop vormt verblijf met behandeling in de sector V&V. Daarvoor geldt een treeknorm van 6 weken. Voor de GGZ geldt binnen de Wlz geen treeknorm. Deze cliënten hebben alleen aanspraak op Wlz zorg als zij al zijn opgenomen in een klinische behandelsetting (doorstroom vanuit de Zvw). Voor zorg thuis is de treeknorm 6 weken. (Op grond van het amendement Bergkamp en Van Weyenberg krijgt de treeknorm in de toekomst mogelijk een meer cliëntgerichte invulling. In plaats van een harde termijn van 6 of 13 weken, moet de best passende oplossing voor de cliëntsituatie op de voorgrond staan. Ook als daarvoor iets meer tijd nodig is.)

Verantwoorde zorg	<p>Verantwoorde zorg is zorg die de kwaliteit van leven voor een cliënt verbeterd. Verantwoorde zorg is ook doeltreffende zorg en doelmatige zorg die veilig en cliëntgericht geleverd wordt. Verantwoorde zorg is zorg die is afgestemd op de indicatie en de reële zorgbehoefte van een cliënt.</p> <p>Verantwoorde zorg is zorg van goed niveau: de zorg die een cliënt krijgt voldoet aan wettelijke vereisten, beroepscode, landelijk door beroepsgroepen geautoriseerde richtlijnen, professionele standaarden en handreikingen. Deze zijn gebaseerd op laatste inzichten (en zo mogelijk evidence based).</p>
VECOZO notitieverkeer	Het VECOZO notitieverkeer is bedoeld om op een beveiligde manier (in een beveiligde omgeving) informatie uit te wisselen over zorgvragen van cliënten. Het gaat om (privacy gevoelige) informatie die niet via iWlz kan worden doorgegeven. Deze informatie-uitwisseling vindt plaats tussen zorgkantoren en de zorgaanbieders.
Vertaaltabel	Zorgkantoren hanteren een uniforme vertaaltabel waarmee een geïndiceerd zorgprofiel kan worden vertaald (omgezet) naar een ander zorgprofiel. Dit gebeurt op basis van zorginhoudelijke en financiële afwegingen. De vertaaltabel kan worden toegepast als een cliënt voorkeur heeft voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel (dit wordt een instellingsvreemd zorgprofiel genoemd). Via de vertaaltabel kan het geïndiceerde zorgprofiel omgezet worden naar een instellingseigen zorgprofiel waarvoor de aanbieder wel is gecontracteerd.
Volledig Pakket Thuis (VPT)	Met het VPT kunnen verzekerden thuis vergelijkbare zorg krijgen als die in een instelling geboden wordt voor een bepaald zorgprofiel.
Voorkeuraanbieder	De zorgaanbieder waarvan de cliënt graag zijn zorg wil ontvangen en die door de cliënt is doorgegeven als zorgaanbieder van eerste voorkeur. De voorkeuraanbieder kan ieder moment gewijzigd worden door een cliënt.
Wachtstatus	De wachtstatus is een gegeven dat wordt gebruikt bij het samenstellen van de landelijke Wlz-wachtnijst. De wachtstatus wordt, aan de hand van de leveringsstatus in iWlz, bepaald per individuele cliënt. Dat gebeurt op het niveau van het indicatiebesluit. Een wachtstatus (of leveringsstatus) kan de volgende waarden hebben: Actief wachtend, Niet-actief wachtend, Niet wachtend, In zorg en Einde zorg. De cliënt is wachtend beschouwd als zijn wachtstatus Actief wachtend of Niet-actief wachtend is.
Niet-actief wachtend	Cliënt wil de geïndiceerde zorg alleen ontvangen van zijn voorkeuraanbieder. Voor iWlz 2.0 was de naam voor deze leveringsstatus: Wens wachtend.
Wettelijke vertegenwoordiging	Een wilsonbekwame cliënt heeft een (wettelijk) vertegenwoordiger die de beslissingen neemt op het gebied waarvoor de cliënt wilsonbekwaam is. Vindt de arts dat een cliënt wilsonbekwaam is, dan moet hij dit aan de cliënt vertellen en in het dossier opnemen. Wil een arts een wilsonbekwame cliënt behandelen, dan moet hij toestemming vragen aan zijn wettelijk vertegenwoordiger.

	<p>Een wettelijk vertegenwoordiger is iemand die voor een cliënt mag optreden en beslissen. De vertegenwoordiger moet hierbij wel de cliënt zo veel mogelijk betrekken. Ook de arts moet de cliënt zo veel mogelijk blijven betrekken bij het nemen van beslissingen. Volgens de WGBO kunnen de volgende personen vertegenwoordiger zijn. De opsomming is in volgorde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curator/ mentor = benoemd door de rechter</li> <li>2. De schriftelijk gemachtigde = benoemd door de cliënt zelf (in een schriftelijke verklaring)</li> <li>3. De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt = niet benoemd, vrijwillig</li> <li>4. Een ouder/ kind/ broer/ zus = niet benoemd, vrijwillig</li> </ol> <p>Een vertegenwoordiger heeft in principe recht op informatie en inzage in het dossier, of een kopie van het dossier. De vertegenwoordiger krijgt alleen de informatie die nodig is om beslissingen te nemen.</p>
Wlz-indiceerbaren	<p>Wlz-indiceerbaren zijn cliënten die in de AWBZ op 31/12/2014 een indicatie hadden voor extramurale zorg, waarbij het Ministerie verwachtte dat de Wlz het meest aangewezen domein is. Deze cliënten zijn bij de transitie van de AWBZ naar de Wlz, op 1 januari 2015, niet uitgestroomd naar de andere domeinen. Dit ondanks een indicatie in functies en klassen (een indicatie voor een Wlz-zorgprofiel ontbrak op 1 januari 2015). In 2016 heeft voor deze cliënten een herindicatietraject plaats gevonden. Het CIZ heeft daarbij formeel vastgesteld of een cliënt vanaf 1 januari 2017 (of eerder) aanspraak houdt op de Wlz (indicatie voor een zorgprofiel) of alsnog uitstroomt naar een ander domein. Zie bijlage H.</p>
Zelfregie	<p>Er is sprake van adequate zelfregie als de verzekerde (aantoonbaar) in staat is op eigen kracht de door hem gekozen zorgaanbieders en mantelzorgers aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen. Dit gebeurt op zodanige wijze dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.</p>
Zelfzorg	<p>Zelfzorg is de mate waarin iemand in staat is voor zichzelf te zorgen. De mate waarin iemand nog zelf kan doen en kan beslissen om te voorzien in de eigen basisbehoeften.</p>
Zorgplan	<p>Het (digitale) zorgplan bevat de concrete invulling van de geïndiceerde zorg: welke zorg, in welke omvang, wanneer en onder welke condities door de zorgaanbieder wordt verleend aan een individuele cliënt (zorgarrangement). Het (digitale) zorgplan wordt in overleg met cliënt en de betrokken zorgaanbieder opgesteld en bijgesteld (geactualiseerd). Voorgestelde wijziging(en) op het (digitale) zorgplan worden vooraf besproken met de cliënt. Bij het verwerken van de voorgestelde wijzigingen in het (digitale) zorgplan houdt de zorgaanbieder zoveel mogelijk rekening met de wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van een cliënt. Gaat een cliënt niet akkoord met een voorgestelde wijziging? En is dit een weloverwogen beslissing van de cliënt? Dan wordt dit in het (digitale) zorgplan geregistreerd, samen met een korte toelichting die met de cliënt is afgestemd. Wil een zorgaanbieder een weloverwogen wens van een cliënt niet volgen? Dan legt de zorgaanbieder dit gemotiveerd vast in het (digitale) zorgplan. De dossierhouder of coördinator zorg thuis is (eind)verantwoordelijk voor het bewaken en evalueren van de samenhang in de geleverde zorg voor een cliënt en registreert dit in zijn</p>

	(digitale) zorgplan. Andere namen voor het zorgplan zijn bijvoorbeeld individueel begeleidingsplan, zorgleefplan, behandelplan of ondersteuningsplan.
Zorgplicht zorgkantoren	Het zorgkantoor moet alles doen om het recht op zorg dat een cliënt heeft op grond van de Wlz te realiseren. Het zorgkantoor heeft een informatieplicht en zorgplicht (NZa, Toezichtkader zorgplicht Wlz).
Zorgprofiel (ZP)	In de Wet langdurige zorg staat dat indicaties voor de langdurige zorg worden ingevuld via zorgprofielen. In de Wlz bestaan verschillende soorten zorgprofielen voor de verschillende sectoren. In een zorgprofiel staat de aard, inhoud en globale omvang van de zorg. De inhoud van zorgprofielen is niet gedetailleerd beschreven en biedt daardoor meer ruimte voor maatwerk. Ofwel: een zorgprofiel is een standaardbeschrijving voor een vastgestelde cliëntgroep met een indicatiebesluit voor Wlz-zorg. In de beschrijving van het zorg/cliëntprofiel staat een globale omschrijving van het benodigde pakket aan zorg, de omgeving waarin de zorg geleverd wordt en de leveringsvoorwaarde. In de zorgzwaartebekostiging worden zorgprofielen gebruikt om te bepalen hoeveel geld een (intramurale) instelling voor een cliënt krijgt. De indicatiestelling voor zorgprofielen wordt uitgevoerd door het CIZ.
Zorgtoewijzing	Zorgtoewijzing volgt na indicatiestelling en wordt voor Wlz-zorg uitgevoerd door zorgkantoren. Via zorgtoewijzing kan de zorgaanbieder in overleg met de cliënt uitvoering geven aan de geïndiceerde zorg. Hieronder valt het regelen van een best passend zorgarrangement voor een cliënt, maar ook het regelen van een tijdelijk zorgarrangement om een wachtperiode voor verblijfszorg te overbruggen.

# 8. Bijlage B: Belangrijke informatie en websites

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

# 9. Bijlage C: Leveringsstatus

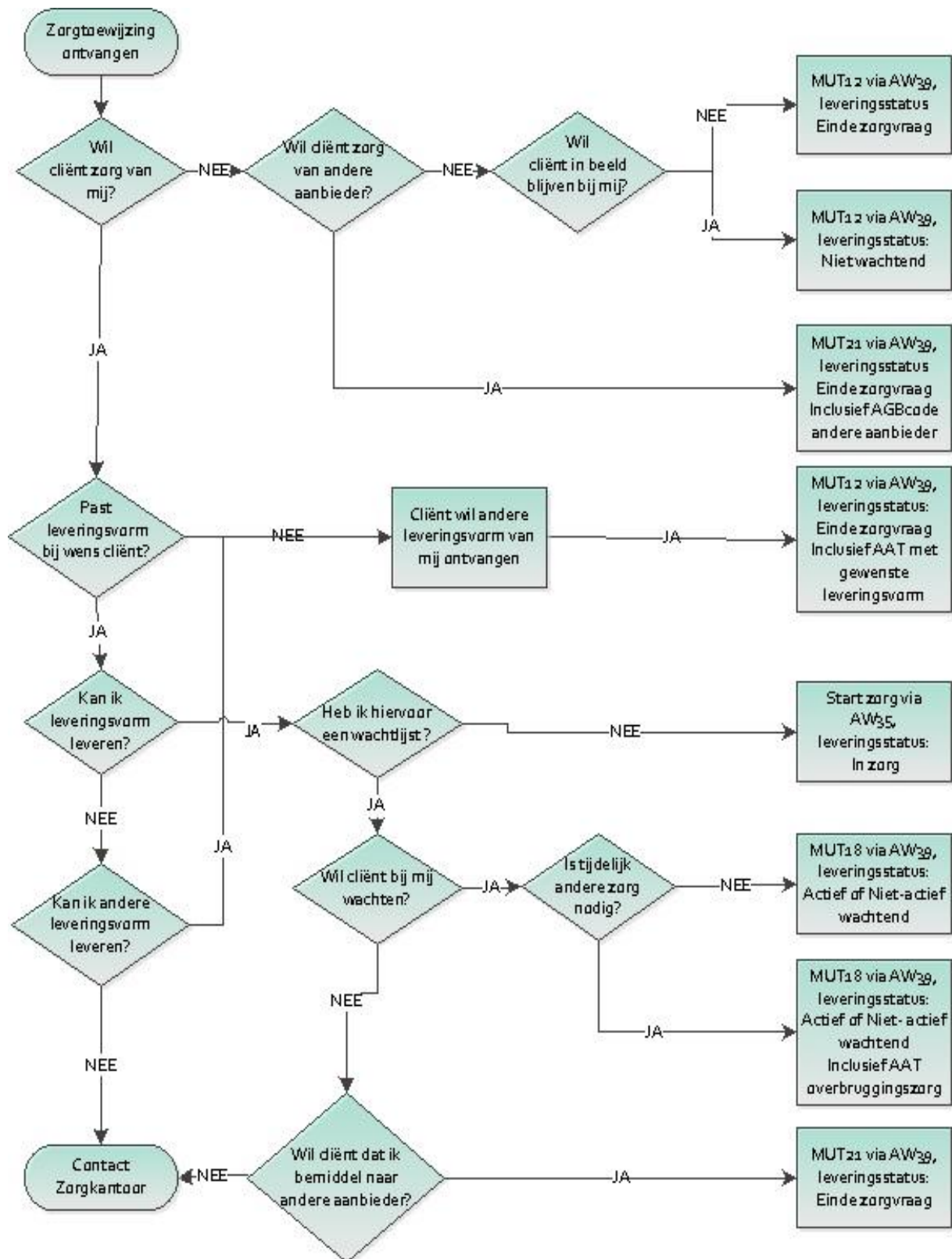
Mutatie aanleveren (AW39-bericht)	Leveringsstatus Leveringsvorm Verblijf in mutatie (AW39-bericht)	Beschrijving	Actie dossierhouder
MUT18 Zorgaanbieder kan zorg nog niet leveren	Actief wachtend	Cliënt heeft een dringende zorgbehoefte en moet zo snel mogelijk zorg krijgen of worden opgenomen, maar er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



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

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

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



# 10. Bijlage D: Vertaaltabel

Voor het omzetten van een instellingsvreemd<sup>154</sup> zorgprofiel naar een instellingseigen zorgprofiel gelden uniforme uitgangspunten. Op basis van deze uitgangspunten is een vertaaltabel opgesteld, die als digitale bijlage bij dit Voorschrift wordt gepubliceerd. Is een omzetting toegestaan binnen de tabel, vraag dit zorgprofiel dan direct aan via een AAT. Komt de omzetting niet voor in de tabel? Neem dan contact op met het zorgkantoor. Op grond van inhoudelijke motivatie van de instelling beoordeelt het zorgkantoor of omzetting mogelijk is.

Uitgangspunten:

1. Verblijfszorg en zorg thuis in de vorm van een VPT kan geleverd (en gedeclareerd worden) als voor deze zorgprofielen productieafspraken zijn gemaakt met een instelling. Dat staat los van de mogelijkheden binnen de vertaaltabel (die is daarop niet van invloed);
2. Zorg thuis in de vorm van een MPT kan geleverd (en gedeclareerd) worden als voor de zorgprestaties thuis productieafspraken zijn gemaakt met een instelling. Dit staat los van productieafspraken voor zorgprofielen (verblijfszorg en VPT). Een MPT kan dus worden geleverd op een zorgprofiel waarvoor geen productieafpraak is gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Een instellingsvreemd zorgprofiel hoeft daarvoor niet omgezet te worden naar een instellingseigen (gecontracteerd) zorgprofiel;
3. Heeft de cliënt voorkeur voor leveringsvorm Verblijf of VPT én voor een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is voor het geïndiceerde zorgprofiel? Dan kan deze zorgaanbieder in overleg met de cliënt bekijken of de gewenste zorg via een instellingseigen zorgprofiel kan worden ingezet. Is dat mogelijk dan wordt er een zorgtoewijzing aangevraagd voor dit instellingseigen zorgprofiel. Het leveren van verantwoorde zorg staat daarbij niet ter discussie;
4. Voor de beoordeling van deze aanvraag (omzetting) hanteren zorgkantoren uniforme richtlijnen. Omdat het om specifieke cliëntsituaties gaat, zijn deze richtlijnen nooit volledig. Maatwerk blijft nodig en mogelijk in overleg tussen zorgaanbieder en zorgkantoor;
5. Is omzetting mogelijk dan wijst het zorgkantoor het instellingseigen zorgprofiel toe met soort zorgtoewijzing Regulier of Overbrugging<sup>155</sup>;
6. Of een zorgprofiel kan worden omgezet, is afhankelijk van:
  - a) Het zorginhoudelijke karakter van het zorgprofiel. Niet elk zorgprofiel kan als vervangend pakket worden ingezet voor het oorspronkelijk geïndiceerde zorgprofiel;
  - b) Het kostenaspect: het vervangende zorgprofiel mag qua kosten in principe niet hoger uitkomen dan het geïndiceerde zorgprofiel;
  - c) Wet- en/of regelgeving die van toepassing is op het zorgprofiel.

---

<sup>154</sup> Voor een instellingsvreemd zorgprofiel geldt dat de instelling hiervoor geen productieafspraken heeft met het zorgkantoor.

<sup>155</sup> Soort zorgtoewijzing alternatief is vanaf iWlz2.0 vervallen.

7. Omzetting die niet is toegestaan<sup>156</sup>:
  - a) Van een zorgprofiel (anders dan zorgprofiel GGZB) naar een GGZB-zorgprofiel;
  - b) Van een zorgprofiel (anders dan zorgprofiel gVVB) naar een zorgprofiel gVVB;
  - c) Van een zorgprofiel (anders dan SGLVG, LVG of VG7) naar een SGLVG, LVG of VG7;
  - d) Van een zorgprofiel (anders dan ZGvis) naar een ZGvis;
  - e) Van een zorgprofiel (anders dan ZGaud) naar een ZGaud
8. Omzetting die onder voorwaarden (en in overleg) is toegestaan. De omzettingen worden altijd handmatig beoordeeld door het zorgkantoor:
  - a) (SG)LVG, zie paragraaf 3.2 en 4.2. Alleen tijdelijk tot definitieve oplossing;
  - b) Omzetting van een VG7 zorgprofiel naar een ander instellingseigen VG-zorgprofiel mag maximaal 6 maanden met de mogelijkheid dit eenmalig te verlengen met een periode van 6 maanden. De zorg moet dan altijd geleverd worden door een VG zorgaanbieder die is toegelaten voor verblijfszorg met behandeling. Bij de omzetting mag de behandelcomponent niet worden meegerekend, tenzij daarover met het zorgkantoor andere afspraken zijn gemaakt. Het zorgkantoor beoordeelt deze omzettingen altijd handmatig;
  - c) Omzetting van een GGZB naar een lager GGZB zorgprofiel kan maximaal voor de duur van 3 jaar en op voorwaarde dat de cliënt nog in een GGZ-behandelinstelling is opgenomen. Een GGZB zorgprofiel kan niet naar een VV of GZ zorgprofiel worden omgezet. Aanvraag van een nieuwe indicatie is dan aangewezen.
  - d) Omzetting van een hoog zorgprofiel naar een zorgprofiel die valt onder de categorie lage zorgprofielen: 1VV, 2VV, 3VV, 1VG, 2VG of 1 LG. (Of 3 LG, 1 ZGvis of 1 ZGaud als het indicatiebesluit is afgegeven voor 31 december 2014).
9. Omzetting die is toegestaan, rekening houdend met voorliggende punten:
  - a) tussen zorgprofielen VV-SOM, VV-PG, VG of LG;
  - b) als een cliënt met zorgprofiel gVVB klaar is met revalidatie en in een verblijfsinstelling woont. Het zorgprofiel gVVB kan dan eerder worden omgezet naar het geïndiceerde vervolg zorgprofiel (al opgenomen in hetzelfde indicatiebesluit) of naar het eerdere geïndiceerde zorgprofiel (voorafgaand aan de indicatie gVVB);
  - c) Een zorgprofiel-AUD of zorgprofiel-VIS kan onderling worden uitgewisseld. In principe kunnen deze niet worden vertaald naar een ander zorgprofiel. Voor deze situaties wordt dan een nieuwe indicatie aangevraagd bij het CIZ.

<sup>156</sup> Vanaf 2018 wordt zorgprofiel VV10 niet meer geïndiceerd (en ook niet meer door het zorgkantoor toegewezen voor nieuwe cliëntsituaties). In de situatie dat een geïndiceerd VV10 niet meer van toepassing is, wordt een nieuw indicatiebesluit bij het CIZ aangevraagd.

# 11. Bijlage E:

## Overgangsrecht voor cliënten met een laag zorgprofiel

Bij invoering van de Wlz heeft VWS cliëntengroepen aangewezen waarop een overgangsrecht van toepassing is. Dat geldt voor cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel en de Wlz-indiceerbaren (zie bijlage F). In principe geeft het CIZ geen indicatiebesluit meer af voor deze lage zorgprofielen<sup>157</sup>.

Wat houdt het overgangsrecht voor cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel in? Groepen cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel moesten in 2015 kiezen vanuit welk domein zij zorg wilden ontvangen (zie paragraaf 11.1). Bepalend daarvoor was de plaats waar een cliënt op dat moment verbleef, waar hij zijn zorg wilde krijgen en de leveringsvorm van zorg. Een groot deel van de cliënten die thuis wilden blijven wonen is daardoor uitgestroomd naar andere domein(en). Belangrijk is dat deze cliënten in de toekomst altijd het recht houden om terug te keren naar de Wlz. Deze terugkeergarantie geldt dan alleen voor opname in een zorginstelling. Dat kan op basis van het oorspronkelijke, nog geldige indicatiebesluit voor het lage zorgprofiel. Er is hiervoor dus geen nieuwe indicatie van het CIZ nodig, tenzij er sprake is van een structureel gewijzigde (zwaardere) zorgvraag.

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

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

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

Die ontvingen:

---

<sup>157</sup> Het CIZ indiceert in uitzonderingssituaties nog een laag zorgprofiel voor iemand die bij een herindicatie niet (meer) aan de Wlz-toegangscriteria voldoet, maar waarbij het CIZ geen zicht heeft op de wijze waarop een cliënt zijn zorg verzilverd. Ook voor deze cliënten geldt dat de indicatie niet via zorg thuis mag worden verzilverd.

- op 31 december 2014 een zorgarrangement thuis in functies/klassen en woonden niet in een kleinschalig wooninitiatief PGB of;
- op 31 december 2014 nog geen zorg vanuit de AWBZ of;
- op of na 1 januari 2015 voor het eerst zorg thuis via een VPT of MPT. Bijvoorbeeld na ontslag uit een instelling of bij vertrek uit een kleinschalig wooninitiatief PGB.

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

- VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (ouder dan 18 jaar) die op 31 december 2014 waren opgenomen in een instelling of
- VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (ouder dan 18 jaar) die op 31 december 2014 zorg thuis kregen via een VPT of
- VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (ouder dan 18 jaar) die in een kleinschalig wooninitiatief woonden dat gefinancierd werd met PGB (juridisch is dit gelijk aan gesteld aan opname in een instelling). Het kleinschalig wooninitiatief voldoet daarbij aan de eisen van de Wlz of
- een laag zorgprofiel LG (LG1 of LG3), die door het CIZ voor het eerst is geïndiceerd op of na 1 januari 2015 en een onbepaalde geldigheidsduur heeft voor de Wlz of
- een laag zorgprofiel ZG (ZGaud1 of ZGvis1) die door het CIZ voor het eerst geïndiceerd op of na 1 januari 2015 en een onbepaalde geldigheidsduur heeft voor de Wlz;
- deze cliënten met een laag zorgprofiel LG of ZG zijn daarom op 1 januari 2016 in principe niet uitgestroomd. Het indicatiebesluit mag verzilverd worden in alle leveringsvormen die de Wlz kent.

## 11.2 Welke keuzemogelijkheden zijn er in het overgangsrecht?

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

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



# 12. Bijlage F:

## Overgangsrecht voor Wlz-indiceerbaren

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

Wlz-indiceerbaren hadden bij de transitie van de AWBZ naar de Wlz nog een indicatie in functies en klassen (en géén zorgprofiel). Daarom kwamen zij vanaf 2015 niet vanzelfsprekend in aanmerking voor Wlz-zorg, ondanks een intensieve zorgvraag. Bijvoorbeeld kinderen met meervoudig complexe beperkingen, mensen met een verstandelijke beperking en minimaal 8 dagdelen dagbehandeling of 18 dagdelen zorg per week (inclusief logeeropvang), mensen met een lichamelijke beperking en meer dan 25 uur individuele zorg per week of verpleegkundig toezicht (thuisbeademing). VWS heeft voor deze groep een overgangsregeling opgesteld waardoor de zorg toch betaald kon worden vanuit de Wlz. Iedereen die hiervoor in aanmerking wilde komen heeft zich gemeld bij het CIZ voor een herindicatie.

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

In 2016 en 2017 heeft het CIZ opnieuw beoordeeld of er sprake was van een Wlz-recht<sup>158</sup>, zo ja dan werd een indicatie voor een zorgprofiel afgegeven die:

- op expliciet verzoek van de cliënt een ingangsdatum kreeg vóór januari 2017. In deze situaties is de vangnetregeling niet van toepassing en geldt het reguliere proces zoals beschreven in het voorschrift. Of
- een looptijd heeft van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2019. Voor deze situaties is wel beroep op de vangnetregeling mogelijk. Of
- inging vanaf de 18<sup>e</sup> verjaardag. Dat waren jongeren die een indicatie hadden voor het zorgprofiel VG3 en vóór 1 juli 2017, 18 jaar werden. Om onnodige, tijdelijke uitstroom naar de Jeugdwet te voorkomen liep dit herindicatietraject tot 1 juli 2017<sup>159</sup>.
- inging vanaf de 8<sup>e</sup> verjaardag. Dat waren kinderen die 8 jaar worden tussen 1 januari 2017 en 1 juli 2018. En die vóór hun 8e jaar geen toegang hebben tot de Wlz op grond van de gebruikelijke zorg die van ouders of verzorgers gevraagd wordt tot 8-jarige leeftijd van het kind. Ouders of verzorgers konden tot 1 juli 2017 bij het CIZ een aanvraag doen voor

<sup>158</sup> Werd er geen Wlz-recht vast gesteld dan is de indicatie in functies en klassen gehandhaafd tot 1 juli 2017 zodat voor die datum overgang naar het andere domein(en) geregeld kon worden.

<sup>159</sup> Jongeren die 18 jaar worden tussen 1 juli 2017 en 1 juli 2018 én ook een indicatie voor een zorgprofiel VG3 hadden, moesten zich vóór 1 juli 2017 actief bij het CIZ melden als zij in aanmerking wilde komen voor Wlz-zorg. Stelt het CIZ een Wlz-recht vast dan gaat dit (met terugwerkende kracht) in per 1 juli 2017.

toegang tot de Wlz. Afhankelijk van het moment waarop het kind 8 jaar wordt, gaat het recht op de Wlz-zorg uiterlijk in per 1 juli 2017.

#### **Uitzonderingsgroep**

- iemand met een indicatie voor de functie ADL die in een ADL-cluster woont. Deze cliënten hebben dan gelijktijdig nog een indicatie voor andere Wlz-functies. Omdat deze groep in de Wlz niet goed is geborgd, geldt tot uiterlijk 1 januari 2020 een Wlz-overgangsrecht in functies en klassen. Bij verandering van zorgvraag indiceert het CIZ nog functies en klassen. Huishoudelijke hulp loopt voor deze groep via de gemeente.

#### **De vangnetregeling<sup>160</sup>**

- loopt van 1 januari 2017 tot 1 januari 2020 (maximaal 3 jaar);
- regelt dat de zorg die iemand had op basis van zijn indicatie in functies en klassen (zoals geldig op 31 december 2016) doorloopt na de ingangsdatum van het zorgprofiel. Omdat de indicatie in functies en klassen meer financiële ruimte kan geven voor het regelen van zorg dan het geïndiceerde zorgprofiel. Zorgkantoren hebben deze functies en klassen op 1 januari 2017 automatisch verlengd (hebben = houden). Tenzij de cliënt heeft aangegeven het geïndiceerde zorgprofiel te willen verzilveren. Vanaf april 2018 wordt het recht in functies en klassen omgezet in een reguliere zorgtoewijzing voor een MPT met een bijpassend budget (percentage) omdat functies en klassen dan vervallen;
- regelt vereenvoudigde toegang tot EKT of meerzorg als de zorgvraag toeneemt, en die niet past binnen het vangnet en het geïndiceerde zorgprofiel daarvoor ook onvoldoende ruimte biedt. De criteria die gelden voor toegang tot EKT of meerzorg zijn voor deze groep niet van toepassing. De inhoudelijke beoordeling van aanvragen voor EKT of meerzorg (Voorschrift zorgtoewijzing) blijft verder ongewijzigd.
- kiest iemand voor verzilvering van het geïndiceerde zorgprofiel? Dan kan hij er tot 1 januari 2020 voor kiezen om terug te vallen op het indicatiebesluit in functies en klassen, zoals bekend voor de ingangsdatum van het zorgprofiel. Vereenvoudigde toegang tot EKT of meerzorg kan daarvoor de reden zijn. Vanaf dat moment is de vangnetregeling ook weer van toepassing.

#### **Specifieke procesafspraken voor Wlz-indiceerbaren (anders dan beschreven bij MPT)**

- Is iemand jonger dan 18 jaar? Wordt er gebruik gemaakt van de vangnetregeling en wordt een (deel) van de zorg via PGB ingekocht? Dan mag het bedrag voor Huishoudelijke hulp niet aan het PGB worden toegevoegd als hij 18 jaar wordt, tenzij wordt aangetoond dat de gemeente Huishoudelijke hulp vergoedde op 31 december 2016;
- Wordt iemand 18 jaar en maakt hij gebruik van de vangnetregeling? Dan wordt niet standaard een bedrag voor Huishoudelijke hulp aan zijn PGB toegevoegd. Hebben is houden betekent in dit geval geen extra bedrag Huishoudelijke hulp bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar;
- Ontving iemand via de gemeente (op 31 december 2016) meer Huishoudelijke hulp dan betaald kan worden met het beschikbare bedrag in de Wlz? Dan kan het zorgkantoor extra

<sup>160</sup> Rlz, artikel 9.3, tweede lid en vierde lid beschrijft wanneer wel of geen vangnetregeling van toepassing

budget toekennen voor Huishoudelijke hulp als de cliënt dit kan aantonen. De cliënt moet daarvoor de beschikking van de gemeente bij het zorgkantoor overleggen.

# 13. Bijlage G:

## Gebruikelijke zorg

Dit hoofdstuk beschrijft wanneer iemand is aangewezen op Wlz-zorg, omdat de zorg meer is dan wat iemand vanuit de sociale omgeving van een verzekerde nog zou moeten bieden ('gebruikelijke zorg'<sup>161</sup>). Het CIZ weegt gebruikelijke zorg in de Wlz alleen mee als het gaat om dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers geacht worden te bieden. Al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

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

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

---

<sup>161</sup> Bron CIZ, beleidsregels indicatiestelling Wlz 2018. Toelichting op het begrip 'redelijkerwijs' in artikel 3.2.1 lid 1 Wlz en de memorie van toelichting bij de Wlz, hoofdstuk 2.2.1.

### **Uitgangspunten gebruikelijke zorg**

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

Dit betekent dat:

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

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

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

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

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

- als er intensief toezicht (maar geen actieve observatie) nodig is in verband met blijvende ernstige ontwikkelingsachterstand<sup>162</sup> in combinatie met (geobjectiveerde) ernstige gedragsproblemen, of
- als er een blijvende noodzaak is voor (volledige) overname van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in combinatie met blijvende beperkingen in de sociale redzaamheid en cognitief functioneren, of
- als er sprake is van een blijvend laag cognitief ontwikkelingsperspectief<sup>163</sup>, in combinatie met beperkingen op meerdere terreinen, zoals bewegen en verplaatsen, ADL of gedrag;
- heeft een kind (op jonge leeftijd) complexe, lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap en heeft hij 24 uur per dag nodig is of permanent toezicht vereist? Is er géén sprake van een (ernstige) verstandelijke beperking? Dan is de Zvw<sup>164</sup> voorliggend voor verpleging en verzorging (medisch aangrijpingspunt);
- heeft een kind complexe, lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap? Is er wel sprake van een (ernstig) verstandelijke beperking? En verschuift het aangrijpingspunt van medisch naar verstandelijke handicap (levenslang en levensbreed zorg nodig)? Dan kan het ClZ wel een indicatie voor de Wlz afgeven (in de praktijk vindt deze verschuiving rond de vijfde verjaardag plaats).

<sup>162</sup> Minimaal een matig verstandelijke beperking.

<sup>163</sup> Minimaal een matig verstandelijke beperking.

<sup>164</sup> Besluit langdurige zorg, artikel 3.1.5

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

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

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

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

Richtlijn<sup>165</sup> gebruikelijke zorg voor ouder(s) of verzorgers voor kinderen zonder beperkingen

Kinderen van 0 tot ongeveer 3 jaar

- Hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig.
- Hebben volledige overname van zelfzorg<sup>166</sup> nodig.
- Hebben voortdurend begeleiding en toezicht nodig.

Kinderen van 3 tot ongeveer 5 jaar

- Hebben overdag voortdurend begeleiding en toezicht nodig.
- Hebben overdag voortdurend overname van zelfzorg nodig.
- Hebben 's nachts soms nog begeleiding en overname van zelfzorg nodig.

Kinderen van 5 tot ongeveer 8 jaar

- Hebben overdag nog voortdurend begeleiding en aansturing nodig.
- Maar het toezicht kan op enige afstand plaatsvinden.
- Zijn in toenemende mate zelfstandig in zelfzorg en motoriek.
- Hebben overdag op geplande en soms ongeplande momenten hulp bij of enige overname van zelfzorg nodig.

Kinderen vanaf ongeveer 8 jaar

- Hebben geen 24 uur zorg per dag in de nabijheid meer nodig om ernstig nadeel te voorkomen.

---

<sup>165</sup> Er staat richtlijn omdat voor ieder kind een individuele beoordeling van de zorgbehoefte noodzakelijk is, omdat

<sup>166</sup> Zelfzorg is algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), persoonlijke verzorging, hygiëne en zo nodig verpleegkundige zorg.

# 14. Bijlage H: Regeling crisisopname

## 14.1 Algemene uitgangspunten

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor:

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

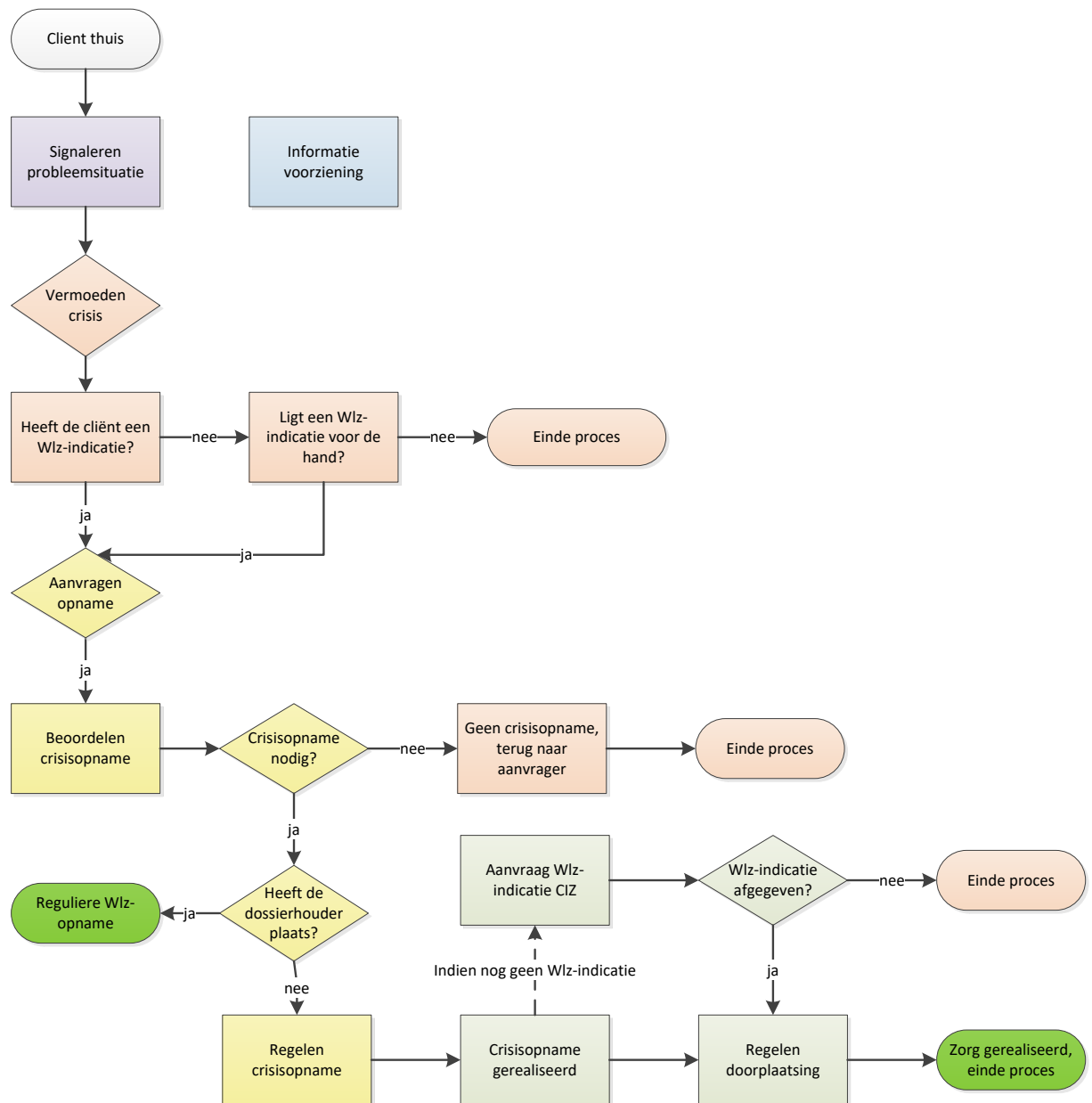
Het CIZ is verantwoordelijk voor:

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

De aanbieders die gecontracteerd zijn voor crisiszorg:

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

## 14.2 Processchema crisisopname V&V en GZ





### 14.3 Processtappen crisissituatie V&V

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

Einde proces	De huisarts zorgt voor een passend alternatief. Bijvoorbeeld herstel gerichte zorg (Zvw) of respijtzorg (Wmo). De huisarts kan in dat geval de verzekeraar van de cliënt of de gemeente benaderen.	Huisarts	Huisarts
Beslismoment: aanvragen crisisopname	Opname wordt aangevraagd bij een zorgaanbieder die gecontracteerd is voor crisisplaatsing. Vooraf checkt de aanvrager een aantal geldende criteria. Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op een wachtlijst voor opname? Dan wordt contact opgenomen met de zorgaanbieder (dossierhouder) <sup>167</sup> .	Huisarts, huisartsenpost, Spoed Eisende Hulp	Huisarts
Beoordelen crisisopname	Op grond van de criteria voor crisisopname beoordeelt de aanbieder waar de cliënt wordt aangemeld, of werkelijk sprake is van crisisopname.	Specialist ouderengeneeskunde (SO); verlengde arm constructie mogelijk	Zorgaanbieder van crisisplaats
Beslismoment: crisisopname nodig?	De SO beslist of er daadwerkelijk sprake is van een crisissituatie (eerste moment van aanmelding).	SO	Zorgaanbieder van crisisplaats
Geen crisisopname, terug naar aanvrager	Beoordeelt de SO dat er géén sprake is van crisisopname conform de Wlz, dan wordt de aanvraag teruggelegd bij de huisarts.	SO	Huisarts
Einde proces: Geen crisisopname	Wordt crisisopname door de huisarts niet als meest adequate oplossing gezien? Dan valt verder verloop buiten scope. De huisarts is verantwoordelijk voor het organiseren van passende zorg via de Wmo of Zvw.	Huisarts	Huisarts
Wel crisisopname: heeft de dossierhouder plaats?	Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling? Dan is er een dossierhouder. Heeft deze instelling plaats en een productie afspraak voor crisisopname, dan kan de cliënt daar worden opgenomen.	Zorgaanbieder crisiszorg	Dossierhouder en zorgaanbieder van crisisplaats
Reguliere opname	Is er direct plaats bij de dossier-houder? Dan is er sprake van een reguliere opname en is er feitelijk geen sprake van crisisopname. Kan de cliënt niet binnen de geldende termijn	Dossierhouder	Dossierhouder

<sup>167</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging. Zo nodig kan het zorgkantoor hierover adviseren.

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

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

### 14.3.1 Rollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Cliënt of vertegenwoordiger van de cliënt

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

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

- is 24 uur per dag bereikbaar voor het inzetten van aanvullende zorg in de thuissituatie;
- stelt alle relevante gegevens van de cliënt beschikbaar bij een crisisaanvraag of -opname<sup>168</sup>;
- regelt passende zorg in de thuissituatie als de cliënt niet in aanmerking komt voor crisisopname. Is er een Wlz-indicatie aanwezig dan wordt dit gedaan door de dossierhouder (eerste keer) of coördinator zorg thuis. Eventueel in overleg met de wijkverpleging.

Huisarts (Huisartsenpost en spoedeisende hulp)

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

Dossierhouder

- is de voorkeuraanbieder voor opname. Dit kan ook de crisiszorgaanbieder zijn. Heeft de cliënt geen voorkeuraanbieder, dan is de crisiszorgaanbieder de dossierhouder tot het moment dat de cliënt een voorkeuraanbieder kiest. Voor de keuze van een voorkeuraanbieder kan de crisiszorgaanbieder ook contact opnemen met het zorgkantoor. In overleg met de cliënt en de crisiszorgaanbieder bemiddelt het zorgkantoor naar een passende voorkeuraanbieder;
- heeft zorgplicht richting de cliënt zoals zorgkantoren die door de overeenkomst met de aanbieder zijn overeengekomen. Vanuit deze optiek dient de dossierhouder te handelen en te voorkomen dat een crisisopname noodzakelijk is;
- bekijkt als eerste of hij de cliënt kan opnemen op een regulier bed. Is dit niet mogelijk, dan meldt hij de cliënt aan bij de zorgaanbieder waar crisisbedden beschikbaar zijn (V&V) of regisseur crisisopname (GZ);
- is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van alle relevante gegevens van de cliënt die hij heeft aan de crisiszorgaanbieder bij crisisopname;
- is verantwoordelijk voor het regelen van vervolgzorg<sup>169</sup> (juiste plaatsing) na crisisopname. Het dossierhouderschap stopt dus niet bij crisisplaatsing. En neemt, als partijen er onderling (samen) niet uitkomen, contact op met het zorgkantoor voor zorgbemiddeling. Verlenging van de crisisopname kan alleen in overleg met het zorgkantoor.

<sup>168</sup> Hiermee worden ook de gegevens van de zorg bedoeld als de cliënt onder de Wmo of Zvw valt.

<sup>169</sup> Vervolgzorg bestaat veelal uit doorplaatsing naar een regulier bed maar kan in uitzonderlijke gevallen ook zorg thuis zijn

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

#### Zorgaanbieder crisisopname

- beoordeelt inhoudelijk of het om een crisisopname gaat. Is voor crisisaanmeldingen een (centraal) coördinatiepunt ingericht, dan voert de regisseur crisisopname (crisiscoördinator) deze inhoudelijke beoordeling uit;
- komt de cliënt niet in aanmerking voor crisisopname onder de Wlz, dan legt hij de verantwoordelijkheid terug bij de huisarts of aanmelder van de crisissituatie om passende zorg in de thuissituatie te regelen;
- is er een Wlz-indicatie aanwezig en staat de cliënt al op een wachtlijst voor opname bij een Wlz-instelling, dan neemt de crisiszorgaanbieder contact op met de dossierhouder;
- neemt, als crisisopname noodzakelijk is, de cliënt van de huisarts of dossierhouder over;
- plaatst de cliënt binnen 24 uur op een crisisbed binnen de eigen organisatie of bemiddelt de cliënt door naar een andere crisiszorgaanbieder;
- houdt een registratie bij dat binnen 24 uur na eerste melding er een crisisbed beschikbaar is en dat de crisisopname binnen 24 uur na eerste melding heeft plaatsgevonden;
- legt in de overeenkomst de duur van de crisisopname vast en bespreekt dit met de cliënt of zijn vertegenwoordiger;
- inventariseert of een Wlz-indicatie en eventueel BOPZ<sup>170</sup> aanwezig is. Is deze niet aanwezig is, dan wordt die op de eerst volgende werkdag via de spoedprocedure aangevraagd bij het CIZ. Dit gebeurt op basis van de criteria bijzondere omstandigheden;
- declareert de kosten van crisisopname bij de gemeente en/of zorgverzekeraar als het CIZ geen Wlz-indicatie afgeeft. Is er een Wlz-indicatie (per opnamedatum) dan wordt de zorg gedeclareerd bij het zorgkantoor;
- maakt een melding aanvang zorg aan bij opname op een crisisbed;
- bewaakt dat de cliënt maximaal 2 weken op het crisisbed verblijft. Is er geen reguliere vervolgplaats beschikbaar dan wordt ondersteuning of hulp van het zorgkantoor gevraagd;
- stelt de eventuele dossierhouder op de hoogte van de crisisopname en bewaakt dat dossierhouder vervolgzorg regelt (regulier bed). Dit gebeurt in onderling overleg. De crisiszorgaanbieder geeft de dossierhouder zorg-, behandel- en/of begeleidingsadvies mee;
- maakt mutatiebericht aan naar het zorgkantoor bij overplaatsing naar een andere aanbieder;
- meldt lege crisisbedden aan het zorgkantoor in het kader van de verantwoording.

<sup>170</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging. Indien nodig kan het zorgkantoor hierover adviseren.

Zorgkantoren

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

#### **14.4 Processtappen crisissituatie GZ**

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

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

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Cliënt thuis	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt.	-	Medisch: Huisarts
Signaleren probleemsituatie	De huidige situatie wordt als probleem ervaren.	MEE, netwerk van cliënt, huisarts, zorgaanbieders (zoals VG, begeleid wonen, wijkverpleging of coördinator zorg thuis) of aan Jeugdwet-gerelateerde instanties	Medisch: huisarts psychiater
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: * Criteria crisisopname * Proces & procedure * Coördinator zorg thuis * Dossierhouder * Beschikbare plaatsen	Zorgkantoor	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie wordt bepaald of crisisopname de meest passende optie is.	Aanmelder <sup>171</sup>	Aanmelder
Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De aanmelder zoekt met de cliënt en eventueel met iemand uit het directe netwerk van de cliënt uit of de cliënt een geldige Wlz-indicatie heeft. Mogelijk heeft de cliënt deze nog niet maar ligt dit wel voor de hand.	Aanmelder, cliënt, mantelzorger	Aanmelder
Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	De aanmelder (met regionale regisseur crisisopname of aanbieder) schat in of de cliënt voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt. Alleen dan kan er een aanvraag voor opname onder de Wlz gedaan worden. Anders einde proces.	Aanmelder	Aanmelder
Einde proces	Bij einde proces zorg de aanmelder voor een passend alternatief. Mogelijk komt de cliënt in aanmerking voor op herstel gerichte zorg (Zvw) of respijtzorg (Wmo). Is er sprake van spoed dan neemt de aanmelder contact op met de regionale regisseur crisisopname die contact en afspraken heeft met gemeenten en zorgverzekeraars.	Aanmelder	Aanmelder

<sup>171</sup> Een aanmelder is altijd een professionele hulpverlener.



Beslismoment: aanvragen crisisopname	Een crisisplaats wordt aangevraagd bij de regionale regisseur crisisopname (partij die spoedcoördinatie tot taak heeft). Vooraf checkt de aanmelder een aantal geldende criteria voor aanvraag van een crisisplaats <sup>172</sup> .	Aanmelder	Aanmelder
Beoordelen crisisopname	Op grond van vooraf vastgestelde criteria wordt beoordeeld of werkelijk sprake is van crisisopname Wlz en daarmee recht op een crisisplaatsing.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Beslismoment: crisisopname?	De regionale regisseur crisisopname VG beslist op basis van de beoordeling of er daadwerkelijk sprake is van spoed en daarmee aanspraak op een crisisplaats.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Terug naar aanmelder	Is er geen sprake van een crisisopname conform de geldende criteria voor de Wlz? Dan wordt de aanvraag teruggelegd bij de aanmelder.	Aanmelder	Aanmelder
Einde proces: geen crisisopname	Wordt een Wlz-crisisopname niet als meest adequate oplossing gezien, dan valt verder verloop buiten scope. De aanmelder (professionele hulpverlener) heeft de verantwoordelijkheid om een adequaat alternatief te verzorgen.	Aanmelder	Aanmelder
Beslismoment: heeft de dossierhouder plaats?	Wordt de cliëntsituatie beoordeeld als een crisissituatie én staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling? Dan is er een dossierhouder. Heeft deze instelling plaats en een productie afspraak voor crisisopname, dan kan de cliënt daar regulier worden opgenomen. Dit op voorwaarde dat passende zorg kan worden geboden.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Reguliere opname	Heeft de voorkeuraanbieder een passende plaats beschikbaar, dan vindt reguliere opname plaats.	Dossierhouder	Dossierhouder
Regelen crisisopname	Is er nog geen dossierhouder of heeft deze geen passende plaats beschikbaar? Dan wordt een crisisopname geregeld bij een crisiszorg-aanbieder. De logistieke afstemming en uitvoering over de opname ligt bij de aanmelder en de crisiszorgaanbieder, waarover de regionale regisseur wordt geïnformeerd.	Regionale regisseur crisisopname VG	Regionale regisseur crisisopname VG
Crisisopname gerealiseerd	Het fysiek opnemen van de cliënt bij de crisiszorg-aanbieder.	Zorgaanbieder crisisopname	Betrokken behandelaar of hulpverlener

<sup>172</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechtelijke machtiging. Indien nodig kan het zorgkantoor hierover adviseren.

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

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

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

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

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

##### **Aanmelder crisisopname GZ**

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

### **Regisseur crisisopname GZ**

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

### **Zorgaanbieder crisisopname**

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

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

## 15.1 Nieuwe regeling Meerzorg

Vanaf 2014 zijn 10 proeftuinen opgestart in de Wlz<sup>173</sup> voor intramurale zorg (en geclusterd VPT). Doel was het optimaliseren van de kwaliteit van zorg in de gehandicaptenzorg voor cliënten met een extreme zorgzwaarte (gedragsproblematiek) én de kwaliteit van leven voor deze cliënten te verbeteren<sup>174</sup>. Door de positieve resultaten zijn de proeftuinen in 2018 verbreed naar de ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Om de positieve resultaten breder uit te rollen in de Wlz, heeft de NZa voor 2019 de beleidsregel Meerzorg Wlz<sup>175</sup> uitgebracht en is de regeling Meerzorg aangepast. Deze wijzigingen vervangen de proeftuinen<sup>176</sup> vanaf 1 januari 2019.

Deze bijlage richt zich specifiek op de wijzigingen voor de intramurale meerzorg en geclusterd VPT. Omdat het om aanzienlijke wijzigingen gaat in het uitvoeringsproces meerzorg (inclusief een nieuw Excel sjabloon Meerzorg), is 2019 een overgangsjaar. Bestaande beschikkingen die in 2019 nog geldig zijn, blijven gewoon doorlopen. Zorgaanbieders hoeven deze dus niet om te laten zetten. De gewijzigde procedure geldt vanaf 2019 dus voor nieuwe (eerste) aanvragen voor individuele en groepsmeerzorg én voor wijzigingen op bestaande aanvragen.

### Advies meerzorg door CIZ

Het CIZ kan bij de indicatiestelling doorgeven dat er mogelijk sprake is van meerzorg. Dat wordt door het CIZ alleen gedaan bij een cliënt waar sprake is van (non)invasieve beademing of van ernstige VG problematiek in combinatie met ernstige somatische (medische) problematiek (zorgprofiel VG5 of VG8). Dit advies van het CIZ is niet bindend<sup>177</sup> maar is voor de zorgaanbieder en het zorgkantoor een handvat bij de aanvraag en beoordeling van individuele of groepsmeerzorg.

<sup>173</sup> De proeftuinen zijn opgestart via een experimenteerartikel en gingen nadrukkelijk om initiatieven die via zorg in natura gefinancierd worden.

<sup>174</sup> In proeftuinen lag focus op kwaliteit van zorg en bestaan van cliënten en niet op financiering en verantwoording.

<sup>175</sup> De proeftuinen zijn opgestart via een experimenteerartikel. De beleidsregel Meerzorg 2019 Wlz: BR/REG – 19123 en de gewijzigde regeling Meerzorg vervangen vanaf 2019 dit experimenteerartikel.

<sup>176</sup> Meer informatie over de proeftuinen is terug te vinden op [www.cce.nl/meerzorgadvies/meerzorg-2-0](http://www.cce.nl/meerzorgadvies/meerzorg-2-0).

<sup>177</sup> Het CIZ weegt de mogelijkheden van de sociale omgeving niet mee in de besluitvorming.

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

## 15.2 Individuele aanvraag of groepsmeezorgaanvraag

### 15.2.1 Belangrijkste wijzigingen van de nieuwe beleidsregel Meezorg Wlz

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

- een individuele aanvraag of
- een aanvraag voor groepsmeezorg.

Bij deze vormen van meerzorg

- Wordt niet alleen naar de individuele cliënt gekeken maar ook naar zijn context. Met context wordt de gehele situatie rondom een cliënt bedoeld. Bijvoorbeeld situering van de woning, met wie en met hoeveel mensen woont een cliënt samen, vorm van dagbesteding en de expertise van begeleiders;
- Is het mogelijk om indirecte kosten mee te nemen die noodzakelijk zijn door de extreme zorgzwaarte van een cliënt. Het gaat hier dus om niet direct cliëntgebonden kosten;
- Wordt een beschikking afgegeven voor een cliënt, maar daarin worden de uren voor zorg of het beschikbare budget niet meer opgenomen;
- Geldt voor de betaling een dagprestatie;
- Wijzigt de overlegstructuur rondom een (groep) meezorg cliënt(en).

Uitgangspunten nieuwe meezorgregeling

- Zorgaanbieders en zorgkantoren geven op basis van vertrouwen uitvoering aan de regeling Meezorg. Betrokken partijen zoeken samen naar passende oplossingen;
- Het CCE heeft daarom (vooral) een inhoudelijke rol bij cliëntsituaties die in aanmerking komen voor meerzorg. Het CCE beoordeelt in uitzonderingssituaties nog de toegang tot meerzorg (meezorgaanvraag) voor iemand met gedragsproblematiek. Bijvoorbeeld op verzoek van het zorgkantoor<sup>178</sup>. Het streven is dat het CCE minimaal een keer per 3 of 4 jaar alle cliënten met individuele meerzorg of groepsmeezorg heeft bezocht;
- Rondom een cliënt wordt via een vaste cyclus van overleg een kwaliteitsslag gemaakt bij de uitvoering van de regeling Meezorg. De partijen<sup>179</sup> die bij het overleg betrokken zijn bestaan uit de cliënt(vertegenwoordiger), de zorgaanbieder, het CCE en het zorgkantoor. Per overleg kan bekeken worden welke partijen worden betrokken. Dit is afhankelijk van de context. Daarnaast kan de expertise van een andere zorgaanbieder worden ingeroepen en kan deze meekijken.

<sup>178</sup> Is het nodig om het CCE in te schakelen, dan worden de kosten hiervan door de zorgaanbieder betaald.

<sup>179</sup> De 4 betrokken partijen worden ook wel de vierhoek genoemd.

#### Voorwaarden voor het aanvragen van (groeps)meerzorg door zorgaanbieder

- Een zorgaanbieder kan meerzorg alleen aanvragen als zijn basiszorg op orde is;
- Daarnaast ligt in de aanvraag voor meerzorg de focus op het verbeteren van kwaliteit van leven en het welbevinden van een cliënt;
- En is er aandacht voor het verbeteren van de context voor een cliënt of groep cliënten. Een zorgaanbieder kijkt dus breder en niet alleen naar een individuele cliënt. Dat kan bijvoorbeeld door gerichte deskundigheidsbevordering van het personeel, het vergroten van de veiligheid voor het personeel of aandacht voor de woonomgeving van een cliënt(en).

#### Processtappen aanvraag meerzorg door zorgaanbieder

- Een individuele aanvraag voor meerzorg kan het hele jaar worden ingediend. Betaling is afhankelijk van het beschikbare budget<sup>180</sup>;
- Een aanvraag voor groepsmeerzorg kan maar één keer per jaar worden ingediend;
- Alleen de zorgaanbieder waar een cliënt verblijft of die het VPT levert, kan meerzorg aanvragen. Dat gebeurt bij het zorgkantoor dat een contract heeft afgesloten met de organisatie waar deze zorgaanbieder bij hoort;
- Het CCE hoeft niet meer standaard vooraf een advies te geven over een aanvraag. Betreft een zorgaanbieder het CCE bij de aanvraag? Dan betaalt de zorgaanbieder de kosten van inzet van het CCE;
- Een meerzorg aanvraag wordt pas bij het zorgkantoor ingediend als deze vóóraf is besproken met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en/of zijn zaakwaarnemer. Naast deze eis geldt dat de uitkomsten van dit overleg expliciet worden vastgelegd in het (digitale) zorgplan van de cliënt (welke aanvullende zorg wordt voor de cliënt aangevraagd via meerzorg);
- Treedt een zorgaanbieder op als zaakwaarnemer (eerste aanspreekpunt) op voor de cliënt in de procedure meerzorg? Regel dit als zorgaanbieder dan vooraf goed met de cliënt of zijn vertegenwoordiger en leg dit vast in het (digitale) zorgplan. Dit voorkomt bij eventuele gerechtelijke procedures onduidelijkheden;
- De ingangsdatum van een beschikking kan niet eerder zijn dan de datum dat de beschikking volledig bij het zorgkantoor is ingediend. De zorgaanbieder houdt daar rekening mee;
- De zorgaanbieder vult de startdatum van de meerzorg op het aanvraagsjabloon in met de datum van aanvraag. Dit op voorwaarde dat meerzorg op dat moment ook wordt geleverd. Start de meerzorg later dan de aanvraagdatum, dan moet de ingangsdatum hierop aangepast worden. Een aanvraag met startdatum in het verleden is niet mogelijk;
- Nadat alle informatie in het Exel sjabloon is ingevuld wordt een individuele aanvraag via het VECOZO notitieverkeer naar het Zorgkantoor gestuurd;
- Het zorgkantoor koppelt besluitvorming over een individuele aanvraag ook via het VECOZO notitieverkeer terug aan de zorgaanbieder;
- De zorgaanbieder legt na ontvangst de beschikking vast in het persoonlijke zorgplan<sup>181</sup> van een cliënt. En zorgt dat deze altijd inzichtelijk is voor de cliënt en het zorgkantoor (bij materiële controles) Verder informeert de zorgaanbieder de cliënt over de inhoud van de

<sup>180</sup> Een aanvraag die na de beschikking van jaar t wordt ingediend (na 1 november jaar t), wordt alleen gehonoreerd als er nog voldoende budget over is. Dat is afhankelijk van de resultaten van de nacalculatie over jaar t.

<sup>181</sup> In bijlage A staat meer informatie over het (digitale) zorgplan uitgeschreven, zie ook hoofdstuk 3 en 4.

beschikking. Dat geldt ook voor de verdeling van de directe en indirecte kosten. Deze zijn voor de cliënt altijd zichtbaar in zijn persoonlijke zorgplan;

- Is verlenging van de meerzorg noodzakelijk? Vraag deze dan altijd minimaal 12 weken voor het verlopen van de beschikking aan bij het zorgkantoor. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Een aanvraag die te laat is ingediend kan gevolgen hebben voor de continuïteit en financiering van de meerzorg;
- De zorgaanbieder declareert de NZa-prestatie meerzorg voor de cliënt<sup>182</sup> tijdig en juist bij het zorgkantoor (binnen de duur van de beschikking);
- De zorgaanbieder regelt dat (bij een evaluatie of materiële controle) altijd verantwoord kan worden op welke wijze de extra financiële middelen zijn ingezet voor een individuele cliënt.

#### Beoordeling aanvraag meerzorg door zorgkantoor

- Het zorgkantoor neemt een aanvraag alleen in behandeling als deze compleet is ingediend (een volledig ingevuld Excel sjabloon);
- Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag binnen 6 weken. Dit wordt berekend vanaf de ontvangstdatum van een volledig ingediende aanvraag. Kan het zorgkantoor de beoordeling niet binnen 6 weken afronden, dan stelt het zorgkantoor de aanvrager hiervan op de hoogte. Het zorgkantoor moet dan ook aangeven wanneer een besluit volgt. Dit moet binnen een redelijke termijn zijn (zie artikel 4:14, derde lid, Awb);
- Het zorgkantoor kan oordelen dat in sommige situaties advies van het CCE nodig is<sup>183</sup>. Het CCE heeft 8 weken tijd om advies te geven. In deze situaties neemt het zorgkantoor binnen 12 weken een besluit op de aanvraag (streeftermijn is 10 weken);
- Het zorgkantoor legt het besluit vast in een beschikking en stuurt deze naar de aanvragende zorgaanbieder. In de beschikking staat of de aanvraag akkoord is. In de beschikking wordt niet meer opgenomen wat het budget is voor de toegekende meerzorg;
- Bij een negatieve beschikking geeft het zorgkantoor een inhoudelijke en juridische onderbouwing. Dat kan bijvoorbeeld omdat in de aanvraag onvoldoende is aangetoond dat de zorgvraag, de reguliere zorg overstijgt;
- Het zorgkantoor legt in de beschikking op cliëntniveau ook vast voor welke periode deze wordt afgegeven. In principe is dit voor een looptijd van maximaal 3 jaar. Tenzij er redenen zijn om hiervan af te wijken. Dit wordt dan met de betrokken partijen (vierhoek) besproken.

### 15.2.2 Specifieke processtappen voor aanvraag van groepsmeerzorg

#### Wanneer is er sprake van groepsmeerzorg?

- Een aanvraag voor groepsmeerzorg kan worden ingediend als minimaal 2 cliënten van één groep en/of op één (intramurale) locatie in aanmerking komen voor meerzorg én;
- Er sprake is van één vast team dat verantwoordelijk is voor de zorg. Het kan dus ook gaan om een groep van individueel wonende cliënten op een locatie die door één team worden begeleid. Bijvoorbeeld cliënten die individueel wonen in een geclusterde woonvorm en zorg in de vorm van een VPT krijgen.

<sup>182</sup> Volg bij afwezigheidsdagen ook de daarvoor geldende NZa beleidsregel.

<sup>183</sup> Is het nodig om het CCE in te schakelen, dan worden de kosten hiervan door de zorgaanbieder betaald.



Wat zijn de vervolgstappen bij een aanvraag voor groepsmeezorg?

- Een aanvraag voor groepsmeezorg wordt in principe één keer per jaar ingediend. Omdat het een overgangsjaar is, moet dit nu voor 1 februari 2019<sup>184</sup> gebeuren;
- De afspraak wordt jaarlijks bijgesteld. Tenzij er sprake is van capaciteitsuitbreiding waardoor er een substantiële groei van groepsmeezorg ontstaat. In overleg met het zorgkantoor wordt dan bepaald of uitbreiding van groepsmeezorg in het lopende jaar mogelijk is;
- Bereken voor het indienen van een aanvraag (groeps)meezorg altijd eerst of er sprake is van meezorg. Dat is het geval als er voor een individuele cliënt minimaal 25% meer zorg (in uren) nodig is, dan de uren zorg die horen bij het geïndiceerde zorgprofiel. Deze drempel voor meezorg wijzigt niet! Gebruik voor de berekening het Excel sjabloon Meezorg. (Lees de invulinstructie zorgvuldig<sup>185</sup>). Uit het ingevulde Excel sjabloon blijkt automatisch of een cliënt in aanmerking kan komen voor meezorg en welk budget hiervoor nodig is;
- Zorgaanbieders uit de sector V&V en GGZ moeten er rekening mee houden dat maximaal 40 uur per week meezorg kan worden aangevraagd, bovenop het gemiddelde aantal uren uit het zorgprofiel. Deze grens geldt niet voor de GZ;
- Blijkt door invullen van het Excel sjabloon dat een cliënt in aanmerking komt voor meezorg? Licht dan in dit sjabloon ook toe waarom de zorgvraag van deze cliënt niet binnen de uren van het zorgprofiel past. Beantwoord daarvoor de volgende vragen onder "toelichting aanvraag":
  - Waaruit blijkt de behoefte aan meezorg?
  - Wat is de aanleiding van de aanvraag meezorg en wat is de frequentie waarin de problematiek zich voordoet?
- Voldoet de zorgvraag aan de drempel voor meezorg? En is dit bij meerdere cliënten het geval op één groep of locatie? Dan kan extra budget worden aangevraagd voor het verbeteren van de context van een groep cliënten (niet direct cliëntgebonden kosten);
- De niet direct cliëntgebonden kosten kunnen worden ingezet voor bijvoorbeeld opleidingskosten, deskundigheidsbevordering en kosten voor inventaris en kleine verbouwingen. Deze kosten moeten wel altijd verband houden met de extreme zorgzwaarte van de cliënten zoals beschreven in de (digitale) zorgplannen en daarvoor doelgericht worden ingezet;
- Wilt u de zorg voor 'een groep' cliënten anders organiseren? Licht dit dan toe in het Excel sjabloon onder "toelichting aanvraag". Vul in hoe u dat wilt doen en wat daarvan de consequenties zijn. Beantwoord voor het aanvragen van indirecte kosten de volgende vragen in het sjabloon:
  - Omschrijf de context van de cliënt.
  - Welke interventiemiddelen zijn er tot nu toe ingezet en met welk effect? (Signaleringsplannen, bejegeningplan, crisisinterventieplan, scholing, methodieken, medicatie, coaching, externe consultatie of verhuizing.).
  - Welke indirecte zorg is nodig en wat is de relatie tot de meezorg?

<sup>184</sup> Voor 2020 en opvolgende jaren wordt nog een tijdsplan vastgesteld.

<sup>185</sup> Het aanvraag sjabloon meezorg, de rekenmodule en het formulier verantwoord worden gepubliceerd op de website van het regionale zorgkantoor.

- Is er sprake is van handelingsverlegenheid, het ontbreken van perspectief of inhoudelijke vragen waarbij de ondersteuning door het CCE gewenst is. Zo ja, wat is de vraag?
- Kan de extra inzet na verloop van tijd worden afgebouwd en op welke wijze?
- Licht in dit Excel sjabloon ook toe waarom gekozen wordt voor groepsmeezorg. Beantwoord daarvoor de volgende vragen onder "toelichting aanvraag":
  - Wat is de reden dat er gekozen wordt voor groepsmeezorg?
  - Waar bestaat de extra zorg uit?
  - Welke indirecte zorg is nodig en wat is de relatie tot de extreme zorgbehoefte?
  - Welke doelen staan er voor de komende periode centraal? Wat is de nulmeting en wat is het te behalen resultaat? Bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van bestaan van cliënten door afbouw van MIC-meldingen<sup>186</sup>, afbouw van medicatie, minder vrijheidsbeperking, hogere cliënttevredenheid, minder verzuim onder personeel;
  - Of er sprake is van handelingsverlegenheid, het ontbreken van perspectief of dat er inhoudelijke vragen zijn waarbij ondersteuning van het CCE gewenst is? Zo ja, licht dan in het Excel sjabloon toe wat de vragen zijn;
  - Of de extra zorginzet na verloop van tijd kan worden afgebouwd en op welke wijze.
- Nadat voor alle individuele cliënten in "een groep" het noodzakelijke budget voor meezorg is berekend (directe kosten), worden alle individuele bedragen bij elkaar opgeteld. Dit bedrag wordt opgehoogd met het bedrag voor indirecte kosten. Het totaalbedrag wordt daarna gedeeld door het aantal cliënten. De uitkomst hiervan is het bedrag dat per cliënt wordt gedeclareerd voor meezorg. Dat is voor iedere cliënt uit de groep dus een gelijk bedrag.

#### 15.2.2.1 Wat zijn de processtappen als de samenstelling van een groep wijzigt?

Mogelijke wijzigingen zijn dat:

- er een nieuwe cliënt bij de groep komt (uitbreiding) waarbij ook sprake is van extreme zorgzwaarte. Voor deze cliëntsituatie:
  - dient de zorgaanbieder in het lopende jaar altijd een individuele aanvraag voor meezorg in<sup>187</sup>. Het zorgkantoor geeft voor deze cliënt een individuele beschikking af. Bij de eerstvolgende evaluatie (meezorgdialoog) wordt een cliënt meegenomen in de groepsmeezorg als dit dan nog een passende oplossing is.
- een cliënt met meezorg verhuist naar een andere groep of locatie. In deze situatie:
  - neemt de cliënt zijn budget voor de directe meezorg mee naar de andere groep of locatie;
  - wordt de vrijgevallen plaats in de meezorggroep in de loop van jaar t niet opgevuld met een nieuwe meezorg cliënt. Dit om te voorkomen dat het budget opnieuw moet worden berekend en iedere client uit de groep een nieuwe beschikking moet krijgen;
  - vervalt voor de bestaande groep, waaruit de cliënt vertrekt, niet alleen het directe meezorgbudget. Het deel van de indirecte kosten dat was inbegrepen in het dagtarief

<sup>186</sup> MIC: Meldingen Incidenten Cliënten. Deze incidentmeldingen worden ook gebruikt om kwaliteit van zorg te verbeteren.

<sup>187</sup> Een nieuwe cliënt kan niet zonder meer instromen in een bestaande groep, tenzij dit vooraf met het zorgkantoor is afgestemd en daarvoor toestemming is.

voor deze cliënt vervalt ook. De zorgaanbieder kan voor deze cliënt namelijk geen declaraties meer indienen;

- blijven de totale indirecte kosten voor de bestaande groep wel gelijk. Doordat de individuele budgetten en beschikkingen<sup>188</sup> van de overblijvende cliënten in de groep door dit vertrek niet wijzigen, kan er een tekort op de indirecte kosten ontstaan;
- houdt de zorgaanbieder daarom de wijzigingen in de groepssamenstelling bij. De wijzigingen worden besproken bij de herschikking van het budget (1 november jaar t). In dit overleg komt ook aan de orde of de indirecte kosten toch kostendekkend zijn gerealiseerd. Is dat niet het geval dan wordt besproken hoe het tekort in de vergoeding wordt opgepakt.

### 15.2.3 Meerzorgplan

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

Wanneer wordt een meerzorgplan aangeleverd?

- een zorgaanbieder die al meerzorg levert aan cliënten, levert een meerzorgplan aan als:
  - meer dan 10 nieuwe individuele cliënten een beroep doen op meerzorg en/of
  - een nieuwe groepsmeerzorg wordt opgestart.
- een zorgaanbieder nog géén meerzorg levert aan cliënten, levert een meerzorgplan aan als:
  - een nieuwe individuele cliënt een beroep doet op meerzorg en/of
  - een nieuwe groepsmeerzorg wordt opgestart.

#### Doel meerzorgplan

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

Wat wordt er in format van het meerzorgplan<sup>189</sup> beschreven?

- Wat is de visie van de zorgaanbieder op meerzorg en de relatie met de context?
- Wat is de totale populatie van cliënten met meerzorg?
- Hoeveel cliënten van deze populatie zijn bestaande cliënten met meerzorg? Hoeveel zijn heraanvragen? En hoeveel van deze cliënten zijn nieuw (individuele aanvraag of aanvraag voor groepsmeerzorg)?
- Voor welke zorgprofielen wordt meerzorg aangevraagd (aantallen per zorgprofiel)?
- Wat is het gemiddelde budget dat wordt aangevraagd voor meerzorg?
- Welke trends ziet de zorgaanbieder in de meerzorg aanvragen?
- Wat zijn de redenen voor het opnieuw aanvragen van meerzorg voor een cliënt(en). Is er een toename of afname van cliënten te zien waarvoor een verlenging wordt aangevraagd en/of wat is de ontwikkeling daarbij in de hoogte van het budget?
- Is er samenhang met de beschikbaarheid van geschikt personeel voor deze doelgroep? En zo ja welke inspanningen heeft de zorgaanbieder daarvoor gedaan of gaat hij daarvoor doen?

<sup>188</sup> Dit is ook een van de redenen dat er geen bedrag meer in de beschikking voor een individuele cliënt staat. Voorkomt onnodig aanpassen van beschikkingen.

<sup>189</sup> Zorgkantoren publiceren een format voor invullen van het meerzorgplan op de website.

- Wat doet de zorgaanbieder eraan om verzuim van deze medewerkers te voorkomen?
- Hoe ziet de aansturing eruit van het team?
- Welke extra deskundigheid is ingezet of gaat ingezet worden voor deze doelgroep? Worden daarvoor andere zorgaanbieders ingeschakeld en zo ja waarom?
- Met welke methodieken is gewerkt? Welke scholingen vinden er plaats of gaan nog plaatsvinden?
- Voor welke individuele aanvragen meerzorg of groepsmeerzorg aanvragen ligt er een specifieke vraag voor het CCE?
- Wanneer wordt het CCE ingezet voor een ontwikkelgesprek?
- Wat is het plan voor komend jaar? Zijn er bijvoorbeeld nieuwe aanvragen (groeps)meerzorg te verwachten?

#### 15.2.4 Meerzorgplan en meerzorgdialoog

Een meerzorgdialoog vindt plaats tussen het zorgkantoor<sup>190</sup> en de zorgaanbieder die meerzorg levert. Een meerzorgdialoog vindt aan het begin van jaar t plaats en aan het einde van jaar t (evaluatie). Op verzoek van een van deze partijen kan het CCE aansluiten bij de dialoog. Handvat voor het gesprek is het vooraf ingediende meerzorgplan. Het zorgkantoor neemt daarbij het initiatief voor de meerzorgdialoog<sup>191</sup>.

##### Doel meerzorgdialoog

In een cyclus van 2 gesprekken per jaar wordt stil gestaan bij de ontwikkeling van meerzorg voor individuele cliënten en voor groepen (de zorgaanbieder legt daarover verantwoording af). In het gesprek wordt vastgesteld aan welke doelen gewerkt wordt/is in jaar t, wat er bereikt is, wat de cliënten daarvan gemerkt hebben, wat er niet bereikt is, waarom niet én wat er nodig is voor verdere verbetering van de kwaliteit van (groeps)meerzorg. Dit ook in relatie tot inzet van de extra middelen. De inhoud van de dialoog is daarbij afhankelijk van de ervaring van een zorgaanbieder met meerzorg. Het zorgkantoor kan beslissen om de evaluatie schriftelijk uit te voeren. Het zorgkantoor kan ook beslissen om een extra meerzorgdialoog te starten op basis van eigen bevindingen.

In de meerzorgdialoog worden verder afspraken gemaakt over:

- het aantal cliënten en het beschikbare totaalbudget. Dit wordt vertaald naar een budget per cliënt (optelsom van directe en indirecte kosten). Op basis van de evaluatie over de gehele populatie kan het budget voor komend jaar worden bijgesteld. Het zorgkantoor bepaalt uiteindelijk altijd de looptijd en het budget;
- de termijn waarvoor de indirecte kosten (uit het totaalbudget) wordt afgesproken;
- het aantal nieuw op te nemen cliënten in het lopende jaar (prognose), met een doorkijk naar jaar t+1. Ofwel via groepsmeerzorg als daarvoor nog ruimte is ofwel via een individuele aanvraag. Het is mogelijk om meerzorg aan te vragen voor nieuwe cliënten na de meerzorgdialoog, maar deze worden dan (inhoudelijk) besproken in de volgende

<sup>190</sup> Heeft een zorgaanbieder met meerdere zorgkantoren te maken? Dan wordt voor de werkwijze aansluiting gezocht bij de procesafspraken rondom de kwaliteitsrapporten.

<sup>191</sup> In de situatie dat het om een beperkt aantal cliënten gaat voor een zorgaanbieder of om een beperkt budget, kan het zorgkantoor er voor kiezen het meerzorgplan schriftelijk te beoordelen en af te handelen.

meerzorgdialoog. Het zorgkantoor kan voor deze nieuwe cliënten wel advies vragen bij het CCE als dat nodig is;

- inzet van het CCE. Voor welke groepen, individuele cliënten en op welke thema's is dit nodig. Daarvoor worden vervolgens ontwikkelgesprekken gepland;
- een eventuele hernieuwde meting (na de nulmeting bij aanvang).

### 15.2.5 Ontwikkelgesprek, na meerzorgplan en meerzorgdialoog

Een ontwikkelgesprek vindt plaats na de meerzorgdialoog. Tijdens de meerzorgdialoog wordt besproken voor welke cliënt(en) of groep(en) een ontwikkelgesprek plaats moet vinden met (een deel van) de vier betrokken partijen (vierhoek<sup>192</sup>). En hoe dit traject via evaluaties gevolgd gaat worden. Een van de partijen kan daarbij een andere zorgaanbieder(s) vragen om deel te nemen aan een ontwikkelgesprek.

#### Doel ontwikkelgesprek

In het ontwikkelgesprek wordt het plan en doelen voor een individuele cliënt of een groep besproken. Dat gebeurt op basis van de huidige stand van zaken. Wijkt de geplande zorg structureel af van de daadwerkelijke zorgverlening dan kan in overleg met het zorgkantoor een bijstelling (zowel in positieve of negatieve zin) plaatsvinden. Dat is maatwerk per zorgaanbieder. Ook wordt bepaald voor welke knelpunten in de zorg actie uitgezet moet worden. Alle betrokkenen krijgen zo zicht op de gewenste verbetering in kwaliteit van leven en de context van een cliënt(en). Daarnaast worden ook concreet afspraken gemaakt over hoe de aanbieder hieraan gaat werken en wanneer de voortgang geëvalueerd wordt. Een ontwikkelgesprek vindt in een cyclus van 2x per jaar plaats (per gesprek 1 dagdeel).

#### Kosten ontwikkelgesprek

Het standaard advies van het CCE bij een meerzorgaanvraag verdwijnt. Dit wordt vervangen door het ontwikkelgesprek (als dit nodig is). De kosten<sup>193</sup> voor de ontwikkelgesprekken worden betaald door de aanbieder.

## 15.3 Individuele aanvraag preventieve meerzorg (intramuraal of VPT)

Wat is een individuele aanvraag voor preventieve meerzorg?

Inzet van preventieve meerzorg is bedoeld om in individuele cliëntsituaties terugval van functioneren te voorkomen of te beperken. Dat kan via snelle onderbouwde inzet van expertise en/of de zorg uit te breiden voor een tijdelijke periode van 3-6 maanden. Met flexibele inzet van deze preventieve, extra zorg kan langdurige inzet van meerzorg worden voorkomen.

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

<sup>192</sup> Betrokken partijen in vierhoek: cliënt en/of zijn vertegenwoordiger, zorgaanbieder, CCE en eventueel zorgkantoor.

<sup>193</sup> De actuele kosten voor een ontwikkelgesprek zijn terug te vinden op de website van het CCE.

#### Voorwaarden voor inzet van preventieve meerzorg

- er ligt een concreet uitvoeringsplan én;
- er wordt aangetoond dat de context in deze cliëntsituatie op orde is én;
- er is/wordt een collega zorgaanbieder of het CCE bij deze cliëntsituatie betrokken én;
- er is sprake van kennis- en handelingsbekwaamheid<sup>194</sup> van de interne betrokkenen.

#### 15.4 Bezwaarprocedure

- Het zorgkantoor voorziet het besluit (beschikking) van een datum van dagtekening;
- Vanaf dagtekening van de beschikking Meerzorg heeft de cliënt, of de zorgaanbieder namens de cliënt, 6 weken de tijd om bezwaar aan te tekenen tegen de beschikking;
- Het zorgkantoor heeft maximaal 21 weken voor het afhandelen van de bezwaarprocedure op voorwaarde dat het bezwaar voorzien is van een uitgebreide onderbouwing. Het zorgkantoor kan het CCE in deze periode vragen om uitvoering van een heroverweging (bij een zorginhoudelijk verschil van inzicht). Het resultaat hiervan wordt meegenomen in de bezwaarprocedure;
- Het zorgkantoor hoort de cliënt of zorgaanbieder en maakt hiervan verslag. Het zorgkantoor hoeft de zorgaanbieder niet te horen in situaties zoals beschreven in de wetgeving (zie artikel 7.3 Awb);
- Kan het zorgkantoor niet (volledig) tegemoetkomen aan het bezwaar dan schrijft het zorgkantoor een concept Beslissing op bezwaar (BOB) en verzoekt het Zorginstituut om daarop een bezwaaradvies af te geven, binnen 10 weken na ontvangst van alle benodigde gegevens (zie artikel 10.3.1 van de Wlz). Alleen in de situatie dat het Zorginstituut om advies is gevraagd heeft het zorgkantoor een beslistermijn van 21 weken;
- Het Zorginstituut stuurt een afschrift van het bezwaaradvies naar de zorgaanbieder;
- Het zorgkantoor stuurt de BOB en bezwaaradvies naar de cliënt of zorgaanbieder;
- De zorgaanbieder informeert de cliënt over de genomen beslissing;
- Op de beslissing kan door de cliënt of zorgaanbieder beroep worden aangetekend bij de rechtbank (sector bestuur). Bij bezwaar op de uitspraak van de rechtbank kan de cliënt of zorgaanbieder nog in hoger beroep gaan. De Centrale Raad van beroep neemt daarop een beslissing.

#### 15.5 Verhuizing

- Het zorgkantoor van de regio waar de cliënt woont, voert de Wlz uit en is verantwoordelijk voor beoordeling van een (individuele) meerzorg aanvraag;
- Verhuist een cliënt later naar een andere zorgaanbieder, in een andere zorgkantorregio? Dan beoordeelt de nieuwe zorgaanbieder het (digitale) zorgplan dat hoort bij de meerzorg beschikking;
- Neemt deze zorgaanbieder het individuele (digitale) zorgplan integraal over (directe zorgkosten)? Dan blijft het besluit nog maximaal 1 jaar van kracht. Het nieuwe zorgkantoor stuurt dan een nieuwe beschikking naar de nieuwe zorgaanbieder voor de resterende

<sup>194</sup> In de situatie van onmacht of verlegenheid is er geen sprake van inzet van preventieve meerzorg en moet eerst consultatie van een (externe) partij worden ingeschakeld.

periode. Alle betrokken partijen bevestigen dit op het 'verhuisformulier' uit het Excel sjabloon Meerzorg;

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