



**Bijlage 7 PROTOCOL UITVOERING REGELING
MEERZORG 2016**

TEN BEHOEVE VAN DE ZORGINKOOP LANGDURIGE ZORG 2016

Van toepassing op de sectoren GZ, VV en GGZ

Inhoudsopgave

ALGEMENE INLEIDING BIJ DEEL I EN II MEERZORGREGELING GZ, GGZ EN VV	4
DEEL I MEERZORGREGELING INTRAMURAAL WONENDE CLIËNTEN	5
I 1. MEERZORGREGELING INTRAMURAAL GZ, GGZ EN VV	5
I 1.1 ZORGPROFIELEN MEERZORG	5
I 1.2 PROTOCOL	6
I 2. PROCESBESCHRIJVING MEERZORG INTRAMURAAL – REGULIERE PROCEDURE GZ	7
I 2.1 AANVRAAGPROCEDURE	7
I 2.2 VAN AANVRAAG MEERZORG TOT EN MET TOEKENNING/AFWIJZING AANVRAAG	7
I 2.3 VAN HONORERING AANVRAAG TOT EN MET HERAANVRAAG MEERZORG	9
I 2.4 VAN AFWIJZING AANVRAAG TOT EN MET BEZWAARPROCEDURE	11
I 3. PROCESBESCHRIJVING MEERZORG INTRAMURAAL – VERKORTE PROCEDURE GZ	12
I 3.1 AANVRAAGPROCEDURE	12
I 3.2 VAN AANVRAAG MEERZORG TOT EN MET ADVIES CCE	12
I 3.3 VAN HONORERING AANVRAAG TOT EN MET HERAANVRAAG MEERZORG	13
I 3.4 VAN AFWIJZING AANVRAAG TOT EN MET BEZWAARPROCEDURE	14
I 4. MEERZORG 2.0 (PROEFTUINEN GZ).....	15
I 5. PROCESBESCHRIJVING MEERZORG INTRAMURAAL VV EN GGZ.....	16
I 5.1 AANVRAAGPROCEDURE	16
I 5.2 VAN AANVRAAG MEERZORG TOT EN MET TOEKENNING/AFWIJZING AANVRAAG	16
I 5.3 VAN HONORERING AANVRAAG TOT EN MET HERAANVRAAG MEERZORG	18
I 5.4 VAN AFWIJZING AANVRAAG TOT EN MET BEZWAARPROCEDURE:	19
I 6. BIJLAGEN BIJ DEEL I.....	20
I 6.1 EXCEL-SJABLOON ‘AANVRAAG MEERZORG 2016’	20
I 6.2 VOORWAARDEN WAARAAN AANVRAAG CCE MOET VOLDOEN M.B.T. GZ.....	20
I 6.3 VOORWAARDEN WAARAAN AANVRAAG CCE MOET VOLDOEN M.B.T. GGZ EN VV	20

DEEL II MEERZORGREGELING THUISWONENDE CLIËNTEN	21
II 1. INLEIDING MEERZORGREGELING THUISWONENDE CLIËNTEN	21
II 1.1 ZORGPROFIELEN MEERZORG	21
II 1.2 PROTOCOL	22
II 1.3 CRITERIA	22
II 1.4 LEVERINGSVORMEN PGB, MPT EN VPT	22
II 2. AANVRAAG MEERZORG BIJ PGB	24
II 2.1 AANVRAAGPROCEDURE	24
II 2.2 VAN AANVRAAG MEERZORG TOT EN MET TOEKENNING/AFWIJZING AANVRAAG	24
II 2.3 VAN HONORERING AANVRAAG TOT HERAAANVRAAG MEERZORG	26
II 2.4 HERAAANVRAAG	26
II 2.5 VAN AFWIJZING AANVRAAG TOT EN MET BEZWAARPROCEDURE	27
II 3. AANVRAAG MEERZORG BIJ MPT	28
II 3.1 AANVRAAGPROCEDURE	28
II 3.2 VAN AANVRAAG MEERZORG TOT EN MET TOEKENNING/AFWIJZING AANVRAAG	28
II 3.3 VAN HONORERING AANVRAAG TOT HERAAANVRAAG MEERZORG	30
II 3.4 HERAAANVRAAG	30
II 3.5 VAN AFWIJZING AANVRAAG TOT EN MET BEZWAARPROCEDURE	31
II 4. AANVRAAG MEERZORG BIJ VPT	32
II 4.1 AANVRAAGPROCEDURE	32
II 4.2 VAN AANVRAAG MEERZORG TOT EN MET TOEKENNING/AFWIJZING AANVRAAG	32
II 4.3 VAN HONORERING AANVRAAG TOT EN MET HERAAANVRAAG MEERZORG	34
II 4.4 HERAAANVRAAG	34
II 4.5 VAN AFWIJZING AANVRAAG TOT EN MET BEZWAARPROCEDURE	35
II 5. BIJLAGEN BIJ DEEL II	36
II 5.1 AANVRAAGSJABLONEN	36
II 5.2 ZORGPLAN VOOR THUISWONENDE CLIËNTEN	37
II 5.3 VOORWAARDEN WAARAAN AANVRAAG MEERZORG MOET VOLDOEN	38
II 5.5 STROOMSCHEMA THUISWONEND	39

Algemene inleiding bij deel I en II meerzorgregeling GZ, GGZ en VV

Voor u ligt het protocol uitvoering regeling meerzorg 2016. Per 1 januari 2016 is de regeling meerzorg ook opengesteld voor de sectoren VV en GGZ. Het protocol uitvoering regeling meerzorg is daarom aangepast en bestaat nu uit twee delen. Deel I voor de intramurale zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie en deel II voor de thuiswonende cliënten met een Wlz-indicatie.

De regeling meerzorg intramurale zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie geldt voor de sectoren GZ, GGZ en VV. Voor de sector GZ is de procedure intramuraal ten opzichte van 2015 niet gewijzigd maar wel uitgebreid met 6LG. Voor de sectoren VV en GGZ intramuraal geldt een andere procedure dan de reeds langer bestaande procedure meerzorg GZ. Deze wordt apart beschreven (hoofdstuk 5 van deel I).

In de situatie van thuiswonende cliënten met een aanvraag voor meerzorg, betreft het cliënten die zorg thuis ontvangen via de leveringsvorm VPT, MPT en/ of PGB pakket. Het gaat hier om de sectoren GZ en VV (thuiswonend is voor GGZ niet mogelijk). Deze procedure wordt beschreven in deel II.

Dit protocol is een bijlage bij de Wlz-overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder met uitzondering van de bepalingen over PGB.

DEEL I Meerzorgregeling intramuraal wonende cliënten

I 1. Meerzorgregeling intramuraal GZ, GGZ en VV

Hieronder staat het protocol uitvoering regeling meerzorg 2016 voor intramuraal wonende cliënten beschreven. Voor thuiswonende cliënten (MPT, PGB en VPT) geldt een andere procedure (zie deel II).

I 1.1 Zorgprofielen meerzorg

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

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

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

- c. de behoefte aan zorg tevens bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie¹.
2. Een verzekerde als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, kan slechts recht op de in dat lid bedoelde zorg krijgen indien zijn behoefte aan zorg minimaal 25%² hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt dan wel van het zorgprofiel.

I 1.2 Protocol

Het protocol gaat in op het proces dat wordt doorlopen van aanvraag tot realisatie van meerzorg. Van groot belang hierbij is de samenwerking met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Het CCE brengt vanuit een onafhankelijke positie advies uit aan de zorgaanbieder en het zorgkantoor over de zorginhoudelijke aspecten van de aanvraag meerzorg. Zorgkantoren zullen hun besluit over meerzorg mede hierop baseren. Het CCE heeft met name expertise op het gebied van gedragsproblematiek. In gevallen waar de problematiek van pure medische (somatische) aard is, kan het zorgkantoor ervoor kiezen om de aanvraag af te handelen zonder tussenkomst van het CCE.

Aanvraagprocedure GZ intramuraal

Het proces van aanvraag tot realisatie van meerzorg GZ onderscheidt twee procedures. De zogenaamde *reguliere* procedure (zie hoofdstuk 2) gaat in op meerzorg die over het algemeen voor een langere periode wordt ingezet. De *verkorte* procedure (zie hoofdstuk 3), wordt gevolgd indien meerzorg voor een periode van maximaal 6 maanden wordt ingezet en het CCE al een consultatie heeft uitgevoerd. Voor de sector GZ geldt dat de aanvraagprocedure t.o.v. 2015 ongewijzigd is.

Aanvraagprocedure VV en GGZ intramuraal

Voor de sectoren VV en GGZ is de meerzorgregeling nieuw. Daarom geldt in 2016 een aparte procedure die beschreven staat in hoofdstuk 5.

Voor de vaststelling van de tarieven, wijze van bekostiging en registratie- en declaratieregels in 2016 wordt verwezen naar de:

- beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven ZZP-meerzorg Wlz' (CA-BR-1608)
- beleidsregel 'Administratie- en declaratievoorschriften ZZP-meerzorg Wlz' (CA/NR-1651)
- beleidsregel 'Budgettaire kader Wlz' (CA-BR-1602).

¹ Indien cliënt een of meerdere toeslagen op een ZZP ontvangt, zoals genoemd in NZa beleidsregel CA-BR-1608, komen deze toeslagen te vervallen zodra de cliënt meerzorg ontvangt. Dit geldt voor de reguliere procedure en niet voor de verkorte procedure meerzorg GZ.

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

I 2. Procesbeschrijving meerzorg intramuraal– reguliere procedure GZ

I 2.1 Aanvraagprocedure

In het proces meerzorg worden drie deelprocessen onderscheiden:

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

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

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Cliënt (CL) heeft behoefte aan zorg.2. CL ontvangt indicatie van CIZ en geeft voorkeursaanbieder aan. Indien CL het oneens is met de indicatie, kan hij een bezwaar indienen bij het CIZ.3. Zorgkantoor (ZK) wijst CL idealiter toe aan voorkeursaanbieder, indien dit niet mogelijk is, bemiddelt ZK tussen CL en andere zorgaanbieder (ZA).4. CL wordt in zorg genomen.5. CL heeft behoefte aan meer zorg dan het geïndiceerde ZZP³ voorschrijft en is aangewezen op ZZP VG-5, VG-7, VG-8, LG-5, LG-6, LG-7, ZG-3 auditief, ZG-5 visueel, LVG-4, LVG-5 of SGLVG en heeft behoefte aan zorg die minimaal 25% hoger is dan het aantal uren binnen het ZZP⁴. |
|--|

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

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

- | |
|--|
| <p>6 ZA⁶ (als zaakwaarnemer van CL) dient namens de cliënt een aanvraag⁷ voor meerzorg in bij het ZK. De ZA informeert de cliënt hierover en levert hierbij het Excelsjabloon 'Aanvraag meerzorg' aan waarin de volgende informatie is opgenomen, opdat aanvraag compleet is (zie bijlage I 6.2):</p> <ul style="list-style-type: none">• dag-/weekprogramma met personele inzet• korte omschrijving en onderbouwing van benodigde zorgzwaarte voor betreffende CL• een overzicht van de groepssamenstelling en het aantal andere CL met meerzorg• een overzicht van de personele bezetting binnen de woon- en dagbestedingsgroep• overige informatie van belang voor beoordeling van de uren versus ingezette zorg; |
|--|

³ Waar ZZP staat kan ook zorgprofiel worden gelezen, zie de inleiding voor hoe deze samenhangen.

⁴ Indien CL een of meerdere toeslagen op een ZZP ontvangt, zoals genoemd in Beleidsregel CA-BR-1608 van NZa, komen deze toeslagen te vervallen zodra de cliënt meerzorg ontvangt. Dit geldt voor de reguliere procedure en niet voor de verkorte procedure meerzorg GZ.

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

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

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

- eventueel verhuisformulier.

Indien de aanvraag voor meerzorg niet compleet is neemt het ZK deze niet in behandeling. Het zorgkantoor geeft de aanvrager (ZA) de gelegenheid om de aanvraag binnen een door het zorgkantoor gestelde termijn aan te vullen (artikel 4:5 Algemene Wet Bestuursrecht).

7. ZK beoordeelt de aanvraag voor meerzorg op formele en financiële voorwaarden (bijvoorbeeld: soort ZZP, doelmatigheid, zorgtoewijzing, behalen 25%-urendrempel) en controleert geldigheid van de CIZ-indicatie van betreffende CL:
 - ZK is akkoord en voorziet deze van datum dagtekening
 - ZK is akkoord met enkele kanttekeningen en voorziet deze van datum dagtekening
 - ZK wijst aanvraag af en stopt het proces van aanvraag meerzorg
8. Indien de aanvraag de formele en financiële (uren) toets doorstaat is de ZA verplicht om een zorginhoudelijk advies aan het CCE te vragen⁸ en stuurt ZA de in Bijlage I 6.2 genoemde documenten binnen een redelijke termijn door naar CCE⁹.
9. ZA zorgt ervoor dat tijdige en adequate medewerking wordt verleend die redelijkerwijs van hem mag worden verwacht, opdat het CCE binnen een termijn van 8 weken haar advies kan uitbrengen. Het is immers in het belang van de cliënt de procedure snel te doorlopen. Indien ZA onvoldoende medewerking verleent kan het niet realiseren van de adviestermijn CCE niet aangerekend worden. Enkele voorbeelden van medewerking zijn:
 - het compleet indienen van aanvragen, pas bij volledigheid van het dossier worden aanvragen ingepland;
 - aanwezigheid bij het CCE toetsingsgesprek van de volgende betrokkenen: gedragskundige, manager, persoonlijk begeleider wonen en persoonlijk begeleider dagbesteding, eventueel aangevuld met relevante disciplines, bijv. een arts;
 - het organiseren van een bezoek aan CL.
10. CCE brengt advies uit aan ZA en ZK. De beoordeling van het CCE richt zich uitsluitend op de zorginhoudelijke aspecten van een aanvraag en stelt vast of er een correcte vertaling heeft plaatsgevonden van het zorgplan in het sjabloon. Het CCE beantwoordt en onderbouwt de volgende vier vragen:
 - a. Is er sprake van extreme zorgbehoefte?
 - b. Is een kwalitatief goed zorgplan aanwezig en wordt aan de randvoorwaarden voldaan voor een goede invulling van het zorgplan?
 - c. Zijn de in het sjabloon berekende uren meerzorg en de verdeling daarvan in de prestaties 'woonzorg', 'dagbesteding' en 'behandeling' passend bij het geaccordeerde zorgplan?
 - d. Bij hertoetsing: is er sinds de laatste CCE-advisering in het kader van meerzorg op een systematische wijze aan de doelen gewerkt?

De cliënt heeft recht op meerzorg als is voldaan aan a. De aanbieder kan de meerzorg slechts leveren als ook is voldaan aan b, c en d. Als is voldaan aan b, c en d, en er is sprake van een extreme zorgbehoefte dan honoreert het ZK de aanvraag in principe; bij één of meerdere negatieve antwoorden op de vragen b, c en d wijst ZK de aanvraag in principe af en gaat ZK in gesprek met ZA over hoe voldaan kan worden aan b, c en/of d waarna meerzorg alsnog kan worden toegekend. Anders rest overplaatsing van de cliënt naar een aanbieder die aan de voorwaarden voor meerzorg voldoet.
11. Het CCE stuurt het CCE-advies inclusief conclusieformulier aan de ZA en het ZK. Als bij de

⁸ De kosten van het CCE advies bedragen per 1-1-2016 € 1.170,- per toetsing/cliënt en zijn voor rekening van de ZA. Indien de meerzorgaanvraag geen gedragsproblematiek betreft overlegt ZA met ZK of een advies van het CCE noodzakelijk is.

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

	inhoudelijke beoordeling van het CCE de uren worden bijgesteld, stuurt het CCE een advies met daarnaast een bijgesteld sjabloon naar het ZK. Indien het een heraanvraag ¹⁰ betreft, gaat CCE na of ZA op een systematische wijze aan het realiseren van de gestelde doelen heeft gewerkt. Indien blijkt dat ZA zijn doelen niet realiseert, komt dit tot uiting in een negatief CCE-advies, tenzij een adequate analyse en maatregelen voorhanden zijn.
12.	ZK neemt besluit over toekennen meerzorg (honoreert of wijst af) en stuurt ZA een beschikking ¹¹ . ZK onderbouwt een afwijzing deugdelijk (zowel inhoudelijk als juridisch). De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid de cliënt direct te informeren over deze beschikking. Het recht op meerzorg moet inzichtelijk zijn voor de cliënt. Ook moet in het zorgplan worden opgenomen welke - aanvullende- zorg vanuit de meerzorg wordt bekostigd.

I 2.3 Van honorering aanvraag tot en met heraanvraag meerzorg

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

13.	Indien ZK aanvraag heeft gehonoreerd, declareert ZA de prestatie ZZP meerzorg ¹² bij ZK. Meerzorg kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven.
14.	Indien de aanvraag op of na 1 augustus is ingediend, kan de procedure niet tijdig worden afgerond voor het indienen van de budgetformulieren voor de tweede budgetronde op 1 november van dat jaar. Dan mag de zorgaanbieder, bij een positief besluit van het zorgkantoor, meerzorg declareren voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven vanaf 1 januari van het volgende jaar ¹³ .
Materiële controle	
15.	De beschikking van het ZK voor meerzorg en het betreffende CCE-advies moeten worden opgenomen in het zorgplan van de cliënt. De beschikking moet inzichtelijk zijn voor cliënt en zorgkantoor. Het ZK kan deze controleren in het kader van de materiële controle.
16.	ZA moet te allen tijde aan te kunnen tonen hoe de extra financiële middelen zijn ingezet t.b.v. de individuele cliënt. ZK controleert steekproefsgewijs of ZA de extra financiële middelen voor meerzorg doelmatig en rechtmatig besteedt, conform materiële controle. Ook moet de aanbieder voor de cliënt inzichtelijk maken waaraan de meerzorg wordt besteed. Indien blijkt dat de middelen ondoelmatig of onrechtmatig worden besteed, kan ZK (een percentage van) de beschikbaar gestelde middelen voor meerzorg terugvorderen van de ZA. ZA houdt zich aan de administratievoorschriften, conform Beleidsregel CA/NR-1651 van NZa, en kan de administratieve organisatie op de punten, zoals genoemd in deze beleidsregel, te allen tijde voor ZK inzichtelijk maken.

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

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

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

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

17. Ten aanzien van de materiële controle, sluit ZK aan bij het Protocol Materiële Controle. Tijdens een materiële controle kan ZK onder meer toetsen:
- of omvang en deskundigheid van de formatie overeenkomen met de ingevulde uren in het sjabloon (en hiermee het dagprogramma);
 - of de groepsuren en de formatie-uren aansluiten op en in verhouding staan tot de individuele meerzorg, rekening houdend met eventueel andere CL in de groep die ook meerzorg ontvangen;
 - of de op het sjabloon ingevulde restposturen onder 5% van het totaal aantal benodigde zorguren zijn gebleven.

Heraanvraag/Toets op doelrealisatie

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

Wijzigingen in cliëntsituatie

20. ZA stelt ZK te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte van relevante wijzigingen in het zorgplan of in de persoonlijke omstandigheden van de cliënt. ZK beslist vervolgens of het individuele zorgplan waarop het afgegeven CCE-advies betrekking heeft in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuw CCE-advies noodzakelijk is.
21. Indien CL naar een nieuwe ZA verhuist die het zorgplan van de oude ZA integraal overneemt, blijft het eerder genomen besluit van ZK van kracht voor de duur van maximaal één jaar vanaf datum verhuizing naar de nieuwe ZA, of de geldigheidsduur van het CCE-advies indien deze binnen één jaar na verhuizing verstrijkt. Oude ZA en oude ZK bevestigen de verhuizing van CL op het 'verhuisformulier' van het Excelsjabloon 'Aanvraag meerzorg'.
- Nieuwe ZK stuurt aan nieuwe ZA een beschikking waarin is opgenomen wat de geldigheidsduur is voor de resterende periode en de hoogte van de toeslag die de nieuwe ZA kan declareren.
- Nieuwe ZA en ZK bevestigen de verhuizing van CL op het budgetformulier van de NZa tijdens de tweede budgetronde en de nacalculatie.
22. Indien CL naar een nieuwe ZA verhuist die het zorgplan van de oude ZA niet integraal overneemt, komt het eerder genomen besluit van ZK te vervallen en dient nieuwe ZA een nieuwe aanvraag meerzorg in te dienen bij ZK en geldt de onder 21 genoemde overgangstermijn derhalve niet.
23. Het eerder genomen besluit door ZK kan eveneens tussentijds komen te vervallen, als CL een gewijzigde indicatie van het CIZ krijgt na herindicatie. ZA dient, indien nodig, een nieuwe aanvraag meerzorg in bij ZK.
24. In het geval van ziekenhuisopname is doordeclarerer alleen toegestaan als begeleiding van CL naar en in het ziekenhuis door ZA noodzakelijk is en door ZA achteraf wordt onderbouwd richting het ZK. Voor overige situaties van afwezigheid wordt voor zorgaanbieders, toegelaten voor de functie verblijf met behandeling, aangesloten bij

beleidsregel CA-BR-1607. Voor zorgaanbieders die zijn toegelaten voor verblijf, maar niet voor behandeling, wordt verwezen naar het afwezigheidsbeleid, zoals beschreven in het zorginkoopbeleid van zorgkantoren.

I 2.4 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

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

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

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

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

I 3. Procesbeschrijving meerzorg intramuraal – verkorte procedure GZ

I 3.1 Aanvraagprocedure

De verkorte procedure wordt gevolgd indien meerzorg voor een periode van maximaal 6 maanden wordt ingezet en het CCE al een consultatie heeft uitgevoerd. In tegenstelling tot de reguliere procedure verzoekt de ZA eerst het CCE om een meerzorgadvies af te geven (met ZK in CC). ZA (als zaakwaarnemer van CL) komt in aanmerking voor de verkorte procedure indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

- er is directe betrokkenheid van het CCE bij de betreffende CL in de vorm van een al uitgevoerde consultatie, en
- meerzorg is noodzakelijk om de adviezen, voortvloeiend uit de consultatie, in de praktijk te kunnen implementeren, en
- er is voor een periode van maximaal 6 maanden behoefte aan meerzorg
- over de aangevraagde periode is de inzet maximaal 40 uren meerzorg per week
- de zorgvraag overschrijdt het maximum aantal uren in het zzp met minimaal 25%.

Onderstaand proces moet worden doorlopen om voor ‘meerzorg verkorte procedure’ in aanmerking te komen. Hierin worden de volgende deelprocessen onderscheiden:

1. Van behoefte aan reguliere zorg tot en met behoefte aan meerzorg
2. Van aanvraag meerzorg tot en met advies CCE
3. a. Van advies CCE tot en met heraanvraag meerzorg
b. Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

Voor een aantal processtappen wordt verwezen naar de procesbeschrijving van de reguliere procedure GZ.

Tabel I 3.1: van behoefte aan regulier zorg tot en met behoefte aan meerzorg

Zie procesbeschrijving reguliere procedure. Zie tabel I 2.1

I 3.2 Van aanvraag meerzorg tot en met advies CCE

Tabel I 3.2: van aanvraag meerzorg tot en met advies CCE: doorlooptijd maximaal acht weken

- | | |
|----|---|
| 1. | In tegenstelling tot de reguliere procedure, verzoekt ZA eerst het CCE om een meerzorg-advies af te geven (met ZK in cc) ¹⁶ . |
| 2. | ZA ¹⁷ (als zaakwaarnemer van CL) vraagt een meerzorg-advies aan het CCE. Dit verzoek bestaat uit een ingevuld Excelsjabloon ‘Aanvraag meerzorg’ ¹⁸ ; |
| 3. | CCE controleert het Excelsjabloon, beoordeelt de aanvraag en richt zich hierbij op de vertaling van het CCE-advies, dat voortvloeit uit de consultatie, naar een implementatietraject en het bijbehorende aantal uren meerzorg. De beoordeling vindt plaats door middel van een bureaucontrole door een interne commissie bestaande uit 2 tot 3 coördinatoren (anderen dan de |

¹⁶ ZA kunnen deze verzoeken gedurende het hele jaar indienen bij het CCE.

¹⁷ Formeel dient CL aanvraag in; materieel ZA via zaakwaarneming. Om bij eventuele gerechtelijke procedures onduidelijkheid te voorkomen, verdient het aanbeveling dat ZA deze zaakwaarneming regelt met CL of zijn systeem. Bij de verdere procedure kan dan ZA als aanspreekpunt functioneren.

¹⁸ De ZA hoeft hiervoor geen eigen bijdrage te betalen

- bij het consultatietraject betrokken coördinatoren).
4. Bij een positief advies stelt CCE een adviesbrief op met daarin vermeld de periode en het totaal aantal uren meerzorg waarop het advies betrekking heeft.
 5. Het CCE stuurt de adviesbrief naar de ZA en in kopie naar ZK.
 6. ZK honoreert in principe de meerzorg zoals vermeld in de adviesbrief van CCE en stuurt ZA een beschikking. De ZA heeft de verantwoordelijkheid de CL te informeren over deze beschikking.

I 3.3 Van honorering aanvraag tot en met heraanvraag meerzorg

Tabel I 3.3a: van honorering aanvraag tot en met heraanvraag meerzorg: *looptijd toekenning meerzorg maximaal zes maanden*

7. Meerzorg kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven.
 8. Nieuwe aanvragen, welke zijn beoordeeld en vastgesteld door het CCE, ingediend voor 1 oktober, worden meegenomen in de tweede budgetronde op 1 november van dat zelfde jaar. Nieuwe aanvragen ingediend op of na 1 oktober, worden meegenomen in de tweede budgetronde op 1 november van het opvolgende jaar. Bij een positief besluit van ZK, mag ZA meerzorg met terugwerkende kracht declareren voor de periode genoemd in de adviesbrief van het CCE mits de complete aanvraag voor 1 oktober van het betreffende jaar is ingediend. Indien de aanvraag op of na 1 oktober jaar is ingediend, mag ZA, bij positief besluit van ZK, meerzorg declareren vanaf 1 januari van het volgende jaar.
- Materiële controle**
9. ZA dient te allen tijde aan te kunnen tonen hoe de extra financiële middelen zijn ingezet voor de individuele cliënt. Dit moet inzichtelijk zijn voor de cliënt en worden besproken tijdens de zorgplanbesprekingen. ZK controleert steekproefsgewijs of ZA de extra financiële middelen voor meerzorg doelmatig en rechtmatig besteedt, conform materiële controle. Indien blijkt dat de middelen ondoelmatig of onrechtmatig worden besteed, kan ZK (een percentage van) de beschikbaar gestelde middelen voor meerzorg terugvorderen bij de zorgaanbieder. ZA houdt zich aan de administratievoorschriften, conform Beleidsregel CA/NR-1651 van NZa, en kan de administratieve organisatie op de punten, zoals genoemd in deze beleidsregel, te allen tijde voor ZK inzichtelijk maken.
 10. Ten aanzien van de materiële controle, sluit ZK aan bij het Protocol Materiële Controle. Tijdens een materiële controle kan ZK onder meer toetsen:
 - of omvang en deskundigheid van de formatie overeenkomen met de ingevulde uren in het sjabloon (en hiermee het dagprogramma)
 - of de groepsuren en de formatie-uren aansluiten en in verhouding staan tot de individuele meerzorg, rekening houdend met eventueel andere CL in de groep die ook meerzorg ontvangen
 - of de op het sjabloon ingevulde restposturen onder 5% van het totaal aantal benodigde zorguren zijn gebleven.
 11. Binnen 4 weken na afloop van de periode *meerzorg verkorte procedure* stuurt ZA een schriftelijke evaluatie naar het CCE. De beoordeling vindt plaats middels een bureaucontrole door een interne commissie bestaande uit 2 tot 3 coördinatoren (anderen dan de bij het consultatiedocument betrokken coördinatoren). CCE stuurt de uitkomsten van deze evaluatie naar ZA en in kopie naar ZK die vervolgens op basis hiervan kan besluiten tot een neerwaartse aanpassing van het aantal uren meerzorg. Met de vaststellingsbrief van het CCE

	mag ZA meerzorg met terugwerkende kracht declareren voor de periode genoemd in de vaststellingsbrief van het CCE (zie ook processtap 7), mits de complete aanvraag voor 1 oktober van het betreffende jaar is ingediend. Indien de aanvraag op of na 1 oktober jaar is ingediend, mag ZA meerzorg declareren vanaf 1 januari van het volgende jaar.
12.	Indien tijdens de looptijd of de evaluatie geconstateerd wordt dat ZA onvoldoende uitvoering geeft aan het plan van aanpak waarop het CCE advies gebaseerd is, en indien geen adequate analyse en maatregelen voorhanden zijn, meldt het CCE dit door middel van een afwijzingsbrief aan ZA en ZK, en komt het eerder genomen besluit van ZK te vervallen.
Heraanvraag/Toets op doelrealisatie	
13.	Het CCE-advies voor meerzorg, benodigd voor implementatie van het CCE-advies dat voortvloeit uit de consultatie, heeft een beperkte geldigheidsduur van maximaal zes maanden. Minimaal twee weken voorafgaand aan het verstrijken van de termijn meerzorg dient ZA,
14.	indien nog steeds relevant, een heraanvraag in bij CCE. ZA mag maximaal 2 termijnen van elk 6 maanden verkorte procedure meerzorg aanvragen.
<i>Wijzigingen in cliëntsituatie</i>	
15.	ZA stelt ZK te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte van relevante wijzigingen in het zorgplan of in de persoonlijke omstandigheden van CL. ZK beslist vervolgens of het individuele zorgplan waarop het afgegeven CCE-advies betrekking heeft in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuw CCE-advies noodzakelijk is.
16.	Indien CL naar een nieuwe ZA verhuist, komt het eerder genomen besluit van ZK te vervallen en dient nieuwe ZA een nieuwe aanvraag meerzorg in te dienen bij ZK. Het eerder genomen besluit door ZK kan eveneens tussentijds komen te vervallen als CL een gewijzigde indicatie van het CIZ krijgt na herindicatie. ZA moet dan een nieuwe aanvraag meerzorg indienen bij ZK.

I 3.4 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

Tabel I 3.3b: van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure: *doorlooptijd maximaal in principe 21 weken (vanaf indiening bezwaar bij ZK)*

Zie procesbeschrijving reguliere procedure. Tabel I 2.3b

I 4. Meerzorg 2.0 (proeftuinen GZ)

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

Over de invulling van de proeftuinen lopen momenteel diverse gesprekken tussen het CCE, zorgaanbieders en zorgkantoren. Alle proeftuinen zijn gestart. Zorgaanbieders hebben momenteel geen mogelijkheid meer om zich aan te melden voor deze proeftuinen.

Resultaten en conclusies worden breed met het veld gedeeld. In de loop van 2016 is meer bekend over de resultaten van de proeftuinen. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de verdere ontwikkeling van dit protocol.

I 5. Procesbeschrijving meerzorg intramuraal VV en GGZ

I 5.1 Aanvraagprocedure

De zorgkantoren beschouwen 2016 voor de sectoren VV en GGZ als een ingroei jaar. In 2016 zullen alle lopende ontwikkelingen (brief VWS 30-11-2015 kenmerk 874166-144231-LZ) en opgedane ervaringen meegenomen worden voor 2017. Het betekent dat aanvragen uit deze sectoren voor een periode van maximaal 12 maanden en maximaal 40 uur per week meerzorg kunnen worden toegekend.

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

Tabel I 5.1: van behoefte aan reguliere zorg tot en met behoefte aan meerzorg

1. Cliënt (CL) heeft behoefte aan zorg.
2. CL ontvangt indicatie van CIZ en geeft voorkeursaanbieder aan. Indien CL het oneens is met de indicatie, kan hij een bezwaar indienen bij het CIZ.
3. Zorgkantoor (ZK) wijst CL idealiter toe aan voorkeursaanbieder, indien dit niet mogelijk is, bemiddelt ZK tussen CL en andere zorgaanbieder (ZA).
4. CL wordt in zorg genomen.
5. CL heeft behoefte aan meer zorg dan het geïndiceerde ZZP¹⁹ voorschrijft en is aangewezen op ZZP VV 7 of VV 8 of GGZ 6B of GGZ 7B en heeft behoefte aan zorg die minimaal 25% hoger is dan het aantal uren binnen het ZZP²⁰.

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

Tabel I 5.2: van aanvraag meerzorg tot en met advies CCE: doorlooptijd maximaal acht weken²¹

6. De ZA²² (als zaakwaarnemer van CL) dient aanvraag²³ meerzorg in bij ZK. Dit verzoek bestaat uit een ingevuld Excelsjabloon 'Aanvraag meerzorg GGZ en V&V'.
7. Het Zorgkantoor controleert het Excelsjabloon en beoordeelt de aanvraag.
In het sjabloon, wordt door de ZA een plan van aanpak (PvA) beschreven. Hieruit blijkt wat er extra nodig is om de cliënt de benodigde zorg te kunnen bieden, waaruit de extreme zorgbehoefte van de cliënt blijkt. Wat mist de cliënt aan kwaliteit van leven en/of kwaliteit van zorg als meerzorg niet gehonoreerd wordt. De zorgaanbieder motiveert waarom juist deze cliënt wordt aangemeld.

¹⁹ Waar ZZP staat kan ook zorgprofiel worden gelezen, zie inleiding voor hoe deze samenhangen.

²⁰ Indien CL een of meerdere toeslagen op een ZZP ontvangt, zoals genoemd in Beleidsregel CA-BR-1608 van NZa, komen deze toeslagen te vervallen zodra de cliënt meerzorg ontvangt.

²¹ Zodra ZA op verplichting van ZK advies vraagt aan CCE wordt de beslissingstermijn van maximaal 8 weken door ZK opgeschort.

²² Formeel dient CL aanvraag in; materieel ZA via zaakwaarneming. Om bij eventuele gerechtelijke procedures onduidelijkheid te voorkomen, verdient het aanbeveling dat ZA deze zaakwaarneming regelt met CL of zijn systeem. Bij de verdere procedure kan dan ZA als aanspreekpunt functioneren.

²³ Aanvragen kunnen gedurende het hele jaar bij het zorgkantoor worden ingediend. Nieuwe aanvragen ingediend voor 1 augustus worden meegenomen in de tweede budgetronde op 1 november van dat jaar. Nieuwe aanvragen ingediend op of na 1 augustus kunnen pas in het volgende jaar worden meegenomen. Het zorgkantoor is gehouden aan de formele budgetrondes van de NZa maar anticipeert hierop door te inventariseren of er nog meerzorgaanvragen te verwachten zijn en deze te begroten. Voor de mogelijkheden in de nacalculatie geldt de betreffende NZa beleidsregel.

7a	Er sprake is van enkel somatische zorg ZK beoordeelt de aanvraag inhoudelijk op basis van het schriftelijk ingediend aanvraagsjabloon. Voor zover dit nodig is voor een zorgvuldige besluitvorming kan het ZK eventueel verzoeken (dossier)informatie aan te leveren over de cliënt zoals het individuele plan en/of een bezoek brengen aan de cliënt in zijn context en een gesprek met de betrokkenen (bv. behandelaar, begeleider, lijnverantwoordelijke, verwant).
7b.	Er is (tevens) sprake van (ernstig) probleemgedrag Indien de aanvraag de formele en financiële (uren) toets doorstaat is de ZA verplicht om een zorginhoudelijk advies aan het CCE te vragen²⁴ en stuurt ZA de in bijlage I 6.3 genoemde documenten binnen een redelijke termijn door naar het CCE²⁵. Het CCE brengt rondom meerzorgaanvragen advies uit aan de ZA en het ZK daar waar het gaat om cliënten met ernstig probleemgedrag. Dat advies is gebaseerd op (dossier)informatie over de cliënt zoals het individuele plan, een bezoek aan de cliënt in zijn context en een gesprek met de betrokkenen (bv. behandelaar, begeleider, lijnverantwoordelijke, verwant). Essentieel is het gesprek tussen professionals (en verwanten) met de focus op ontwikkeling en perspectief voor de cliënt. Om een doorlooptijd van maximaal 8 weken te realiseren wordt van de ZA verwacht dat deze: • De benodigde documenten (zie bijlage I 6.3) zo snel mogelijk en compleet naar het CCE stuurt; pas bij volledigheid van het dossier worden aanvragen ingepland; • Zorg draagt voor aanwezigheid bij het gesprek met CCE van relevante betrokkenen, te bepalen door CCE, maar in ieder geval de inhoudelijk verantwoordelijke, manager, persoonlijk begeleider en cliëntvertegenwoordiger. • Het bezoek van het CCE organiseert, inclusief bezoek aan CL in zijn context. In het bezoek en gesprek gaat het CCE in op een aantal thema's zoals: 1. De cliënt waarvoor de meerzorg wordt aangevraagd en de zorgvraag van deze cliënt. 2. De vertaling van deze zorgvraag naar een passend perspectief en bijbehorende doelen, interventies en dagprogramma's. 3. De inzet van middelen, mensen en methodieken ten behoeve van de cliënt en de doelen. 4. Meten van voortgang en realisatie van doelen, meten van effectiviteit van uitgevoerde therapieën en interventies. 5. Doorvoeren van aanpassingen, verbeteringen etc. naar aanleiding van MDO's, evaluaties, effectmetingen, cliëntwaardering, etc. In het advies worden aanbevelingen gedaan en wordt ingegaan op de volgende vragen: a) Is er bij cliënt sprake van extreme zorgbehoefte? b) Voldoet het plan van aanpak zoals aangedragen door de zorgaanbieder middels Excel-sjabloon 'Aanvraag meerzorg 2016' om de zorg te verbeteren? c) Zijn de voorgestelde uren redelijk en billijk? De cliënt heeft recht op meerzorg als is voldaan aan a. De aanbieder kan de meerzorg slechts leveren als ook is voldaan aan b en c. Als is voldaan aan b en c en er is sprake van een extreme zorgbehoefte dan honoreert het ZK de aanvraag. Bij één of meerdere negatieve antwoorden op de vragen b en c wijst ZK de aanvraag (evt. in 1^e instantie) af en gaat ZK in gesprek met ZA

²⁴ De kosten van het CCE advies bedragen per 1-1-2016 € 1.170,- per toetsing/cliënt en zijn voor rekening van de ZA.

²⁵ Gezien de urgentie van meerzorg die mag verwacht worden bij een dergelijke aanvraag, is de ZA verplicht binnen een redelijke termijn (richtlijn: 2 weken) na akkoord ZK het CCE advies aan te leveren.

over hoe voldaan kan worden aan b en c waarna meerzorg alsnog kan worden toegekend. Het CCE stuurt zijn advies aan de ZA en het ZK. Als bij de inhoudelijke beoordeling van het CCE de uren worden bijgesteld, stuurt het CCE een advies met daarnaast een bijgesteld sjabloon naar het ZK. Indien het een heraanvraag²⁶ betreft, gaat CCE na of ZA op een systematische wijze aan het realiseren van de gestelde doelen heeft gewerkt. Indien blijkt dat ZA zijn doelen niet realiseert, komt dit tot uiting in een negatief CCE-advies, tenzij een adequate analyse en maatregelen voorhanden zijn.

8. ZK neemt besluit over toekennen meerzorg (honoreert of wijst af) en stuurt ZA een beschikking²⁷. ZK onderbouwt een afwijzing deugdelijk (zowel inhoudelijk als juridisch). De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid de cliënt direct te informeren over deze beschikking. Het recht op meerzorg moet inzichtelijk zijn voor de cliënt. Ook moet in het zorgplan worden opgenomen welke - aanvullende- zorg vanuit de meerzorg wordt bekostigd.

I 5.3 Van honorering aanvraag tot en met heraanvraag meerzorg

Tabel I 5.3a: van honorering aanvraag tot en met heraanvraag meerzorg intramuraal VV en GGZ:

9. Indien ZK aanvraag heeft gehonoreerd, declareert ZA de prestatie ZZP meerzorg bij ZK. Meerzorg kan maandelijks worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven.

Materiële controle

10. ZA dient te allen tijde aan te kunnen tonen hoe de extra financiële middelen zijn ingezet voor de individuele cliënt. Dit moet inzichtelijk zijn voor de cliënt en worden besproken tijdens de zorgplanbesprekingen. ZK controleert steekproefsgewijs of ZA de extra financiële middelen voor meerzorg doelmatig en rechtmatig besteedt, conform materiële controle. Indien blijkt dat de middelen ondoelmatig of onrechtmatig worden besteed, kan ZK (een percentage van) de beschikbaar gestelde middelen voor meerzorg terugvorderen bij de zorgaanbieder.
11. ZA houdt zich aan de administratievoorschriften, conform Beleidsregel CA/NR-1608 van NZa, en kan de administratieve organisatie op de punten, zoals genoemd in deze beleidsregel, te allen tijde voor ZK inzichtelijk maken.
12. Ten aanzien van de materiële controle, sluit ZK aan bij het Protocol Materiële Controle. Tijdens een materiële controle kan ZK onder meer toetsen:
 - of omvang en deskundigheid van de formatie overeenkomen met de ingevulde uren in het sjabloon (en hiermee het dagprogramma)
 - of de groepsuren en de formatie-uren aansluiten en in verhouding staan tot de individuele meerzorg, rekening houdend met eventueel andere CL in de groep die ook meerzorg ontvangen
 - of de op het sjabloon ingevulde restposturen onder 5% van het totaal aantal benodigde zorguren zijn gebleven.

²⁶ Een heraanvraag betreft een nieuwe aanvraag in verband met het verstrijken van de termijn van meerzorg.

²⁷ Het kan zijn dat door het bereiken van het budgettair kader de daadwerkelijke vergoeding voor meerzorg lager uitvalt. Het zorgkantoor informeert de zorgaanbieder hierover.

Heraanvraag/ Toets op doelrealisatie	
13.	Heraanvragen 7a enkel somatisch: Minimaal acht weken voorafgaand aan het verstrijken van de termijn meerzorg dient ZA, indien nog steeds relevant, een heraanvraag in bij het ZK. Heraanvragen 7b (ernstig) probleemgedrag of combinatie (ernstig) probleemgedrag en somatiek: Minimaal drie en maximaal vijf maanden voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van meerzorg (= vervaldatum CCE-advies) moet ZA, indien nog steeds relevant, een heraanvraag voor meerzorg indienen bij ZK. De ingangsdatum is de vervaldatum van het vorige CCE-advies, zodat meerzorg naadloos doorloopt. Indien ZA de heraanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van meerzorg niet worden gegarandeerd. Een heraanvraag volgt dezelfde stappen als een nieuwe aanvraag, zie daarom tabel 5.2 voor het vervolg.
14.	<i>Wijzigingen in cliëntsituatie</i> ZA stelt ZK te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte van relevante wijzigingen in het zorgplan of in de persoonlijke omstandigheden van CL. ZK beslist vervolgens of het individuele zorgplan waarop het afgegeven CCE-advies betrekking heeft in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuw CCE-advies noodzakelijk is.
15.	Indien CL naar een nieuwe ZA verhuist die het zorgplan van de oude ZA integraal overneemt, blijft het eerder genomen besluit van ZK van kracht voor de duur van maximaal één jaar vanaf datum verhuizing naar de nieuwe ZA, of de geldigheidsduur van het CCE-advies indien deze binnen één jaar na verhuizing verstrijkt. Oude ZA en oude ZK bevestigen de verhuizing van CL op het 'verhuisformulier' van het Excelsjabloon 'Aanvraag meerzorg'. Nieuwe ZK stuurt aan nieuwe ZA een beschikking waarin is opgenomen wat de geldigheidsduur is voor de resterende periode en de hoogte van de toeslag die de nieuwe ZA kan declareren. Nieuwe ZA en ZK bevestigen de verhuizing van CL op het budgetformulier van de NZa tijdens de tweede budgetronde en de nacalculatie.
16.	Indien CL naar een nieuwe ZA verhuist die het zorgplan van de oude ZA niet integraal overneemt, komt het eerder genomen besluit van ZK te vervallen en dient nieuwe ZA een nieuwe aanvraag meerzorg in te dienen bij ZK.
17.	Het eerder genomen besluit door ZK kan eveneens tussentijds komen te vervallen als CL een gewijzigde indicatie van het CIZ krijgt na herindicatie. ZA moet dan een nieuwe aanvraag meerzorg indienen bij ZK.

I 5.4 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure:

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

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

I 6. Bijlagen bij deel I

I 6.1 Excel-sjabloon 'Aanvraag meerzorg 2016'

Voor de sector GZ en voor de sectoren GGZ en V&V zijn twee aparte aanvraagsjablonen. De aanvraagsjablonen zijn gepubliceerd op de website van het zorgkantoor.

I 6.2 Voorwaarden waaraan aanvraag CCE moet voldoen m.b.t. GZ

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

Benodigde informatie

Algemene gegevens

- Aanvraagformulier CCE
- Toestemming van het zorgkantoor inclusief datum dagtekening ontvangst aanvraag bij zorgkantoor
- Excel sjabloon aanvraag 'Aanvraag meerzorg 2016'

Inhoudelijke gegevens

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

I 6.3 Voorwaarden waaraan aanvraag CCE moet voldoen m.b.t. GGZ en VV

Dit is uitsluitend van toepassing bij aanvragen voor cliënten met (ernstig) probleemgedrag. De rapportage bestaat uit recente informatie, dat wil zeggen maximaal 1 jaar oud en nog actueel op het moment van aanvraag.

Benodigde informatie

Algemene gegevens

- Aanvraagformulier CCE
- Toestemming van het zorgkantoor
- Excel sjabloon 'Aanvraag meerzorg 2016'.

Inhoudelijke gegevens

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

DEEL II Meerzorgregeling thuiswonende cliënten

II 1. Inleiding meerzorgregeling thuiswonende cliënten

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

Hieronder staat het protocol uitvoering regeling meerzorg 2016 voor thuiswonende cliënten beschreven. De beschreven procedure heeft uitsluitend betrekking op de zorgvormen Persoonsgebonden Budget (PGB), Modulair Pakket Thuis (MPT) en Volledig Pakket Thuis (VPT). Voor klanten die intramuraal verblijven en als leveringsvorm Zorg in Natura (ZIN) hebben geldt een andere procedure (zie deel I).

II 1.1 Zorgprofielen meerzorg

Meerzorg is bedoeld voor cliënten die, gezien hun behoefte aan zorg (al dan niet tijdelijk), meer zorg nodig hebben dan vanuit het zorgprofiel gefinancierd kan worden.

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

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

2. Een verzekerde als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, kan slechts recht op de in dat lid bedoelde zorg krijgen indien zijn behoefte aan zorg minimaal 25%²⁸ hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt dan wel van het zorgprofiel.

II 1.2 Protocol

Om zorgkantoren in hun beoordelende rol te ondersteunen en uniformiteit te bereiken is dit protocol opgesteld. Dit protocol is opgesteld door ZN en zorgkantoren. Het protocol gaat in op het proces dat wordt doorlopen van aanvraag tot realisatie van meerzorg voor thuiswonende cliënten. De zorgkantoren beschouwen 2016 als een ingroei jaar. In 2016 zullen alle lopende ontwikkelingen (brief VWS 30-11-2015 kenmerk 874166-144231-LZ) en opgedane ervaringen meegenomen worden voor 2017. Het betekent dat aanvragen voor een periode van maximaal 12 maanden en maximaal 40 uur per week meerzorg kunnen worden toegekend.

II 1.3 Criteria

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

- Klant heeft een zorgprofiel die openstaat voor meerzorg.
- Er moet sprake zijn van 25% meer behoefte aan uren zorg dan beschikbaar in het zorgprofiel.
- Uren zorg uit het zorgprofiel worden ingezet voor zorg.
- 24-uurs toezicht is geregeld en kan geen onderdeel zijn van de meerzorgaanvraag.
- Er is een verpleegkundige of Sociaal Pedagogische Hulpverlener (SPH-er) betrokken bij de zorg thuis²⁹.

II 1.4 Leveringsvormen PGB, MPT en VPT

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

Persoonsgebonden budget (PGB)

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

Modulair pakket thuis (MPT)

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

²⁸ Artikel 5.3 lid 3 van de Regeling Langdurige zorg (Rlz) omschrijft enkele doelgroepen waarvoor het is toegestaan om maximaal 25% extra budget voor zorg thuis in te zetten om een verantwoorde thuissituatie te creëren. Samenloop tussen deze toeslag en de meerzorgregeling is niet mogelijk. Op het moment dat meerzorg wordt vastgesteld vervalt de toeslag beschreven in artikel 5.3. Rlz.

²⁹ Deze criteria zijn nader omschreven in het toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen.

Volledig pakket thuis (VPT)

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

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

Alvorens meerzorg aangevraagd kan worden, dienen eerst de mogelijkheden van de andere toeslagen en extra kosten thuis (EKT) gevolgd te worden. Indien deze mogelijkheden onvoldoende blijken te zijn en er wordt voldaan aan de voorwaarden voor meerzorg, kan een aanvraag meerzorg ingediend worden. Hierbij moet opgemerkt worden dat EKT uit gaat van meer kosten en meerzorg van meer volume ten opzichte van het geïndiceerde zorgprofiel (zie beleidsregel CA-BR-1608 NZa).

II 2. Aanvraag meerzorg bij PGB

Indien er een meerzorg aanvraag wordt gedaan voor een verzekerde, die de zorg ontvangt met als leveringsvorm PGB, is de verzekerde zelf of de ondersteuner verantwoordelijk voor de aanvraag. In dit hoofdstuk wordt daar waar verzekerde staat ook ondersteuner bedoeld, tenzij anders vermeld. Hieronder wordt het aanvraagproces omschreven.

II 2.1 Aanvraagprocedure

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

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

Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag voor meerzorg op basis van het cliëntprofiel, het Persoonlijk Plan, de benodigde zorg, de bijkomende problematiek en aanvullende gegevens die zijn aangeleverd. Indien de aanvraag door het zorgkantoor in behandeling wordt genomen, ontvangt de aanvrager hier een schriftelijke bevestiging van. Bij een eerste aanvraag voor meerzorg wordt ter beoordeling van de persoonlijke omstandigheden van de verzekerde door het zorgkantoor een huisbezoek afgelegd, tenzij het CCE de verzekerde al bezoekt.

De aanvraag

Beoordeling meerzorgaanvraag

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

- De CIZ-indicatie moet geldig zijn;
- De verzekerde heeft een CIZ-indicatie voor een van de zorgprofielen waarbij meerzorg kan worden aangevraagd;
- De aanvraag moet volledig zijn;
- Er is sprake van extreme zorgbehoefte. Duidelijk moet vastgelegd zijn, wat de aard en omvang is van de uren zorg die het zorgprofiel overstijgt en die wel noodzakelijk is gelet op de zorgvraag van de verzekerde;

- In de aanvraag is rekening gehouden met gebruikelijke zorg³⁰ en/of respijtzorg³¹ en/of mantelzorg³²;
- Het Persoonlijk Plan sluit aan bij de zorgvraag van de verzekerde;
- Uit de invulling van het Persoonlijk Plan blijkt dat de zorg kwalitatief goed is en dat de randvoorwaarden hiervoor in de thuissituatie aanwezig zijn;
- Er moet, binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid, geen doelmatiger zorgaanbod zijn;
- Indien er sprake is van een zorgprofiel waarbij de aanvraag wordt getoetst door het CCE, dient er een positief advies te liggen van het CCE;
- Er moet sprake zijn van 25% meer behoefte aan uren zorg dan beschikbaar in het zorgprofiel;
- Bij het opstellen van het Persoonlijk Plan is een gedragskundige/behandelaar betrokken die de aanvraag mede ondertekent;
- Bij het jaarlijks evalueren van de zorg en het indienen van een vervolgaanvraag is een gedragskundig /behandelaar betrokken;
- Er moet minstens één professionele zorgverlener (verpleegkundige of SPH-er) betrokken zijn bij de directe zorgverlening;
- Wanneer er sprake is van een meerzorg aanvraag die betrekking heeft op intensieve begeleiding vanwege ernstige gedragsproblematiek (zoals bij 7 VG, 7 VV en in mindere mate bij 5 VG) legt het zorgkantoor deze aanvragen voor aan het CCE voor een inhoudelijk advies, tenzij hij anders besluit;
- Bij een heraanvraag: Is in de voorgaande periode is op systematische wijze aan de vooraf opgestelde doelen gewerkt en zijn er resultaten behaald?
- De kosten van de advisering van het CCE worden niet ten laste van de budgethouder gebracht. Bij een combinatie MPT/PGB en meerzorg worden de kosten van de advisering CCE in rekening gebracht bij de zorgaanbieder die het MPT deel levert.

Tarieven

Indien er aan bovenstaande voorwaarden voor het toekennen van meerzorg wordt voldaan, boordeelt het zorgkantoor of de gehanteerde tarieven voor de zorgverleners redelijk en billijk zijn. Hierbij worden de maximum NZa-tarieven als richtlijn gebruikt. Voor de uren professionele zorg en uren niet professionele zorg (ongeacht wie deze zorg levert) gelden verschillende maximum tarieven.

Toekenning

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

Uitkomst beoordeling:

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

Niet compleet

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

³⁰ Gebruikelijke zorg is in bijlage II 5.4 nader toegelicht.

³¹ Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven.

³² Mantelzorg is in bijlage II 5.4 nader toegelicht.

Afwijzingscriteria:

Een aanvraag voor meerzorg wordt door het zorgkantoor afgewezen indien:

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

II 2.3 Van honorering aanvraag tot heraanvraag meerzorg

Looptijd toekenning: 1 jaar.

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

Wanneer het zorgkantoor de aanvraag heeft gehonoreerd, dient de verzekerde de facturen in bij de SVB. Meerzorg kan worden gedeclareerd voor de periode waarvoor de beschikking is afgegeven.

Huisbezoek

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

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

II 2.4 Heraanvraag

Minimaal 3 en maximaal 5 maanden voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van meerzorg (= vervaldatum beschikking meerzorg) moet de verzekerde, indien nog steeds relevant, een heraanvraag voor meerzorg indienen bij het zorgkantoor. De ingangsdatum is de vervaldatum van de vorige beschikking, zodat meerzorg naadloos doorloopt.

Indien de verzekerde de heraanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van meerzorg niet worden gegarandeerd.

Wijziging in verzekerde situatie

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

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

II 2.5 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

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

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

II 3. Aanvraag meerzorg bij MPT

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

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

II 3.1 Aanvraagprocedure

1. De cliënt heeft een Wlz-indicatie die toegang geeft tot meerzorg en verzilvert deze thuis in de leveringsvorm MPT.
2. De cliënt of zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor indien de uren zorg die vanuit het zorgprofiel ingezet worden niet voldoende zijn.
3. De zorgaanbieder vult de rekenmodule in en stuurt deze via het notitieverkeer naar het zorgkantoor.
4. Indien blijkt dat de verzekerde in aanmerking komt voor meerzorg, wordt er gekeken of de extreme zorgzwaarte veroorzaakt wordt door gedragsproblematiek of door somatische problematiek.
5. A. Indien de reden voor de aanvraag meerzorg somatische problematiek betreft zal het zorgkantoor een afspraak met de klant maken om de aanvraag door te nemen.
B. Indien de reden voor de aanvraag gedragsproblematiek betreft, stuurt de zorgaanbieder na goedkeuring door het zorgkantoor, de aanvraag door naar het CCE³³.
6. A. Het zorgkantoor neemt een beslissing over meerzorg en stelt de verzekerde hier schriftelijk van op de hoogte.
B. Na ontvangst van het advies van het CCE neemt het zorgkantoor een beslissing over de meerzorg en stelt de verzekerde hier schriftelijk van op de hoogte.

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

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

Beoordeling meerzorgaanvraag

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

- De CIZ-indicatie moet geldig zijn;

³³ De kosten van het CCE advies bedragen per 1-1-2016 € 1.170,- per toetsing/cliënt en zijn voor rekening van de ZA.

- De cliënt heeft een CIZ-indicatie voor een van de zorgprofielen waarbij meerzorg kan worden aangevraagd;
- De aanvraag moet volledig zijn;
- Er is sprake van extreme zorgbehoefte. Duidelijk moet vastgelegd zijn wat de aard en omvang is van de uren zorg die het zorgprofiel overstijgt en of die wel noodzakelijk is, gelet op de zorgvraag van de cliënt;
- In de aanvraag is rekening gehouden met gebruikelijke zorg³⁴ en/of respijtzorg³⁵ en/of mantelzorg³⁶;
- Het zorgplan sluit aan bij de zorgvraag van de cliënt;
- Uit de invulling van het zorgplan blijkt dat de zorg kwalitatief goed is en dat de randvoorwaarden hiervoor in de thuissituatie aanwezig zijn;
- Er moet, binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid, geen doelmatiger zorgaanbod zijn;
- Indien er sprake is van een zorgprofiel waarbij de aanvraag wordt getoetst door het CCE, dient er een positief advies te liggen van het CCE;
- Er moet sprake zijn van 25% meer behoefte aan uren zorg dan beschikbaar in het zorgprofiel;
- Bij het opstellen van het zorgplan is een gedragskundige/behandelaar betrokken die de aanvraag mede ondertekent;
- Bij het jaarlijks evalueren van de zorg en het indienen van een vervolgaanvraag is een gedragskundig /behandelaar betrokken;
- Er moet minstens één professionele zorgverlener (verpleegkundige of SPH-er) betrokken zijn bij de directe zorgverlening;
- Wanneer er sprake is van een meerzorgaanvraag die betrekking heeft op ernstige gedragsproblematiek (zoals bij 7 VG, 7 VV en in mindere mate bij 5 VG) vraagt de zorgaanbieder, na goedkeuring van het zorgkantoor, advies aan bij het CCE;
- Bij een heraanvraag: Is in de voorgaande periode is op systematische wijze aan de vooraf opgestelde doelen gewerkt en er zijn resultaten behaald?

Toekenning

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

Uitskomst beoordeling:

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

Niet compleet

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

³⁴ Gebruikelijke zorg wordt in bijlage II 5.4 nader toegelicht.

³⁵ Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven.

³⁶ Mantelzorg wordt in bijlage II 5.4 nader toegelicht.

Afwijzingscriteria

Een aanvraag voor meerzorg wordt door het zorgkantoor afgewezen indien:

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

II 3.3 Van honorering aanvraag tot heraanvraag meerzorg

Looptijd toekenning: 1 jaar

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

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

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

Materiële controle

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

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

II 3.4 Heraanvraag

Bij beschikkingen meerzorg die zijn afgegeven moet de cliënt/ de zorgaanbieder minimaal 3 en maximaal 5 maanden, voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van meerzorg (= vervaldatum beschikking meerzorg), indien nog steeds relevant, een heraanvraag voor meerzorg indienen bij het zorgkantoor. De ingangsdatum is de vervaldatum van de vorige beschikking, zodat meerzorg naadloos doorloopt.

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

Wijziging in cliëntsituatie

- De cliënt of zorgaanbieder stelt het zorgkantoor te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte wanneer de zorgvraag van de cliënt het aantal uren uit het zorgplan overschrijdt. Het zorgkantoor beslist vervolgens of het zorgplan waarop het afgegeven beschikking betrekking heeft in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuwe beoordeling noodzakelijk is;

- Indien de cliënt verhuist naar een ander zorgkantoorregio en de nieuwe zorgaanbieder het zorgplan van de oude zorgaanbieder integraal overneemt, blijft het eerder genomen besluit van het zorgkantoor van kracht voor de duur van het kalenderjaar;
- Het eerder genomen besluit door het zorgkantoor kan tussentijds komen te vervallen, indien de cliënt een gewijzigde indicatie van het CIZ krijgt na herindicatie. De cliënt/de zorgaanbieder dient, indien nodig, een nieuwe aanvraag meerzorg in bij het zorgkantoor.

II 3.5 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

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

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

II 4. Aanvraag meerzorg bij VPT

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

II 4.1 Aanvraagprocedure

1. De cliënt heeft een Wlz-indicatie die toegang geeft tot meerzorg en verzilvert deze thuis in de leveringsvorm VPT.
2. De zorgaanbieder neemt contact op met het zorgkantoor indien de uren zorg die vanuit het zorgprofiel worden geleverd niet voldoende zijn, en gebruikt voor de aanvraag voor meerzorg het aanvraagsjabloon voor intramurale zorg (staat beschreven in deel I).
3. A Indien de reden aanvraag meerzorg somatische problematiek betreft kan de aanvraag rechtstreeks naar het zorgkantoor.
B. Indien er sprake is van gedragsproblematiek dient de ZA na goedkeuring van het ZK een aanvraag in bij het CCE³⁷.
4. Bij binnenkomst aanvraagdocument beoordeelt het zorgkantoor of de zorg doelmatig en verantwoord geleverd kan worden (voor nadere toelichting hierop zie toetsingskader doelmatig en verantwoord thuiswonend).
5. Zorgkantoor geeft een beschikking af.

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

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

Beoordeling meerzorgaanvraag

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

- De CIZ-indicatie moet geldig zijn;
- De cliënt heeft een CIZ-indicatie voor een van de zorgprofielen waarbij meerzorg kan worden aangevraagd;
- De aanvraag moet volledig zijn;
- Er is sprake van extreme zorgbehoefte. Duidelijk moet vastgelegd zijn, wat de aard en omvang is van de uren zorg die het zorgprofiel overstijgt en die wel noodzakelijk is gelet op de zorgvraag van de cliënt;
- In de aanvraag is rekening gehouden met gebruikelijke zorg³⁸ en/of respijtzorg³⁹ en/of mantelzorg⁴⁰;
- Het zorgplan sluit aan bij de zorgvraag van de cliënt;

³⁷ De kosten van het CCE advies bedragen per 1-1-2016 € 1.170,- per toetsing/cliënt en zijn voor rekening van de ZA.

³⁸ Gebruikelijke zorg wordt in bijlage II 5.4 nader toegelicht.

³⁹ Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven.

⁴⁰ Mantelzorg wordt in bijlage II 5.4 nader toegelicht.

- Uit de invulling van het zorgplan blijkt dat de zorg kwalitatief goed is en dat de randvoorwaarden hiervoor in de thuissituatie aanwezig zijn;
- Er moet, binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid, geen doelmatiger zorgaanbod zijn;
- Indien er sprake is van een zorgprofiel waarbij de aanvraag wordt getoetst door het CCE, dient er een positief advies te liggen van het CCE;
- Er moet sprake zijn van 25% meer behoefte aan uren zorg dan beschikbaar in het zorgprofiel;
- Bij het opstellen van het zorgplan is een gedragskundige/ behandelaar betrokken die de aanvraag mede ondertekent;
- Bij het jaarlijks evalueren van de zorg en het indienen van een vervolgaanvraag is een gedragskundig /behandelaar betrokken;
- Er moet minstens één professionele zorgverlener (verpleegkundige of SPH-er) betrokken zijn bij de directe zorgverlening;
- Wanneer er sprake is van een meerzorgaanvraag die betrekking heeft op ernstige gedragsproblematiek (zoals bij 7 VG, 7 VV en in mindere mate bij 5 VG), vraagt de zorgaanbieder na goedkeuring van het zorgkantoor een advies van het CCE aan;
- Bij een heraanvraag: Is in de voorgaande periode is op systematische wijze aan de vooraf opgestelde doelen gewerkt en er zijn resultaten behaald?

Toekenning

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

Uitkomst beoordeling:

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

Niet compleet

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

Afwijzingscriteria

Een aanvraag voor meerzorg wordt door het zorgkantoor afgewezen indien:

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

II 4.3 Van honorering aanvraag tot en met heraanvraag meerzorg

Looptijd toekenning: 1 jaar

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

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

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

Materiële controle

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

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

II 4.4 Heraanvraag

Minimaal 3 en maximaal 5 maanden voorafgaand aan het verstrijken van de vastgestelde termijn van meerzorg (= vervaldatum beschikking meerzorg) moet de zorgaanbieder, indien nog steeds relevant, een heraanvraag voor meerzorg indienen bij het zorgkantoor. De ingangsdatum is de vervaldatum van de vorige beschikking, zodat meerzorg naadloos doorloopt. Indien de zorgaanbieder de heraanvraag te laat indient, kan een besluit voorafgaand aan het verstrijken van de termijn van meerzorg niet worden gegarandeerd.

Wijziging in cliëntsituatie

De zorgaanbieder stelt het zorgkantoor te allen tijde en zo snel mogelijk op de hoogte wanneer de zorgvraag van de cliënt het aantal uren uit het zorgplan overschrijdt. Het zorgkantoor beslist vervolgens of het zorgplan waarop het afgegeven beschikking betrekking heeft in dusdanige mate is gewijzigd dat een nieuwe beoordeling noodzakelijk is.

Indien de cliënt naar een nieuwe zorgaanbieder verhuist die het zorgplan van de oude zorgaanbieder integraal overneemt, blijft het eerder genomen besluit van het zorgkantoor van kracht voor de duur van maximaal één jaar vanaf datum verhuizing naar de nieuwe zorgaanbieder, of de geldigheidsduur van het CCE-advies indien deze binnen één jaar na verhuizing verstrijkt. De oude zorgaanbieder en het oude zorgkantoor bevestigen de verhuizing van de cliënt.

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

II 4.5 Van afwijzing aanvraag tot en met bezwaarprocedure

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

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

II 5. Bijlagen bij deel II

II 5.1 Aanvraagsjablonen

Voor de leveringsvormen zijn verschillende aanvraagsjablonen beschikbaar. U kunt bij het zorgkantoor de benodigde documenten opvragen of deze van de website downloaden.

A) Aanvraagsjabloon meerzorg voor thuiswonende cliënten met MPT

(Aanvraagsjabloon meerzorg MPT (met of zonder macro) is te vinden via de website van ZN)

B) Aanvraagsjabloon meerzorg voor thuiswonende cliënten met PGB

(Dit document kan opgevraagd worden bij het zorgkantoor)

C) Aanvraagsjabloon meerzorg voor thuiswonende cliënten met VPT

(Aanvraagsjabloon meerzorg intramuraal)

II 5.2 Zorgplan voor thuiswonende cliënten

Op de website van de Rijksoverheid⁴¹ staat aangegeven wat een zorgplan is en welke onderdelen minimaal in het zorgplan moeten worden vastgelegd. Hieronder volgt een korte weergave.

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

Inhoud zorgplan

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

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

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

⁴¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vraag-en-antwoord/welke-afspraken-tussen-client-en-zorgaanbieder-staan-in-een-zorgplan>

II 5.3 Voorwaarden waaraan aanvraag meerzorg moet voldoen

A) Voorwaarden waaraan meerzorg aanvraag PGB moet voldoen

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

Benodigde informatie:

- Algemene gegevens
- Persoonlijk Plan

Inhoudelijke gegevens:

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

B) Voorwaarden waaraan aanvraag CCE moet voldoen

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

Benodigde informatie

Algemene gegevens

- Aanvraagformulier CCE
- Toestemming van het zorgkantoor inclusief datum dagtekening ontvangst aanvraag bij zorgkantoor
- Meerzorg rekenmodule

Inhoudelijke gegevens

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

II 5.4 Gebruikelijke Zorg

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

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

Hieronder staat omschreven per sociale relatie wat gebruikelijk geacht wordt.

Volwassenen

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

Partners

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

Kinderen

De gebruikelijke zorg die ouders aan kinderen bieden omvat zorg in de zin van persoonlijke verzorging, begeleiding en een woonomgeving waarin hun fysieke en sociale en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Gebruikelijke zorg bij kinderen kan ook zorg omvatten die niet standaard bij alle kinderen voorkomt. Het gaat dan om zorg die gebruikelijke zorg vervangt zoals sondevoeding in plaats van eten, of om zorg die in samenhang met reguliere zorg kan worden geboden zoals het geven van medicijnen.

Er is sprake van bovengebruikelijke zorg indien de duur van de zorghandelingen persoonlijke verzorging/verpleging en begeleiding gezamenlijk minimaal een uur meer is dan de zorg voor een kind zonder Wlz-indicatie. Ook is er sprake van bovengebruikelijke zorg wanneer het handelingen betreffen die een gezond kind van die leeftijd zelfstandig uit kan voeren of bij een gezond kind niet uitgevoerd hoeven te worden.

Bij de beoordeling van gebruikelijke zorg wordt gebruik gemaakt van de richtlijn die hieronder is opgenomen. Het uitgangspunt van de richtlijn is de zorg die ouders volgens heersende maatschappelijke opvattingen moeten bieden aan kinderen zonder beperkingen, rekening houdend met verschillen die bij kinderen in dezelfde leeftijdscategorie bestaan.

Kinderen van 0 tot 3 jaar

- hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, voor henzelf te voorkomen;
- hebben voortdurend, dat wil zeggen op geplande en ongeplande momenten, overname van zelfzorg nodig;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden, nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Kinderen van 3 tot 5 jaar

- hebben overdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, voor henzelf te voorkomen;
- hebben overdag voortdurend begeleiding en overname van zelfzorg nodig;
- hebben 's nachts soms nog begeleiding en overname van zelfzorg nodig;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

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

Kinderen van 5 tot 8 jaar

- hebben tot 8 jaar overdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, voor henzelf te voorkomen;
- hebben tot 8 jaar overdag nog voortdurend begeleiding nodig;
- hebben tot 8 jaar overdag op geplande en soms op ongeplande momenten hulp bij of overname van zelfzorg nodig;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Kinderen vanaf 8 tot 18 jaar

- hebben vanaf 8 jaar geen zorg in de nabijheid nodig omdat zij in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel (zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, voor henzelf te voorkomen);
- hebben tot 18 jaar een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig en passend bij hun ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid
- bij kinderen van 12 jaar of ouder wordt de intieme persoonlijke verzorging en verpleging niet meer gezien als gebruikelijk.

⁴² Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015, bijlage 3

II 5.5 Stroomschema thuiswonend



