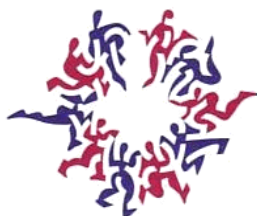


Zorgverzekeraars Nederland



Voorschrift zorgtoewijzing Wlz

Addendum bij overeenkomst 2016
Zorgkantoor – Zorgaanbieder Wlz

Zorgverzekeraars Nederland

Update: 1 april 2016 (versie 5 - 1 april 2016)

Disclaimer

De documenten opgesteld door het zorgkantoor ten behoeve van de inkoop van langdurige zorg 2016 zijn onder voorbehoud van wijzigend beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om een correctie in de inkoopdocumenten, de procedure en wijziging of aanpassing van de voorschriften van de inkoopprocedure toe te passen indien na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte, de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dienen te maken dan wel een wijziging betreffende de Wlz-regelgeving.

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE.....	2
1 VOORWOORD	4
1.1 Context.....	4
1.2 Doelstelling voorschrift.....	4
2 Inleiding en uitgangspunten.....	6
2.1 Inleiding	6
2.2 Proces van zorgtoewijzing.....	6
2.3 Cliëntondersteuning.....	7
2.4 VECOZO-notitieverkeer.....	8
3 WLZ-ZORG	9
3.1 Inleiding	9
3.2 Algemene uitgangspunten.....	9
3.3.1 Opname in een instelling	10
3.3.2 Zorg thuis geregeld met een Volledig pakket thuis (VPT)	10
3.3.3 Zorg thuis geregeld met een Modulair pakket thuis (MPT).....	11
3.3.4 Zorg thuis geregeld met een PGB	13
3.3.7 Dagbesteding naast opname of naast zorg thuis (VPT, MPT of PGB)	14
3.3.8 Partneropname	14
4 ZORGTOEWIJZING EN LEVERING	15
4.1 Inleiding	15
4.2 Uitgangspunten en werkwijze voor het organiseren van zorg thuis.....	15
4.4 Zorgtoewijzing	19
4.4.1 Te leveren zorgprofiel is gelijk aan geïndiceerd zorgprofiel (opname)	19
4.4.2 Te leveren zorgprofiel wijkt af van geïndiceerd zorgprofiel (opname)	19
4.5 Geen passend zorgarrangement door voorkeuraanbieder	20
4.6 Overbruggingszorg thuis tot aan opname in een zorginstelling.....	20
4.6.2 VPT als overbruggingszorg tot opname	22
4.7 Overbruggingszorg tot alternatieve zorg thuis (MPT, VPT, PGB)	22
4.8 Aanvullende regels behandeling bij (overbruggings) zorg thuis	23
4.10 Regelzorg	24
4.12 Tijdelijk verblijf naast een MPT of VPT	25
4.12.1MPT en logeren.....	25
4.12.2VPT en logeren.....	25
4.13 MPT en VPT Vakantieopnames.....	26
4.13.1MPT vakantieopnames	26
4.13.2VPT vakantieopnames.....	26
4.14 Administratieve zorgtoewijzing	26
4.15 Transferzorg	27

5	DOSSIERHOUDER	28
5.1	Inleiding	28
5.2	Taken en verantwoordelijkheden van de dossierhouder.....	28
5.3	Wat doet de dossierhouder voor een cliënt met opnamewens	28
5.4	Dossierhouderschap en MPT (geen opnamewens)	30
5.5	Wanneer stopt het dossierhouderschap?	30
5.6	Verandering van dossierhouder	31
6	ZORGWEIGERING EN ZORGBEËINDIGING	32
6.1	Inleiding	32
6.2	Zorgweigering.....	32
6.3	Zorgbeëindiging	33
6.4	Procedure	33
	BIJLAGE A: DEFINITIELIJST VOORSCHRIFT	35
	BIJLAGE B: BELANGRIJKE WEBSITES.....	46
	BIJLAGE C: LEVERINGSSTATUS	47
	BIJLAGE D: VERTAALTABEL	52
	BIJLAGE E: REKENMETHODIEK VOOR HET MODULAIR PAKKET THUIS (MPT) EN OVERBRUGGINGSZORG.....	54
	BIJLAGE F: OVERGANGSRECHT	57
	BIJLAGE G: GEBRUIKELIJKE ZORG	59

1 Voorwoord

Voor u ligt een aangepast voorschrift zorgtoewijzing 2016. Dit document maakt onderdeel uit van de overeenkomst Wlz 2016 tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. Alle documenten die horen bij de overeenkomst worden gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren en op www.zn.nl.

In deze gewijzigde versie van het voorschrift is het toetsingskader Doelmatige en verantwoorde zorg thuis (2015) geïntegreerd. ZN heeft het voornemen het toetsingskader als losstaand document per 1 januari 2017 te laten vervallen. Dit document gaat dan op in diverse uitvoeringsprotocollen die gebruikt worden voor inzet van zorg in de Wlz¹. De rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis zijn daarom ook vanaf 1 april 2016 onderdeel van het voorschrift. Beide instrumenten zijn bedoeld om inzet van zorg thuis zorgvuldig af te wegen en worden gebruikt in de afstemming tussen betrokken partijen.

1.1 Context

Op 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht geworden. De Wlz beschrijft dat het zorgkantoor moet beoordelen of zorg thuis doelmatig en verantwoord geleverd kan worden. Voor cliënten die geen opnamewens hebben moet deze beoordeling, leiden tot een positieve of negatieve beschikking voor zorg thuis. Voorlopig zijn zorgkantoren bij wet verplicht een beschikking af te geven voor zorg thuis. Dit is een essentiële wijziging in het proces van zorgtoewijzing.

Gezien de impact van deze wijzigingen was 2015 een ingroei-jaar. Dit is in overleg met het ministerie van VWS en de NZa afgesproken. Door het ingroei-traject is er tot 1 april 2016 nog sprake van verschillende werkwijzen tussen zorgkantoren in het toewijzen van zorg thuis. Vanaf 1 april 2016 hanteren zorgkantoren een uniforme werkwijze. Het voorstel hiervoor is voorgelegd en besproken met cliëntorganisaties, branches en VWS. Het voorschrift is op deze uniforme werkwijze aangepast. De zorgkantoren handelen daarmee in lijn van de Wlz. Met in het veld opgedane kennis en ervaring kan de nieuwe werkwijze (in het voorschrift) verder worden aangescherpt.

De uniforme werkwijze versterkt de positie van de cliënt en komt tegemoet aan de professionele rol van zorgaanbieders. Verder wordt rekening gehouden met de verschillen tussen sectoren. En levert het, in vergelijking met de werkwijze tot 1 april 2016, een eenvoudiger administratief proces op dat past bij de geldende wet en regelgeving.

De uniforme werkwijze is van toepassing op alle cliënten waarvoor een nieuwe zorgtoewijzing voor zorg thuis wordt aangevraagd bij het zorgkantoor. Bij cliënten die voor 1 november 2015 al zorg thuis ontvingen, wordt rekening gehouden met al eerder toegewezen, noodzakelijke zorg en het daarbij passende budget. Heeft een cliënt uit deze groep meer budget nodig voor zijn zorgbehoefte, dan wordt via het reguliere proces beoordeeld of de cliënt hiervoor in aanmerking komt.

1.2 Doelstelling voorschrift

Het voorschrift zorgtoewijzing geldt voor heel Nederland en heeft een uniforme uitvoering van het zorgtoewijzingsproces bij de verschillende zorgkantoren tot doel. Door een uniforme werkwijze te hanteren krijgen cliënten in het domein van de Wlz overal in Nederland een vergelijkbaar recht op overbruggingszorg of alternatieve zorg. Daarnaast draagt het bij aan een administratieve lastenverlichting voor Wlz-zorgaanbieders. De zorgaanbieder kan de zorgtoewijzingsprocessen,

¹ Diverse uitvoeringsprotocollen ZN: voorschrift zorgtoewijzing, crisisprotocol, protocol meerzorg.

ongeacht het zorgkantoor dat daarbij betrokken is, op een eenduidige wijze afhandelen en verwerken in het administratieve proces.

Status voorschrift zorgtoewijzing

Het voorschrift zorgtoewijzing is opgesteld door ZN. Wijzigingen op dit voorschrift, bijvoorbeeld als gevolg van beleidswijzigingen vanuit het ministerie, worden gepubliceerd als addendum bij het voorschrift. Betrokken partijen worden hierover tijdig geïnformeerd door ZN en de zorgkantoren.

Een gewijzigd voorschrift zorgtoewijzing treedt in werking na formele publicatie op de website van ZN. Vanzelfsprekend worden zorgaanbieders actief gewezen op de wijzigingen in het voorschrift zorgtoewijzing. Er wordt altijd een versie zonder en met bijgehouden wijzigingen ten opzichte van de vorige versie op de website van ZN gepubliceerd.

Zorgkantoren hebben de mogelijkheid om op onderwerpen die niet in het voorschrift zijn opgenomen aanvullend beleid te publiceren.

Versiebeheer voorschrift zorgtoewijzing

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

Zeist, maart 2016

2 Inleiding en uitgangspunten

2.1 Inleiding

Het voorschrift zorgtoewijzing is bedoeld voor zorgkantoren en zorgaanbieders in het domein van de Wlz-zorg. Het voorschrift volgt de processtappen die de cliënt in deze zorgketen doorloopt. Het beschrijft de hoofdprocessen van zorgtoewijzing aan de cliënt en de uitzonderingen daarop. Omdat de geïndiceerde zorg niet altijd direct te leveren is of (tijdelijk) in een andere vorm geleverd wordt, zijn in dit voorschrift procedures opgenomen die dan van toepassing zijn.

De Wlz kent formeel zorgprofielen en modules voor zorg thuis. Deze zijn nog niet uitgekristalliseerd. Omdat het CIZ vanaf 2015 bij nieuwe indicatiebesluiten de term zorgprofiel hanteert, is dit overgenomen in het voorschrift. Het zorgprofiel (ZP) uit de Wlz vervangt dus het zorgzwaartepakket (ZZP) uit de AWBZ.

De Wlz beoogt mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Het alternatief voor opname bestaat in de Wlz uit het Volledig pakket thuis (VPT) en het Modulair pakket thuis (MPT). Beide leveringsvormen worden geleverd via zorg in natura (ZIN). Het MPT is te combineren met een Persoonsgebonden Budget (PGB). Dit is bij een VPT ook mogelijk maar kan alleen in de situaties dat er dagbesteding naast het VPT is geïndiceerd. De dagbesteding kan dan geregeld worden met een PGB. De zorg thuis kan ook volledig met een PGB worden ingekocht.

De Wlz maakt het ook mogelijk om voor zorg thuis extra toeslagen (budget) te krijgen. Bepaalde doelgroepen komen in aanmerking voor de toeslag extra kosten thuis (EKT), voor een toeslag beademing thuis (invasieve beademing, non-invasieve beademing of een persoonlijk assistentie budget) of meerzorg. Verderop in het voorschrift wordt dit toegelicht. Net zoals het onderscheid met overbruggingszorg en inzet van palliatief terminale zorg thuis (PTZ).

De werkwijze rondom crisiszorg, meerzorg en een persoonlijk assistentie budget² maken geen onderdeel uit van dit document. Daarvoor bestaan aparte uitvoeringsprotocollen. Ook de werkwijze voor cliënten die deel uitmaken van de doelgroep Wlz-indiceerbaren wordt nu nog niet beschreven in het voorschrift³. Voor de subsidieregelingen eerstelijns verblijf en extramurale behandeling is een aparte versie van het voorschrift gepubliceerd. De aanbieders die deze zorg leveren, hebben dit voorschrift gekregen als bijlage bij de overeenkomst. De subsidieregeling voor algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) valt hier buiten. Het Zorginstituut is volledig verantwoordelijk voor de uitvoering van de subsidieregeling ADL.

In bijlage A vindt u een lijst van gebruikte termen met bijbehorende definities.

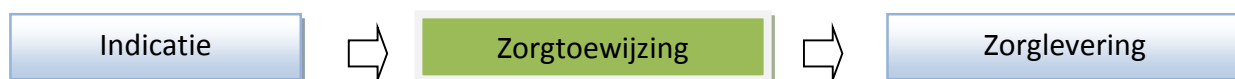
2.2 Proces van zorgtoewijzing

In de Wlz-keten zijn de Wlz-uitvoerders (zorgverzekeraars) verantwoordelijk voor het efficiënt organiseren en monitoren van het regionale proces van zorgtoewijzing en tijdige zorgverlening aan cliënten. De uitvoering van dit proces hebben de Wlz-uitvoerders aan de zorgkantoren gemandateerd.

² een persoonlijk assistentie budget is alleen mogelijk bij een PGB

³ Als duidelijk is hoe VWS het vangnet voor de doelgroep Wlz-indiceerbaren gaat invullen, wordt deze werkwijze als bijlage aan het voorschrift toegevoegd.

Bij het uitvoeren van dit proces moeten ketenpartijen rekening houden met een rechtmatige, doelmatige en verantwoorde inzet van zorg. Voor een rechtmatige inzet van zorg is het indicatiebesluit leidend. Voor het bepalen van doelmatige inzet van zorg wordt de geleverde zorg afgezet tegen de prijs (betaalbaarheid) en de mate waarin de indicatie wordt gebruikt. Voor de beoordeling of zorg thuis verantwoord is wordt bijvoorbeeld bekeken of de afgesproken Wlz-zorg in de (volledige) zorgvraag van de cliënt voorziet en of noodzakelijke toezicht geborgd is.



Zorgtoewijzing is het proces tussen indicatiestelling en zorglevering. In dit proces wordt afstemming gezocht tussen de vraag naar zorg en een passend aanbod van zorg. Het indicatieorgaan (CIZ) beoordeelt bij de indicatiestelling of er sprake is van een recht op Wlz-zorg. De cliënt ontvangt van deze beoordeling een schriftelijk indicatiebesluit. Dit (positieve) indicatiebesluit wordt via het iWlz berichtenverkeer ook doorgestuurd naar het zorgkantoor.

Vaak weet de cliënt bij de indicatiestelling al van welke zorgaanbieder hij zijn zorg wil krijgen. Deze aanbieder wordt de voorkeuraanbieder genoemd. Is de voorkeuraanbieder al gevuld in het indicatiebesluitbericht van het CIZ, dan maakt het zorgkantoor automatisch een zorgtoewijzingsbericht aan voor deze zorgaanbieder. Het zorgkantoor start dit proces direct op bij ontvangst van het indicatiebesluitbericht. Is er geen voorkeuraanbieder bekend, dan bemiddelt het zorgkantoor de cliënt naar een passende zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder ontvangt ook een zorgtoewijzingsbericht. De voorkeuraanbieder bespreekt samen met de cliënt hoe zijn zorgvraag ingevuld kan worden in een zorgarrangement.

Bij de toewijzing van het geïndiceerde zorgprofiel aan een voorkeuraanbieder, controleren zorgkantoren vooraf niet of deze zorgaanbieder hiervoor een productieafsprake heeft. De zorgaanbieder heeft zelf de verantwoordelijkheid om te bepalen of het toegewezen zorgprofiel mag worden geleverd. Stemt het zorgkantoor daar niet mee in, dan bespreekt de zorgaanbieder met de cliënt de mogelijkheden van een alternatief (vervangend) zorgprofiel of een alternatief pakket voor zorg thuis. In overleg met de cliënt kan de zorgaanbieder de zorg ook toewijzen aan een andere zorgaanbieder (zie hoofdstuk 5, dossierhouder). Komen de zorgaanbieder en de cliënt er samen niet uit? Het zorgkantoor kan de cliënt dan ook ondersteunen door het geven van informatie en advies en/of de cliënt bemiddelen naar een andere aanbieder. Hij kan daarvoor ook hulp vragen van een onafhankelijke cliëntondersteuner. Deze handelwijze doet recht aan het principe van zelfregie en keuzevrijheid van de cliënt.

2.3 Cliëntondersteuning

De cliënt kan in de Wlz cliëntondersteuning van het zorgkantoor krijgen, maar mag daarvoor ook een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen. Deze professionele cliëntondersteuner helpt de cliënt met onafhankelijke informatie en advies en bij het realiseren van zijn recht op zorg. Hoe zorgkantoren onafhankelijke cliëntondersteuning geregeld hebben, staat beschreven in de ZN handreiking Onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz.

2.4 VECOZO-notitieverkeer

Zorgaanbieders en zorgkantoren gebruiken het VECOZO-notitieverkeer voor het onderling uitwisselen van vertrouwelijke informatie over de cliënt. Deze verplichting geldt voor alle informatie over de cliënt die niet in het iWlz-berichtenverkeer past en noodzakelijk is voor de inzet van passende zorg.

3 Wlz-zorg

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de algemene uitgangspunten voor Wlz-zorg beschreven. Daarnaast worden de verschillende vormen van Wlz-zorg verduidelijkt. Deze informatie is van belang voor de overige hoofdstukken uit het voorschrift.

3.2 Algemene uitgangspunten

Algemene uitgangspunten voor inzet van Wlz-zorg:

1. Mensen die een indicatie hebben voor een zorgprofiel of tot de doelgroep Wlz-indiceerbaren horen, vallen onder het domein van de Wlz⁴. De Wlz is voorliggend aan het WMO of Zvw;
2. In de Wlz is de positie van de cliënt en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger stevig verankerd bij het invullen van zijn zorgbehoefte. Dit op voorwaarde dat zij een weloverwogen beslissing kunnen maken en overzien wat de consequenties en/of risico's van een genomen beslissing zijn. Gelijktijdig moet wel recht worden gedaan aan de professionele standaarden;
3. Wlz-zorg thuis is alleen mogelijk voor zorgprofielen binnen de V&V en de GHZ (VG, LG en ZG). De Wlz is voor de GGZ van toepassing bij voortzetting van een langdurige intramurale, klinische opname (aansluitend op intramuraal klinisch verblijf gefinancierd vanuit de Zvw);
4. Bij een structureel gewijzigde zorgvraag moet een nieuwe indicatie worden aangevraagd bij het CIZ. Dit gebeurt altijd met toestemming van de cliënt en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger. Een herindicatie gaat voor op vergoeding van extra toeslagen thuis;
5. De cliënt heeft voor Wlz-zorg thuis de keuze uit een MPT of VPT (zorg in natura), PGB of een combinatie van beiden. De keuze van de zorgvorm sluit aan bij de wens van de cliënt en is de best passende en meest doelmatige oplossing bij zijn zorgbehoefte;
6. Het voorschrift gaat uit van een maatwerk aanvraag voor Wlz-zorg. Het zorgprofiel wordt dus niet vertaald naar een standaard pakket zorg, maar in overleg met de cliënt en zijn (wettelijk) vertegenwoordiger ingevuld. De mogelijkheden van de cliënt zelf en zijn sociale netwerk worden daarin benut. Dit geldt voor overbruggingszorg, PTZ en het VPT of MPT al dan niet in combinatie met een PGB;
7. De aanvraag voor zorg thuis wordt altijd vooraf doorgesproken met de cliënt, zijn ouders, (wettelijk) vertegenwoordiger en/of gewaarborgde hulp (PGB). De aanbieder legt het resultaat van dit overleg vast in het zorgplan. Dit gebeurt met instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger;
8. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder informeren de cliënt actief over de mogelijkheid van (onafhankelijke) cliëntondersteuning. Deze cliëntondersteuner kan worden ingezet bij het opstellen/bespreken van een zorgplan en/of persoonlijk plan;
9. Bij het samenstellen van een zorgarrangement thuis kan de cliënt een persoonlijk plan inbrengen. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder moeten de cliënt informeren over deze mogelijkheid. De zorgaanbieder en het zorgkantoor wegen een persoonlijk plan van de cliënt altijd mee bij de beoordeling voor doelmatige en verantwoorde zorg thuis. Als het nodig is, bespreekt het zorgkantoor dit plan met de cliënt, zijn (wettelijk) vertegenwoordigers en betrokken zorgprofessional(s). Komen betrokken partijen er samen niet uit, dan kan het zorgkantoor de cliënt bemiddelen naar een andere Wlz-zorgaanbieder en/of PGB;

⁴ De zorg die vanuit de subsidieregelingen wordt betaald was onderdeel van de AWBZ. Er wordt nog onderzocht of deze zorg kan worden overgedragen naar de Zvw. Tot die tijd voeren zorgkantoren deze tijdelijke subsidieregelingen uit. Het voorschrift is niet van toepassing op deze subsidieregelingen (Behandeling, Eerstelijnsverblijf en ADL).

10. De zorgaanbieder bespreekt met de cliënt niet alleen de mogelijkheden tot zorg maar legt bij iedere keuzemogelijkheid uit wat dit betekent voor de leveringsstatus (wachtlijststatus) van de cliënt. Een cliënt weet dus bijvoorbeeld dat hij bij de leveringsstatus actief wachtend ook (tijdelijk) op een plek kan komen die niet zijn voorkeur heeft. Wijzigt de keuze van de cliënt dan informeert de aanbieder hem over eventuele gevolgen voor zijn huidige leveringsstatus;
11. Een zorgaanbieder kan alléén zorg leveren voor die zorgeenheden (en prestaties) waarvoor hij is gecontracteerd door het zorgkantoor. Bij inzet van zorg die afwijkt van de gecontracteerde zorgeenheden (en prestaties) ligt het financiële risico bij de zorgaanbieder. Het zorgkantoor heeft de mogelijkheid om gedurende het jaar nieuwe zorgprestaties met een zorgaanbieder af te spreken;
12. Vanwege (materiële) controles op doelmatige en rechtmatige inzet van zorg moet het, met de cliënt afgesproken, zorgarrangement (zorgprestaties, omvang en leveringsvorm) door de zorgaanbieder transparant en navolgbaar worden gedocumenteerd in het zorgplan.

3.3 Vormen van Wlz-zorg

Een indicatie voor Wlz-zorg verwijst naar de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg dichtbij. Het CIZ houdt bij de beoordeling van de zorgbehoefte van een cliënt geen rekening met de mogelijkheden van de aanwezige mantelzorg en sociale omgeving of deelname aan onderwijs. Op het indicatiebesluit is bij VoorkeurCliënt terug te vinden hoe de cliënt zijn zorg wil ontvangen: een functie in natura, opname, zorg thuis (niet verder gespecificeerd), VPT, MPT, MPT in combinatie met PGB of een volledig PGB. Weet de cliënt nog niet hoe hij zijn zorg wil ontvangen? Dan blijft het veld VoorkeurCliënt leeg. Het zorgkantoor of de zorgaanbieder overlegt dan met de cliënt wat zijn voorkeur heeft.

Een indicatie voor een zorgprofiel uit de V&V of GHZ kan in de volgende vormen verzilverd worden:

1. Opname in een instelling
2. Zorg huis geregeld met een Volledig pakket thuis (VPT)
3. Zorg thuis geregeld met een Modulair pakket thuis (MPT)
4. Zorg thuis geregeld met een PGB
5. Opname in combinatie met zorg thuis
6. Tijdelijk verblijf naast zorg thuis (VPT, MPT of PGB)
7. Dagbesteding naast opname of naast zorg thuis (VPT, MPT of PGB)
8. Partneropname

3.3.1 Opname in een instelling

Opname in een instelling spreekt voor zich. Daarom wordt deze vorm van zorg in natura niet verder beschreven.

3.3.2 Zorg thuis geregeld met een Volledig pakket thuis (VPT)

Bij een VPT is de inhoud van de zorg vergelijkbaar met de zorg die de cliënt in een instelling krijgt. De cliënt heeft alleen geen opnamewens. Bij een VPT ontvangt de cliënt een compleet zorgpakket thuis in principe van één zorgaanbieder (zorg in natura). Net zoals bij de intramurale zorg, vormt de dagbesteding (functie begeleiding-groep) binnen de gehandicaptenzorg hierop een uitzondering. De cliënt kan de dagbesteding van een andere zorgaanbieder krijgen als deze naast het zorgprofiel

(VG, LG, ZG) is geïndiceerd of apart via PGB inkopen. Een VPT wordt ingezet als dit doelmatig en verantwoord is.

Het VPT kan de volgende zorg bevatten:

- verpleging
- persoonlijke verzorging
- begeleiding
- Wlz-behandeling
- vervoer naar dagbehandeling en/of dagbesteding (begeleiding groep)
- maaltijden (eten en drinken)
- hulp bij het huishouden
- logeren (tijdelijk verblijf)

Bij een VPT⁵:

- heeft de cliënt recht op Wlz behandeling. Wlz behandeling is geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is vanwege de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt. De cliënt is voor behandeling van algemeen medische aard, zoals zorg van de huisarts, aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw). De huisarts blijft dus eindverantwoordelijk voor de algemene behandeling. Ook voor behandeling van een psychiatrische aandoening, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg, paramedische zorg en evt. kleding en individuele mobiliteitshulpmiddelen is de cliënt aangewezen op de Zvw;
- is de Specialist ouderen geneeskunde (SOG) of Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG- arts⁶) verantwoordelijk voor de Wlz-behandeling die voortkomt uit de specifieke aandoening van de cliënt als dit onderdeel uitmaakt van het zorgprofiel en/of het ingezette VPT;
- woont de cliënt zelfstandig en betaalt deze zelf de woonkosten;
- heeft de cliënt recht op logeeropvang in een instelling op voorwaarde dat dit gebeurt om de mantelzorg te ontlasten;
- heeft de cliënt recht op vervoer van en naar de dagbesteding als dit (medisch) noodzakelijk is;
- heeft de cliënt, net zoals bij een opname, recht op het krijgen van maaltijden (eten en drinken) van de zorgaanbieder;
- krijgt de cliënt net zoals bij een opname huishoudelijke hulp aangeboden;
- kan de cliënt gebruik maken van de welzijnsvoorzieningen in de instelling maar het initiatief hiervoor ligt bij de cliënt;
- is de cliënt zelf verantwoordelijk voor vervanging/reparatie van aan huis gerelateerde zaken (bijv. het vervangen van een lamp);
- kan de cliënt voor eventuele woningaanpassingen een beroep doen op de Wmo;
- worden hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen die nodig zijn bij het zelfstandig thuis wonen niet vergoed vanuit de Wlz maar vanuit de Zvw en/of WMO.

3.3.3 Zorg thuis geregeld met een Modulair pakket thuis (MPT)

Een MPT is van toepassing als de cliënt thuis wil blijven wonen en niet het volledige zorgaanbod nodig heeft of wil krijgen dat hoort bij opname in een instelling of bij een VPT. Omdat de cliënt geen

⁵ Op de [website van Zorginstituut Nederland](#) staat beschreven wat het VPT inhoud. Meer informatie over het VPT is ook terug te vinden in de actuele NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven Volledig Pakket Thuis

⁶ In de GHZ kan de eindverantwoordelijkheid voor een cliënt ook bij een gedragskundige liggen.

opnamewens heeft, wordt het MPT toegewezen met soort zorgtoewijzing alternatief. Het MPT is een pakket op maat. De cliënt kan er bewust voor kiezen om de zorg af te nemen bij verschillende aanbieders. Het MPT kan ook gecombineerd worden met zorg in een PGB. Een zorgfunctie kan bij de zorgtoewijzing nog niet gesplitst worden over meerdere aanbieders of leveringsvormen. Een MPT wordt ingezet als dit doelmatig en verantwoord is.

In het voorschrift wordt niet van een MPT gesproken als de cliënt een opnamewens heeft en tijdens de wachtperiode tot opname zorg thuis nodig heeft. Deze (overbruggings)zorg is inhoudelijk vergelijkbaar met het MPT maar wordt toegewezen met soort zorgtoewijzing overbruggingszorg. In bijlage C staat meer informatie over de verschillende soorten zorgtoewijzingen.

Het MPT kan de volgende zorg(funcities) bevatten:

- verpleging;
- persoonlijke verzorging;
- begeleiding;
- Wlz-behandeling;
- vervoer naar dagbehandeling en/of dagbesteding (begeleiding groep);
- logeren (tijdelijk verblijf)

Bij een MPT⁷:

- heeft de cliënt recht op Wlz behandeling. Wlz behandeling is geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is vanwege de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt. De cliënt is voor behandeling van algemeen medische aard, zoals zorg van de huisarts, aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw). De huisarts is dus eindverantwoordelijk voor de algemene behandeling. Ook voor behandeling van een psychiatrische aandoening, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg, paramedische zorg en evt. kleding en individuele mobiliteitshulpmiddelen is de cliënt aangewezen op de Zvw;
- is de Specialist ouderen geneeskunde (SOG) of Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG-arts) verantwoordelijk voor de behandeling die voortkomt uit de specifieke aandoening van de cliënt;
- woont de cliënt zelfstandig en betaalt deze zelf de woonkosten evenals de kosten voor vervanging/reparatie van aan huis gerelateerde zaken;
- heeft de cliënt recht op vervoer van en naar de dagbehandeling of dagbesteding als dit (medisch) noodzakelijk is;
- heeft de cliënt recht op logeeropvang in een instelling op voorwaarde dat dit gebeurt om de mantelzorg te ontlasten (zie ook par 3.3.6);
- heeft de cliënt géén recht op het krijgen van maaltijden (eten en drinken) van een instelling;
- wordt de huishoudelijke hulp (ZIN), wanneer deze nodig is, bekostigd vanuit de Wmo. Dit geldt in principe niet voor het PGB. Alleen in de situatie dat de toeslag voor huishoudelijke hulp vanuit het PGB niet volstaat kan een beroep worden gedaan op de Wmo;
- kan de cliënt voor eventuele woningaanpassingen een beroep doen op de Wmo.
- worden hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen die nodig zijn bij het zelfstandig thuis wonen niet vergoed vanuit de Wlz maar vanuit de Zvw en/of WMO.

⁷ Op de [website van Zorginstituut Nederland](#) staat beschreven wat het MPT inhoud.

3.3.4 Zorg thuis geregeld met een PGB

Een cliënt kan er voor kiezen om de Wlz-zorg die hij nodig heeft zelf te regelen met een PGB⁸. Zorg die betaald wordt met een PGB is te combineren met MPT of VPT⁹. Inzet van zorg thuis via een PGB moet, net zoals bij zorg in natura (ZIN), doelmatig en verantwoord zijn. Dit wordt daarom ook getoetst door de zorgkantoren. De cliënt (budgethouder) is zelf verantwoordelijk voor het organiseren van kwalitatief goede zorg. De cliënt stemt dit zelf of met zijn gewaarborgde hulp af met het zorgkantoor. Omdat een Wlz-zorgaanbieder hierin formeel geen rol heeft, worden procedures rondom het PGB verder niet beschreven in het voorschrift.

Bij een combinatie van ZIN en PGB, beoordeelt het zorgkantoor de gehele aanvraag op doelmatige en verantwoorde zorg. Het is mogelijk dat zorg thuis via ZIN niet doelmatig en verantwoord geregeld kan worden, maar dat dit wel lukt (in combinatie) met een PGB. Dit kan bijvoorbeeld in de situatie dat een cliënt 24 uur toezicht nodig heeft en de Wlz-zorgaanbieder niet in staat is dit te regelen. Met een PGB kan de cliënt die 24 uur toezicht mogelijk wel inregelen door huisgenoten of informele zorgverleners in te schakelen.

3.3.5 Verblijf in combinatie met zorg thuis

Een cliënt kan ervoor kiezen opname in een instelling te combineren met zorg thuis. Dit kan bijvoorbeeld in de situatie dat de cliënt een indicatie heeft voor een zorgprofiel (7 etmalen) maar minder dan 7 etmalen per week in een instelling verblijft (bijvoorbeeld 4, 5 of 6 etmalen). Op de andere etmalen heeft de cliënt zorg thuis nodig. De zorgaanbieder (dossierhouder) die de geïndiceerde verblijfszorg levert is verantwoordelijk voor het organiseren van de zorg in de thuissituatie.

3.3.6 Tijdelijk verblijf naast zorg thuis (VPT, MPT of PGB)

De cliënt heeft in de Wlz recht op logeeropvang in een instelling om de *mantelzorg thuis te ontlasten*. Dit kan voor maximaal 156 etmalen per kalenderjaar. In de zorgtoewijzing moet daarvoor functie 71 (tijdelijk verblijf) worden aangevraagd. De etmalen mogen worden opgespaard en kunnen gedurende het jaar voor langere aaneengesloten periodes worden ingezet. Dit geldt zowel voor logeeropvang in ZIN als in PGB. Wordt een indicatie in de loop van het jaar afgegeven? Dan wordt het maximaal aantal etmalen logeeropvang bepaald door het aantal weken dat het indicatiebesluit in dat kalenderjaar geldig is te vermenigvuldigen met de toegewezen omvang (maximaal 3 etmalen per week). De administratieve afhandeling van logeeropvang wordt verder beschreven in hoofdstuk 4.

Subsidieregeling Eerstelijnsverblijf (kortdurende opname)

De subsidieregeling Eerstelijnsverblijf (kortdurende opname) kan niet gecombineerd worden met overbruggingszorg, een MPT, VPT of PGB. De subsidieregeling Eerstelijnsverblijf is alleen van toepassing voor cliënten die thuis wonen en géén indicatie hebben voor een Wlz zorgprofiel of niet onder de doelgroep Wlz-indiceerbaren vallen. Voor de groep cliënten met een indicatie voor een laag ZZP (zie bijlage F) geldt er een beroep kan worden gedaan op de subsidieregeling Eerstelijnsverblijf als de keuze is gemaakt om uit te stromen naar (een van) de andere domeinen. Komt iemand in aanmerking voor deze subsidieregeling en is er tot opname zorg thuis nodig? Dan wordt die betaald vanuit de WMO of Zvw.

⁸ Behandeling en een aantal zorgprofielen (GGZB, SGLVG en LVG) komen niet in aanmerking voor PGB.

⁹ In de situatie dat de cliënt kiest voor VPT, kan alleen de BG GRP (naast het VPT) geregeld worden met een PGB

3.3.7 Dagbesteding naast opname of naast zorg thuis (VPT, MPT of PGB)

In de V&V zorgprofielen maakt de dagbesteding onderdeel uit van het zorgprofiel. Voor de GHZ kan het CIZ de functie Begeleiding groep apart naast een zorgprofiel indiceren. Een cliënt kan deze begeleiding daardoor van een andere zorgaanbieder krijgen of zelf via een PGB inkopen. Voor de GGZ kan het CIZ de functie Begeleiding groep ook naast het zorgprofiel (GGZB-range) indiceren. In de zorgtoewijzing en financiering zijn deze niet te splitsen. Het zorgprofiel (opname inclusief dagbesteding) wordt bij één aanbieder in zijn geheel gefinancierd.

3.3.8 Partneropname

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

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

Overlijdt de cliënt dan houdt de inwonende partner het recht om met een ZZPO indicatie in de instelling te blijven wonen.

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

4 Zorgtoewijzing en levering

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft in paragraaf 4.2 de uitgangspunten voor inzet van doelmatige en verantwoorde zorg thuis. Daarnaast worden werkafspraken beschreven waarmee partijen rekening moeten houden bij het samenstellen van een zorgarrangement thuis. Omdat het toetsingskader is geïntegreerd in het voorschrift, maken de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis onderdeel uit van dit voorschrift. Beide landelijke instrumenten zijn bedoeld om inzet van zorg thuis zorgvuldig af te wegen en worden gebruikt in de afstemming tussen betrokken partijen. Is zorg thuis niet meer doelmatig en verantwoord dan is opname in een instelling aangewezen. Vanaf paragraaf 4.3 wordt het zorgtoewijzingsproces uitgeschreven voor opname en eventueel overbruggingszorg thuis.

4.2 Uitgangspunten en werkwijze voor het organiseren van zorg thuis

Vooraf

Zorgkantoren zijn in de Wlz verantwoordelijk voor het beoordelen van doelmatige en verantwoorde zorg thuis. In de AWBZ lag deze rol minder nadrukkelijk bij de zorgkantoren. Zorgkantoren nemen deze rol op zich maar kunnen dit niet zonder betrokkenheid van de cliënt zelf, zijn (wettelijk) vertegenwoordiger en de zorgprofessional(s). Zorgkantoren kunnen namelijk niet continue een compleet en actueel beeld hebben van alle cliënten met een Wlz-indicatie die (nog) thuis wonen. Met het professionele advies van de zorgaanbieder(s) die betrokken is bij een cliëntsituatie, kan een zorgkantoor wel invulling geven aan deze rol. De zorgaanbieder(s) die betrokken is bij de dagelijkse situatie van een cliënt heeft zicht op zijn voorgeschiedenis (medische, psychische en sociale problemen), de gehele zorg rondom de cliënt en de verwachte ontwikkeling daarin. Dit geldt ook voor de huisarts (en/of andere betrokken behandelaars).

Maakt de cliënt gebruik van een PGB dan heeft het zorgkantoor periodiek contact met de cliënt. Dit gebeurt tijdens het bewuste keuze gesprek of een periodiek huisbezoek. De frequentie van deze periodieke contacten ligt veel te laag om het zorgkantoor houvast te bieden voor een continue beoordeling van verantwoorde zorg thuis. Ook hier is een gedeelde verantwoordelijkheid belangrijk. Deze ligt bij de cliënt zelf, zijn (wettelijke) vertegenwoordiger en/of gewaarborgde hulp. Maar ook een betrokken zorgprofessional of de huisarts (en/of andere behandelaars) kan hierin een rol spelen.

Bij het organiseren van zorg thuis (ZIN) voor een Wlz-cliënt geldt dat:

1. elke betrokken (zorg)professional een eigenstandige signalerende rol heeft naar het zorgkantoor over verantwoorde en doelmatige zorg thuis. Dit geldt ook voor de medische zorg;
2. de zorgaanbieder die de reguliere zorgtoewijzing van het geïndiceerd zorgprofiel ontvangt, in principe dossierhouder wordt voor de cliënt (zie hoofdstuk 5, dossierhouder);
3. de dossierhouder na ontvangst van de zorgtoewijzing contact opneemt met de cliënt om afspraken te maken over de zorgverlening. Dit gebeurt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen twee werkdagen ná de dag waarop de zorgaanbieder de zorgtoewijzing heeft ontvangen. Bij dit contact kan een derde betrokken zijn, zoals een (wettelijk) vertegenwoordiger of cliëntondersteuner;
4. de zorgaanbieder verplicht is om binnen 5 werkdagen ná ontvangst van een zorgtoewijzingsbericht, een mutatiebericht (iWlz) te sturen. Met dit mutatiebericht (MUT) geeft de zorgaanbieder minimaal de leveringsstatus (wachttijdsstatus) voor de cliënt door aan het zorgkantoor. (Voor een uniform gebruik van de leveringsstatussen, zie bijlage C). Wordt voor een cliënt binnen deze 5 werkdagen de gewenste zorg thuis, via een mutatiebericht aangevraagd en ingezet? Dan wordt van de

- betrokken zorgaanbieder(s) verwacht dat binnen 5 werkdagen na start van de zorg een melding aanvang zorg bericht (MAZ) wordt aangeleverd voor de geleverde zorg;
5. de voorkeur van de cliënt voor een leveringsvorm en zorgaanbieder(s) leidend is;
 6. de zorgaanbieder beoordeelt of zorg thuis bij de cliënt doelmatig en verantwoord kan worden ingezet. De zorgaanbieder gebruikt de rekenmodule om te bepalen of de zorg thuis doelmatig kan worden ingezet. De zorgaanbieder gebruikt het formulier Verantwoorde zorg thuis als handvat om te bepalen of zorg thuis verantwoord is.
 7. de zorgaanbieder vanaf 1 april 2016 de rekenmodule aan het zorgkantoor aanlevert als:
 - de kosten voor zorg thuis hoger liggen dan het basisbudget voor het geïndiceerde zorgprofiel. Dit geldt voor alle aanvragen EKT, voor alle ademhalingstoeslagen, voor PTZ en voor alle overbruggingszorg waarvoor de kosten hoger liggen dan het basisbudget. Heeft een cliënt Wlz-behandeling nodig dan wordt het basisbudget hiermee opgehoogd. Het basisbudget is afgeleid van het PGB budget voor een bepaald zorgprofiel (100%);
 - er sprake is van een aanvraag voor meerzorg. Voor meerzorg aanvragen is een aparte rekenmodule ontwikkeld naast het protocol meerzorg;
 - de zorg thuis bestaat uit een combinatie van ZIN en PGB;
 - er sprake is van een structureel gewijzigde zorgbehoefte op een van de bullets onder 4.2.7.
 8. de zorgaanbieder vanaf 1 april 2016 het formulier Verantwoorde zorg thuis aan het zorgkantoor aanlevert als:
 - de kosten voor zorg thuis hoger zijn dan het basisbudget voor het geïndiceerd zorgprofiel. Dit geldt dan voor alle aanvragen voor EKT, een ademhalingstoeslag thuis, meerzorg, PTZ of overbruggingszorg. Heeft een cliënt Wlz-behandeling nodig dan wordt het basisbudget hiervoor opgehoogd;
 - (een van) de betrokken aanbieder(s) twijfelt over verantwoorde inzet van zorg thuis of als (een van) de betrokken aanbieders(s) van mening is dat de zorg thuis eigenlijk niet verantwoord geleverd kan worden. Deze situaties kunnen zich voordoen als de zorg thuis nog past binnen het basisbudget. Voorbeelden hiervan zijn zorgmijders, cliënten met verminderd zelfregie en een (dreigend) overbelast mantelzorgsysteem of cliënten waarbij het noodzakelijke 24 uren toezicht of zorg in nabijheid niet 'goed' ingeregeld kan worden;
 - het zorgkantoor hier gemotiveerd om vraagt (bijvoorbeeld op basis van een signaal van derden of op basis van lopende casuïstiek bij het zorgkantoor).
 9. de zorgaanbieder binnen het basisbudget de zorg in overleg met de cliënt, zijn (wettelijk) vertegenwoordiger, gewaarborgde hulp en/of onafhankelijke cliëntondersteuner op maat kan invullen. Hierover hoeft niet te worden afgestemd met het zorgkantoor. De aanbieder hoeft in deze situaties dus geen rekenmodule of formulier Verantwoorde zorg bij het zorgkantoor aan te leveren. De met de cliënt afgesproken zorg wordt via een Aanvraag Aangepaste Zorgtoewijzing (AAT) aangevraagd. De aanbieder gebruikt hiervoor zelf wel de rekenmodule: de afgesproken zorg wordt met behulp van de rekenmodule vertaald naar een of meerdere functies met bijbehorende klasse;
 10. de zorgaanbieder met de cliënt afgesproken zorg(prestaties) vastlegt in het zorgplan. Net zoals zijn beoordeling over verantwoorde zorg thuis. Het formulier Verantwoorde zorg thuis biedt daarvoor een handvat. Het zorgplan wordt bijgesteld op een gewijzigde situatie. Met een goede dossiervorming kan aan betrokken partijen, waaronder het zorgkantoor, altijd inzage worden gegeven in de zorg geschiedenis van de cliënt als daarom wordt gevraagd;
 11. substitutie tussen de toegewezen functies en klassen toegestaan is op voorwaarde dat zorg thuis verantwoord is én de feitelijk gedeclareerde zorg past binnen het vastgestelde (basis) budget. Wijzigingen op de geleverde omvang (klasse) bij een functie hoeven in deze situaties dus niet aan het zorgkantoor te worden doorgegeven via een AAT (iWlz berichtenverkeer). Aan de klasse van de toegewezen functie(s) kan daarom ook geen recht worden ontleend.

12. het niet mogelijk is zorg (in natura) in te zetten en te declareren als de bijpassende functie niet is toegewezen. Een ontbrekende functie moet eerst via een AAT worden aangevraagd. Deze AAT moet dan weer de gehele zorgvraag omvatten (zie bijlage E, rekenmethodiek);
13. zorgkantoren periodiek en achteraf toetsen of de gemiddelde kosten binnen het toegestane budget blijven. Dit doen zorgkantoren aan de hand van ontvangen declaraties in een bepaald kalenderjaar;
14. voor situaties waar (een van) de documenten moet worden ingestuurd, dit gebeurt via het VECOZO-notitieverkeer. De zorgaanbieder stuurt deze bij voorkeur vooraf (of gelijktijdig) in met de AAT (iWlz-berichtenverkeer). Het zorgkantoor neemt de aangeleverde informatie mee in de besluitvorming;
15. in de aanvraag voor overbruggingszorg of alternatieve zorg (AAT) alle noodzakelijke zorg in natura wordt meegenomen. Zorg die met een PGB wordt ingekocht maakt geen onderdeel uit van de AAT. In de rekenmodule moet rekening worden gehouden met het deel van de zorg dat in PGB verzilverd wordt. Er resteert daardoor minder ruimte voor het MPT. Het zorgkantoor beoordeelt de combinatie van een VPT of MPT met PGB altijd in zijn totaliteit;
16. de zorgaanbieder bij ontoreikende zelfregie van de cliënt en een gevaarscriterium moet toelichten hoe het noodzakelijke 24 uren toezicht of zorg in nabijheid is geregeld. Een advies van de huisarts over verantwoorde medische zorg thuis wordt daarbij ook opgevraagd;
17. de huisarts in principe altijd de betrokken eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar is. De SO, AVG-arts, medisch specialist of orthopedagoog zijn in deze situaties ondersteunend aan de huisarts. Tenzij dit anders is overeengekomen tussen betrokken medische behandelaars;
18. de medisch adviseur van het zorgkantoor alleen met toestemming van de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger contact kan opnemen met de eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar;
19. in de situatie van extra ademhalingstoelagen en meerzorg, bij de zorgverlening altijd een gekwalificeerd zorgprofessional betrokken is (verpleegkundig of SPH-er). Dit geldt zowel voor ZIN als PGB. Bij de toeslag EKT wordt de noodzaak hiervan altijd zorgvuldig afgewogen. Is de zorgaanbieder van mening dat inzet van een hoger deskundigheidsniveau niet noodzakelijk is, dan motiveert de zorgaanbieder dit in de toelichting van het formulier. In de situatie van een PGB toetst het zorgkantoor dit bij de cliënt of gewaarborgde hulp. Bij een PGB kan het zorgkantoor een controle op ingezette deskundigheid uitvoeren door te toetsen of de zorg/hulpverlener in het KvK geregistreerd staat, zo nodig over een BIG registratie beschikt. Bij de aanbieder is dit onderdeel van de inkoopafspraken (overeenkomst);
20. in de situatie van verpleegtechnisch handelen, het zorgkantoor alleen op aanwezige bekwaamheid toets bij de betrokken Wlz-zorgaanbieder. In alle andere gevallen (zoals PGB) ligt de regie hiervoor bij de cliënt, zijn (wettelijk) vertegenwoordiger of betrokken medische professional. In de situatie van een PGB is de vereiste bekwaamheid wel onderdeel van het bewuste keuze gesprek of periodiek huisbezoek;
21. in de situatie van een gevaarscriterium een betrokken zorgprofessional binnen 10 minuten ter plaatse moet kunnen zijn. Een (huis)arts moet binnen 10 minuten reageren en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn (criteria IGZ2013);
22. het zorgkantoor de goedkeuring of afwijzing voor een MPT of VPT vast legt in een beschikking. De cliënt ontvangt deze beschikking. In de situatie van een negatieve beschikking motiveert het zorgkantoor dit besluit in de beschikking. De cliënt kan hiertegen bezwaar & beroep aantekenen. Bij een positieve beschikking ontvangt de zorgaanbieder(s) een nieuwe zorgtoewijzing. Bij een negatieve beschikking wordt de betrokken zorgaanbieder(s) hierover geïnformeerd via het VECOZO notitieverkeer.
23. in de situatie van een negatieve beschikking, zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders zorgplicht houden. Er wordt op professionele wijze zorg geleverd binnen de afgesproken mogelijkheden. De cliënt, zijn (wettelijk) vertegenwoordiger en/of mantelzorgsysteem is verantwoordelijk voor eventuele

risico's die volgen uit de keuze van de cliënt om thuis te blijven wonen. De afspraken hierover worden opgenomen in de motivatie bij de beschikking;

24. een negatieve beschikking voor een MPT gevolgd kan worden door een positieve beschikking voor een PGB. Dit kan bijvoorbeeld in de situatie dat een Wlz-zorgaanbieder niet kan voldoen aan de noodzakelijke (niet planbare) zorgmomenten door de hoge frequentie of de locatie van het woonadres;
25. het zorgkantoor dat het indicatiebesluitbericht heeft ontvangen, de beschikking afgeeft aan de cliënt. Zijn er meerdere zorgkantoren bij een cliëntsituatie betrokken? Bijvoorbeeld omdat de cliënt (ook) zorg ontvangt of wil ontvangen in een andere regio? Dan stemmen de zorgkantoren altijd onderling af over de af te geven beschikking (doelmatige en/of verantwoorde zorg). Het zorgkantoor dat een aanbieder contracteert in een regio, is namelijk het eerste aanspreekpunt voor deze zorgaanbieder. Dit zorgkantoor heeft ook kennis van de zorg die door de gecontracteerde aanbieders kan worden geleverd. Of welke andere mogelijkheden er bij deze aanbieder of in de regio zijn voor de cliënt. De keuze van de cliënt om te willen verhuizen naar een andere regio staat daarbij niet ter discussie.

4.3 Extra toeslagen thuis

In de Wlz geldt het uitgangspunt dat thuis wonen met een VPT, MPT of PGB niet duurder mag zijn dan de kosten van de (medische) zorg voor deze cliënt bij een intramurale opname.

Een toeslag bovenop het basisbudget is mogelijk als de verzekerde bij opname in een instelling ook is aangewezen op deze toeslag én deze toeslag niet gebonden is aan het verblijf in een instelling. Het basisbudget (100%, doelmatige zorg) is dan gelijk aan het PGB budget voor een bepaald zorgprofiel, verhoogd met de zorgkosten voor een intramurale toeslag zoals invasieve of non-invasieve beademing. Toeslagen voor kinderen die te maken hebben met het leveren van gebruikelijke zorg in een instelling (bij opname of dagprogramma), zijn uitgezonderd van vergoeding thuis.

Extra kosten thuis

Soms heeft de cliënt er veel baat bij om thuis te wonen. Daarom heeft de wetgever een aantal uitzonderingssituaties opgenomen in artikel 5.3 van de Regeling Langdurige Zorg.

De uitzonderingsgroepen zijn:

- a) *verzekerden die de leeftijd van 23 jaar nog niet hebben bereikt en die ouders/verzorgers graag thuis willen laten opgroeien;*
- b) *verzekerden die één of meer kinderen hebben die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt. De verzekerde krijgt daarmee de mogelijkheid om deel uit te maken van het thuis opgroeien van dat kind;*
- c) *verzekerden die op zorg zijn aangewezen vanwege een somatische aandoening of een lichamelijke handicap zonder dat sprake is van een verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening of psychogeriatrische beperking. De verzekerde krijgt daarmee de mogelijkheid om vanuit huis inkomen uit werk te verkrijgen of om een studie of opleiding te volgen met het oog op het verwerven van inkomen uit werk.*

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

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

- in een geclusterde woonvorm verblijft (kleinschalig wonen). Binnen een geclusterde woonvorm kan de zorg efficiënter georganiseerd worden dan wanneer een cliënt alleen woont;
- onderdeel uitmaakt van een gezin waar meerdere kinderen of personen aanspraak maken op zorg zoals beschreven onder artikel 5.3. In deze situaties is in redelijkheid te verwachten dat er enige doelmatigheid kan worden bereikt bij de in te zetten zorg. (Het wordt dus niet als redelijk beschouwd dat voor elk kind of persoon gerekend wordt met 125%);
- in aanmerking komt voor PTZ, meerzorg of een persoonlijk assistentie budget. De toeslag EKT is voorliggend aan deze andere toeslagen. Er is geen stapeling van EKT met meerzorg of het persoonlijk assistentiebudget mogelijk;
- de leeftijdsgrens heeft overschreden van 23 jaar (3a) respectievelijk 18 jaar (3b). Zorgkantoren beoordelen uiterlijk 6 weken voor het bereiken van deze leeftijdsgrens of en hoe de noodzakelijke zorg kan worden gecontinueerd.

Naast EKT is het in de Wlz mogelijk om een ademhalingstoeslag (non-invasief of invasief), een toeslag voor permanent toezicht bij ernstige ademhalingsproblematiek (persoonlijk assistentie budget) of de toeslag meerzorg thuis in te zetten. Voor het persoonlijk assistentie budget gelden extra criteria. Dit kan alleen geregeld worden met PGB. De toeslag meerzorg thuis geldt niet voor alle zorgprofielen en is niet te combineren met een ademhalingstoeslag thuis. Meer informatie over de toeslag meerzorg is opgenomen in het protocol meerzorg op de website van ZN en de NZa beleidsregels. In het protocol meerzorg wordt ook ingegaan op de toeslag meerzorg bij een zorgprofiel of VPT.

4.4 Zorgtoewijzing

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

De zorgaanbieder levert de geïndiceerde en toegewezen zorg als:

1. uit overleg met de cliënt blijkt dat de toegewezen zorg overeenkomt met de daadwerkelijke zorgvraag van de cliënt;
2. de zorgaanbieder hiervoor is gecontracteerd.

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

Is een zorgaanbieder gecontracteerd voor intramurale zorg maar niet voor het geïndiceerd zorgprofiel? Dan is er sprake van een instellingsvreemd zorgprofiel voor deze zorgaanbieder.

Heeft de cliënt voorkeur voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel? Dan informeert deze zorgaanbieder (dossierhouder) de cliënt hierover. In overleg met de cliënt wordt bekeken of een gecontracteerd, instellingseigen zorgprofiel past bij de zorgvraag van de cliënt. Is er een passend zorgprofiel en gaat de cliënt hiermee akkoord? De zorgaanbieder vraagt dan bij het zorgkantoor om het geïndiceerde (regulier toegewezen) zorgprofiel om te zetten naar een instellingseigen (alternatief toegewezen) zorgprofiel. Voor deze omzettingen hanteren zorgkantoren uniforme uitgangspunten (zie bijlage D).

Is de cliënt niet tevreden met het voorstel? Dan zoekt de zorgaanbieder samen met de cliënt naar een passende aanbieder of neemt hierover contact op met het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan de cliënt dan bemiddelen naar een andere zorgaanbieder.

Mutatiebericht (AAT) en overbruggingszorg bij alternatief zorgprofiel

Zijn de zorgaanbieder en de cliënt het eens over de in te zetten zorg (ander zorgprofiel dan geïndiceerd), dan vraagt de zorgaanbieder een aangepaste zorgtoewijzing aan zodat deze zorg gedeclareerd kan worden. Kan de zorgaanbieder het alternatieve zorgprofiel direct leveren, dan meldt de zorgaanbieder de cliënt in zorg met een MAZ-bericht in iWlz.

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

4.5 Geen passend zorgarrangement door voorkeuraanbieder

De voorkeur van de cliënt voor een aanbieder is leidend voor de zorgkantoren. Daarom sturen zorgkantoren het indicatiebesluitbericht direct door naar de voorkeuraanbieder. Kan de voorkeuraanbieder geen passend zorgarrangement leveren, dan zoekt deze in overleg met de cliënt naar een andere zorgaanbieder. Overdracht naar een andere zorgaanbieder gebeurt met toestemming van de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger. Is de cliënt niet tevreden met het voorstel van de aanbieder of komen ze er samen niet uit? De zorgaanbieder of de cliënt neemt dan contact op met het zorgkantoor. De zorgaanbieder gebruikt daarvoor het VECOZO notitieverkeer. In overleg met de zorgaanbieder of de cliënt neemt het zorgkantoor de zorgbemiddeling over. Neemt het zorgkantoor de zorgbemiddeling over, dan stuurt de zorgaanbieder een MUT12 (Einde zorg bericht). Het zorgkantoor maakt bij de bemiddeling van de cliënt, conform de wet, een afweging tussen kwaliteit en betaalbaarheid maar volgt daarbij zoveel mogelijk de wens van de cliënt. Zie ook hoofdstuk 6, zorgweigering en zorgbeëindiging.

4.6 Overbruggingszorg thuis tot aan opname in een zorginstelling

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

Overbruggingszorg wordt:

1. bij voorkeur binnen 5 werkdagen na de zorgtoewijzing van het zorgprofiel door de dossierhouder aangevraagd bij het zorgkantoor;
2. door het zorgkantoor voor een periode van maximaal 1 jaar toegewezen. De lengte van de periode is afhankelijk van de leveringsstatus, de urgentie van opname (niet verantwoord thuis) en de kosten van de zorg thuis (zie paragraaf 4.5.1). In overleg met het zorgkantoor kan deze periode worden verlengd;
3. minimaal 2 keer per jaar met de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger geëvalueerd. De zorgaanbieder bespreekt dan of de cliënt nog verantwoord thuis kan blijven wonen met de ingezette overbruggingszorg.

4.6.1 Aanvraag overbruggingszorg tot opname

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

Bij aanvragen voor overbruggingszorg geldt dat:

1. de AAT een zorgarrangement op maat voor de cliënt bevat. Het is niet de bedoeling om de rekenmodule als uitgangspunt te nemen (dus niet de financiële ruimte binnen het basisbudget gebruiken om de in te zetten zorg uit te rekenen);
2. de zorgaanbieder de rekenmodule gebruikt om te berekenen of de zorgkosten passen binnen het basisbudget (eventueel inclusief behandeling) voor het geïndiceerde profiel;
3. de zorgaanbieder de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis niet hoeft aan te leveren bij het zorgkantoor als de kosten binnen het basisbudget blijven;
4. de zorgaanbieder de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis aanlevert bij het zorgkantoor als de kosten het basisbudget overschrijden. Uit de onderbouwing moet blijken waarom extra zorg nodig is. Wat de verwachte duur tot opname is en welke stappen de zorgaanbieder onderneemt om de opname te bespoedigen. Om het zorgtoewijzingsproces niet onnodig te vertragen, stuurt de aanbieder deze toelichting naar het zorgkantoor via het VECOZO-notitieverkeer. Dit gebeurt gelijktijdig met de AAT. Na toewijzing van de AAT, levert de zorgaanbieder de juiste leveringsstatus aan via een MAZ- of MUT-bericht.

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

Zorgtoewijzing en leveringsstatus bij extra budget overbruggingszorg

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

Afhankelijk van de cliëntsituatie en/of de extra kosten voor de in te regelen overbruggingszorg geldt dat de cliënt accepteert dat hij (tijdelijk) wordt opgenomen bij een aanbieder die niet zijn voorkeur heeft. Uitzondering hierop vormt een cliënt met een indicatie voor een VV10. De cliënt houdt altijd het recht om bij zijn aanbieder van voorkeur op de wachtlijst te blijven staan (transfer).

Voorbeeld

Een zorgprofiel VV6 geeft recht op een basisbudget voor zorg thuis van bijvoorbeeld € 839.32. Stel een cliënt met een indicatie voor VV6 moet vanwege een ernstige achteruitgang in de gezondheid zo snel mogelijk opgenomen worden en heeft veel zorg nodig. De overbruggingszorg die tot opname moet worden ingezet kost € 1190.10. Dit is $(1190.10/839.31 \times 100\%)$ 141.8% van het basisbudget. Deze overbruggingszorg wordt voor maximaal 13 weken toegekend. De cliënt krijgt de leveringsstatus actief wachtend en is bereid de eerst vrijkomende passende plaats te accepteren. De leveringsstatus wens wachtend is in de situatie waarin het basisbudget wordt overschreden niet van toepassing.

Naast het inperken van de toewijsperiode voor overbruggingszorg kan het zorgkantoor besluiten ook een ruimere periode voor overbruggingszorg toe te staan. Een ruimere duur van de toewijsperiode is bijvoorbeeld mogelijk in de situatie van bepaalde doelgroepen zoals de groepen die in aanmerking komen voor vergoeding van EKT.

Voorbeeld

Voor kinderen tot 23 jaar mogen de kosten van overbruggingszorg het basisbudget overschrijden. Dit geldt voor situaties waarbij ouders/verzorgers het kind thuis willen laten opgroeien (tot 23 jaar) en vanaf 23 jaar in aanmerking willen laten komen voor opname. De wachtlijsten voor opname zijn vaak aanleiding om een kind tijdig aan te melden bij een zorgaanbieder. De kosten van overbruggingszorg mogen daarbij niet hoger liggen dan 125% van het basisbudget. In deze situaties kan de duur van de zorgtoewijzing ruimer worden verlengd. De leveringsstatus bij het zorgprofiel is gedurende deze periode wens wachtend.

4.6.2 VPT als overbruggingszorg tot opname

VPT kan ook als overbruggingszorg worden ingezet. Bij het inregelen van een VPT ter overbrugging wordt het zorgprofiel via iWlz toegewezen als overbruggingszorg (om duidelijk onderscheid te maken dat de cliënt wachtend staat voor opname).

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

4.7 Overbruggingszorg tot alternatieve zorg thuis (MPT, VPT, PGB)

Is een aanvraag voor zorg thuis akkoord dan ontvangt de cliënt een positieve beschikking. De zorgaanbieder ontvangt de aangevraagde zorgtoewijzing met terugwerkende kracht vanaf de aanvraagdatum. Het zorgkantoor heeft na ontvangst van een aanvraag voor een alternatief pakket zorg thuis formeel 6 weken de tijd om een beschikking af te geven aan de cliënt.

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

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

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

4.8 Aanvullende regels behandeling bij (overbruggings) zorg thuis

Net zoals in de regeling PGB¹⁰ is behandeling niet standaard inbegrepen in het basisbudget. Is behandeling noodzakelijk? De zorgaanbieder vult deze prestaties dan in de rekenmodule. Het basisbudget in de rekenmodule wordt dan automatisch opgehoogd met een component voor behandeling. De extra financiële ruimte voor behandeling is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Deze extra ruimte wordt bepaald door het verschil tussen het bijbehorende VPT-tarief met behandeling en zonder behandeling.

Voor Behandeling groep en Begeleiding groep geldt volgens de kaders van de Wlz een gezamenlijk maximum van 9 dagdelen bij de indicatiestelling. Dit maximum van 9 dagdelen is geen harde grens bij de feitelijke zorginzet. Het aantal dagdelen in de situatie van een thuis wonende cliënt kan naar behoefte worden ingezet. En mag dus meer zijn dan 9 dagdelen, zolang het past binnen het (basis)budget. Voorwaarde blijft wel dat dit niet ten koste gaat van de noodzakelijke zorg thuis. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag.

Heeft een cliënt behandeling nodig als onderdeel van overbruggingszorg, het VPT of MPT? Zonder beoordeling en toestemming vooraf van het zorgkantoor kan de zorgaanbieder behandeling aanvragen in de AAT als:

1. de kosten voor de noodzakelijke zorg en behandeling passen binnen het basisbudget voor het geïndiceerde zorgprofiel dat is opgehoogd met een component behandeling;
2. de extra financiële ruimte voor behandeling niet wordt ingezet voor zorg anders dan behandeling. Past de noodzakelijke behandeling niet binnen de extra financiële ruimte, dan mag deze ten laste worden gebracht van het basisbudget. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis verantwoord blijft. Het budget voor behandeling mag niet worden ingezet voor (extra) zorg anders dan behandeling;
3. de motivatie voor het inzetten van behandeling (groep en/of individueel) is vastgelegd in het zorgplan.

De motivatie bevat een toelichting op de volgende punten:

- welke diagnose maakt inzet van behandeling noodzakelijk;
- wie is eindverantwoordelijkheid voor de behandeling (arts/behandelaar);
- welke methodiek wordt toegepast voor de behandeling;
- wat is het te behalen resultaat van de behandeling;
- wat is het aantal benodigde uren behandeling (individueel) of dagdelen (groep) per week
- de aangevraagde behandeling is geen onderdeel van de Zorgverzekeringswet;

Passen de noodzakelijke zorg en/of behandeling niet binnen het basisbudget met extra financiële ruimte? Dan vraagt de dossierhouder deze aan bij het zorgkantoor doormiddel van een motivatie en een toelichting op de hierboven benoemde punten. Bij voorkeur voorafgaand (of gelijktijdig) met de AAT levert de dossierhouder een rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis aan, waarin deze motivatie en toelichting opgenomen is.

¹⁰ De regeling PGB maakt het niet mogelijk om behandeling in te kopen met een PGB.

Verder geldt dat:

- aanvragen voor behandeling bij overbruggingszorg voor maximaal 6 maanden worden toegekend. Verlenging is mogelijk in overleg met het zorgkantoor;
- aanvragen voor behandeling bij alternatieve zorg voor een periode van maximaal 1 jaar worden toegekend. Verlenging is mogelijk in overleg met het zorgkantoor.

Voor dagbehandeling (behandeling groep) als onderdeel van overbruggingszorg geldt dat deze alleen kan worden aangevraagd als deze past binnen de prestatiebeschrijving van de NZa:

- dagbehandeling ouderen Som en PG
- dagbehandeling VG emg
- dagbehandeling VG kind (midden, zwaar, emg, gedrag)
- dagbehandeling LG (licht, midden, zwaar)
- dagbehandeling LVG

Subsidieregeling behandeling

Woont iemand thuis en heeft deze persoon behandeling nodig? Beschikt deze persoon niet over een CIZ indicatie voor Wlz-zorg? Dan kan een beroep worden gedaan op de subsidieregeling behandeling. Mensen met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of een verstandelijke beperking (meerderjarig) komen hiervoor in aanmerking. De cliënt heeft daarvoor ook een (extramurale) indicatie van het CIZ nodig. Voor de subsidieregeling behandeling gelden aparte prestaties, die kunnen niet gelijktijdig met Wlz-zorg geleverd en gedeclareerd worden. Heeft iemand een indicatie voor een zorgprofiel, woont de cliënt nog thuis en is er behandeling nodig? Vraag dan via de AAT behandeling aan. Vraag geen indicatie bij het CIZ aan voor behandeling uit de subsidieregeling. Als dit gebeurt, vervalt het recht van de cliënt op Wlz-zorg. De Wlz is voorliggend op de subsidieregelingen en de Zvw.

4.9 Logeren, behandeling individueel en behandeling groep

Vanaf het moment dat de nieuwe rekenmodule in gebruik is, geldt voor alle vormen van zorg thuis (inclusief overbruggingszorg) dat logeren wordt bekostigd vanuit het basisbudget. Daarmee is er geen onderscheid meer tussen aanvragen voor logeren in ZIN en PGB.

4.10 Regelzorg

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

4.11 Palliatief Terminale Zorg

Palliatieve terminale zorg is zorg die wordt geleverd in de laatste levensfase van een cliënt. Cliënten kunnen ervoor kiezen om deze zorg thuis te ontvangen of in een instelling. Vanaf 2015 wordt de palliatieve zorg, afhankelijk van de wensen van de cliënt en zijn situatie, bekostigd uit verschillende domeinen.

- Palliatieve zorg voor cliënten met een Wlz indicatie die intramuraal zijn opgenomen.
De zorg wordt geleverd vanuit de Wlz, uit het zorgprofiel dat de cliënt al heeft of eventueel uit een zorgprofiel VV10 wanneer de intensieve zorgvraag daarom vraagt en deze voldoet aan de door het CIZ gestelde criteria.
- Palliatieve zorg voor cliënten die een Wlz indicatie hebben en thuis willen sterven of in een hospice zonder intramurale toelating.
De palliatieve zorg valt onder de Wlz in de vorm van VPT, MPT of PGB passend binnen het geïndiceerde zorgprofiel. Wanneer de zorgvraag van de cliënt daarom vraagt kan een zorgprofiel VV10 voor zorg thuis worden afgegeven. De cliënt hoeft dan niet te voldoen aan de criteria die gelden voor een intramurale VV10 indicatie. Specifiek bij een indicatie voor een zorgprofiel VV10 geldt dat zorg thuis naar redelijkheid mag worden ingezet op voorwaarde dat deze te verantwoorden is en past bij de regionale afspraken hierover. De zorg wordt voor een periode van 13 weken toegewezen en kan in overleg met het zorgkantoor worden verlengd.
- Palliatieve zorg thuis voor cliënten zonder Wlz indicatie die thuis of in een hospice willen sterven.
De palliatieve zorg is vanaf 1 januari 2015 onderdeel van de aanspraak wijkverpleging in de Zvw.
- Palliatieve zorg voor cliënten die geen Wlz indicatie hebben en opgenomen willen worden.
De palliatieve zorg is vanaf 1 januari 2015 onderdeel van de aanspraak eerstelijns kortdurend verblijf (subsidieregeling). Hiervoor geldt apart indicatiebeleid en een aparte prestatie: verblijf in verband met palliatief terminale zorg.

Is iemand niet meer terminaal dan moet er een andere passende indicatie worden aangevraagd.

4.12 Tijdelijk verblijf naast een MPT of VPT

4.12.1 MPT en logeren

De zorgaanbieder kan tijdens het logeren zowel de verblijfscomponent als de zorgfuncties op functie 71 declareren. Is er bij de start van het MPT nog geen behoefte aan logeren, maar ontstaat deze later wel dan moet er een nieuwe aanvraag voor het MPT worden ingediend. Zonder een toewijzing voor functie 71 kan de verblijfscomponent niet worden gedeclareerd. Bovendien kan het uitbreiden van de zorg met logeren consequenties hebben voor de ruimte voor andere zorgfuncties binnen het MPT. Met invoering van de rekenmodule komt ook het logeren (inclusief de noodzakelijke zorg) ten laste van het MPT-basisbudget, net zoals bij PGB. Voor een of beide leveringsvormen samen geldt een totaal (maximum) aantal van 156 etmalen op kalenderjaar.

NB. Cliënten die hun indicatie volledig in PGB hebben omgezet, kunnen geen gebruik maken van een logeren via zorg in natura. Zij moeten het logeren inkopen met het PGB.

4.12.2 VPT en logeren

Voor cliënten die een VPT ontvangen, maar af en toe gaan logeren om de mantelzorg te ontlasten, komt er in iWlz geen aparte zorgtoewijzing. De aanbieder kan voor de dagen dat cliënt een logeeropname heeft, op de zorgtoewijzing van het VPT, ook de verblijfscomponent declareren. Ook voor logeren naast een VPT geldt een maximum van 156 etmalen per kalenderjaar.

4.13 MPT en VPT Vakantieopnames

4.13.1 MPT vakantieopnames

Voor het logeren én vakantieopnames samen geldt een maximum van 156 etmalen op jaarbasis. Er wordt van een vakantieperiode gesproken als de cliënt minimaal 7 dagen aaneengesloten wordt opgenomen. De aanbieder(s) die het MPT levert, moet een einde zorg melden op de functies die geleverd worden. Het eerste aanspreekpunt van de cliënt (dossierhouder) vraagt een zorgtoewijzing aan voor het zorgprofiel voor de vakantieperiode via de reguliere werkwijze.

Na terugkeer naar de eigenlijke situatie wordt het MPT weer van kracht op voorwaarde dat de functies overeenkomen met de functies die voorafgaande aan het proces golden.

NB. Cliënten die hun indicatie volledig in PGB hebben omgezet, kunnen geen gebruik maken van een vakantieopname via zorg in natura. Zij moeten de vakantieopname inkopen met het PGB.

4.13.2. VPT vakantieopnames

De aanbieder die het VPT levert, moet een einde zorg melden op het VPT. Deze aanbieder vraagt een zorgtoewijzing aan voor het zorgprofiel voor de vakantieperiode via de reguliere werkwijze. Het dossierhouderschap blijft in deze situatie altijd bij de aanbieder liggen die het VPT levert en gaat niet over naar de aanbieder waar de cliënt gedurende zijn vakantieperiode verblijft.

Bij terugkeer naar de eigenlijke situatie wordt het VPT weer van kracht.

4.14 Administratieve zorgtoewijzing

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

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

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

Voorbeeld

Een cliënt heeft een langdurige indicatie voor zorgprofiel VV4 en verblijft op een Wlz-plaats zonder behandeling. De cliënt krijgt voor een half jaar een indicatie voor zorgprofiel VV8. Er is niet direct een geschikte plaats met behandeling beschikbaar voor de cliënt. Tot het moment van opname op de Wlz-plaats met behandeling verblijft de cliënt op de Wlz-plaats zonder behandeling. Tijdens de wachtperiode

tot opname wordt daarom het zorgprofiel VV4 als overbruggingszorg aangevraagd. Vanaf het moment van opname op een Wlz-plaats met behandeling (VV8), wordt de zorgtoewijzing voor overbruggingszorg (VV4) omgezet naar een administratieve zorgtoewijzing.

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

4.15 Transferzorg

Een cliënt met een opnamewens kan vaak niet meteen in zijn instelling van voorkeur worden opgenomen. Het geïndiceerde zorgprofiel kan dan soms wel volledig door een andere aanbieder worden geleverd (transferzorg). In de situatie van transferzorg wordt de cliënt dus tijdelijk opgenomen bij een andere aanbieder totdat de voorkeuraanbieder een plaats beschikbaar heeft. De aanvraag voor transferzorg wordt voor een periode van maximaal 1 jaar toegewezen. De periode kan in overleg met het zorgkantoor worden verlengd. Wil de cliënt niet meer terug naar zijn voorkeuraanbieder, dan moet de zorgtoewijzing van transferzorg worden omgezet naar reguliere zorg. Het is niet mogelijk om transferzorg in de leveringsvorm VPT af te nemen, transferzorg kan alleen gebruikt worden bij opname in een instelling.

5 Dossierhouder

5.1 Inleiding

De Wlz heeft tot doel de cliënt meer zeggenschap te geven over de manier waarop hij zijn zorgbehoefte wil invullen. In het organiseren van de zorg rondom de cliënt staan zorg op maat en zoveel mogelijk luisteren naar de wens van de cliënt voorop. De professionele zorgaanbieder is daarin een zichtbaar en bekend aanspreekpunt voor de cliënt. Maar in de Wlz heeft ook het zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner, een nadrukkelijke rol in het ondersteunen van de cliënt bij het vinden van een passend zorgaanbod.

5.2 Taken en verantwoordelijkheden van de dossierhouder

Een cliënt heeft toegang tot de Wlz als er een indicatie ligt voor een zorgprofiel. Het CIZ heeft het recht op dit zorgprofiel vastgesteld en geïndiceerd. Weet de cliënt van welke zorgaanbieder hij zijn zorg wil ontvangen. Of welke zorgaanbieder zijn vertrouwen heeft voor het goed invullen en organiseren van zijn zorg. Dan neemt het CIZ deze voorkeuraanbieder op in het indicatiebesluitbericht. Deze voorkeuraanbieder wordt het eerste aanspreekpunt (dossierhouder) voor de cliënt.

Kan de cliënt bij de indicatiestelling nog geen duidelijke voorkeur voor een zorgaanbieder aangeven en wil de cliënt graag ondersteuning bij zijn keuze? Dan laat het CIZ desbetreffend veld in het indicatiebesluitbericht leeg. Het zorgkantoor neemt dan binnen een werkdag na ontvangst van het indicatiebesluitbericht contact op met de cliënt. Informeert de cliënt over zijn keuzemogelijkheden in de Wlz en bemiddelt de cliënt naar een passende zorgaanbieder. Zorgkantoren kunnen deze procedure ook toepassen als de cliënt nog geen duidelijke keuze heeft gemaakt voor een leveringsvorm (Voorkeur Cliënt). Wordt de cliënt niet bereikt binnen 3 werkdagen na ontvangst van het indicatiebesluitbericht, dan ontvangt hij schriftelijke informatie van het zorgkantoor. Het zorgkantoor blijft de cliënt actief benaderen voor een keuze.

5.3 Wat doet de dossierhouder voor een cliënt met opnamewens

De instelling waar de cliënt wil worden opgenomen krijgt het geïndiceerde (reguliere) zorgprofiel toegewezen. Deze instelling is vanaf dat moment het eerste aanspreekpunt (dossierhouder) voor de cliënt. Deze afspraak wordt vastgelegd in het integrale zorgplan. De cliënt tekent hiervoor. Dit geldt ook voor de cliënt waarbij het zorgprofiel soort zorgtoewijzing alternatief heeft.

Taken en verantwoordelijkheden dossierhouder

De dossierhouder is:

1. verantwoordelijk voor het organiseren van de noodzakelijke zorg voor de cliënt. Ook als er sprake is van een wachtlijst of een eventuele opnamestop bij deze aanbieder;
2. verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van de noodzakelijke zorg voor de cliënt. Daarom neemt de dossierhouder binnen 2 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger. In de rest van dit hoofdstuk wordt met cliënt ook zijn (wettelijk) vertegenwoordiger bedoeld;
3. verantwoordelijk voor het tijdig organiseren en aanvragen van overbruggingszorg als er niet direct een geschikte plaats beschikbaar is bij de instelling. Deze moet uiterlijk 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing starten. De zorgaanbieder bepaalt samen met de cliënt of overbruggingszorg thuis (doelmatig en) verantwoord te organiseren is. Is dit een probleem dan gaat de instelling eventueel samen met de cliënt op zoek naar een tijdelijke andere instelling voor opname

- (transferzorg). De aanbieder of cliënt kan daarbij het zorgkantoor inschakelen voor ondersteuning bij de bemiddeling;
4. verantwoordelijk voor het aanleveren van de rekenmodule en het formulier Verantwoorde zorg thuis, als de overbruggingszorg thuis ondoelmatig moet worden ingezet om de periode tot opname verantwoord te overbruggen (zie paragraaf 4.2). De dossierhouder communiceert ook met het zorgkantoor als er bijzonderheden zijn over de (zorgverlening aan) de cliënt;
 5. voor het tijdig signaleren bij het zorgkantoor dat de rol van dossierhouder niet goed kan worden ingevuld. Dit kan bijvoorbeeld omdat de cliënt nog in een andere regio woont. Het regionale zorgkantoor is dan beschikbaar voor het meedenken en/of bemiddelen naar een passend (tijdelijk) zorgaanbod. In deze situaties neemt de regionale aanbieder die de overbruggingszorg regelt, de rol van dossierhouder op zich en stemt regelmatig af met de (bovenregionale) intramurale voorkeuraanbieder. De bovenregionale aanbieder houdt contact met de cliënt over plaatsingsmogelijkheden;
 6. verantwoordelijk voor de gehele zorgverlening aan de cliënt. Ook als er meerdere aanbieders bij de zorgverlening (overbruggingszorg) zijn betrokken of een deel van de zorg geregeld wordt met een PGB. De dossierhouder houdt het totaal overzicht;
 7. niet inhoudelijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg door andere zorgaanbieders. Behalve als dit gebeurt in de constructie van onderaannemer. De dossierhouder is ook niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die de budgethouder met een PGB inkoopt bij andere partijen. Maar de dossierhouder signaleert wel tijdig of de cliënt verantwoorde zorg thuis ontvangt. De dossierhouder heeft hierin niet alleen een signalerende rol naar de cliënt en zijn (wettelijk) vertegenwoordiger maar ook naar het zorgkantoor. Zo nodig zet het zorgkantoor daarop actie uit richting de aanbieder en/of cliënt;
 8. verantwoordelijk voor het onderhouden van contact met de andere betrokken (medische) zorg of hulpverleners bij de cliënt. De dossierhouder bewaakt de urgentie van de situatie en onderneemt actie als dit noodzakelijk is;
 9. verantwoordelijk voor het tijdig opnemen van de cliënt. De landelijke norm voor intramurale opname is 13 weken. Uitzondering hierop vormt de opname in een verpleeghuis. Daar geldt een norm van 6 weken. Het zorgkantoor bewaakt dat de cliënt tijdig de noodzakelijke zorg krijgt. Zo nodig neemt het zorgkantoor hierover contact op met de aanbieder en/of cliënt;
 10. verantwoordelijk voor een juiste volgorde van opname. Cliënten met de leveringsstatus Actief wachtend gaan voor op cliënten met een leveringsstatus Wens wachtend. Voor opname geldt verder het uitgangspunt dat iemand met de meeste wachtdagen, het eerste een plaats krijgt aangeboden. Dit op voorwaarde dat de cliënt past bij de beschikbare plaats. Moet een Actief wachtende cliënt te lang wachten, dan kan tijdelijke opname bij een andere aanbieder een (noodzakelijke) oplossing zijn;
 11. verantwoordelijk voor het actueel houden van de leveringsstatus in iWlz. Is er sprake van een leveringsstatus (actief, wens of slapend wachtend) dan wordt deze minimaal 1x per jaar geactualiseerd via een mutatiebericht. Ook als de status ongewijzigd blijft;
 12. in de situatie dat de cliënt de leveringsstatus Slapend wachtend heeft (nog niet wil worden opgenomen) gedeeld verantwoordelijk voor de zorgverlening thuis aan de cliënt. Heeft de cliënt nog geen zorg thuis nodig dan geldt punt 11. Wordt er wel zorg thuis geleverd aan de cliënt dan stemmen de betrokken zorgaanbieders samen met de cliënt af wie het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt. En hoe de communicatie tussen de intramurale aanbieder en het eerste aanspreekpunt voor de cliënt wordt ingevuld.

5.4 Dossierhouderschap en MPT (geen opnamewens)

Heeft de cliënt geen opnamewens, dan kan hij zijn zorg thuis in de vorm van een VPT, MPT en/of PGB krijgen. De zorgaanbieder die de voorkeur heeft van de cliënt om zijn zorg thuis (ZIN) te organiseren krijgt het geïndiceerde (reguliere) zorgprofiel toegewezen. Deze zorgaanbieder is in ieder geval tijdelijk het eerste aanspreekpunt (dossierhouder) voor de cliënt.

De zorg thuis kan bij een MPT uit een of meer losse functies bestaan. Die kunnen door een of meerdere aanbieders worden ingevuld.

Taken en verantwoordelijkheden dossierhouder

De dossierhouder:

1. is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van de noodzakelijke zorg thuis voor de cliënt. Daarom neemt de dossierhouder binnen 2 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt. Heeft de zorgaanbieder onvoldoende kennis over de mogelijkheden voor zorg thuis? In overleg met de cliënt wordt dan gezocht naar een aanbieder die deze rol kan overnemen. Komt de zorgaanbieder hier samen met de cliënt niet uit? Dan kan het zorgkantoor de cliënt ondersteunen in het geven van informatie en advies en/of de cliënt bemiddelen naar een andere aanbieder. De cliënt kan daarvoor ook hulp krijgen van een onafhankelijke cliëntondersteuner.
2. blijft definitief het eerste aanspreekpunt voor de cliënt als deze zijn volledige zorgarrangement thuis van zijn voorkeuraanbieder ontvangt;
3. blijft mogelijk het eerste aanspreekpunt voor de cliënt als het MPT door meerdere aanbieders wordt geleverd. De betrokken aanbieders stemmen dan samen met de cliënt af wie het beste zijn eerste aanspreekpunt kan zijn. De afspraak die hierover met de cliënt is gemaakt, wordt vastgelegd in het integrale zorgplan voor de cliënt. Dat geldt ook voor de situatie waarbij ZIN gecombineerd wordt met een PGB. De cliënt ondertekent het integrale zorgplan;
4. zorgt dat binnen de maximale (treek)norm van 6 weken alle noodzakelijke en passende zorg thuis is georganiseerd. Het zorgkantoor bewaakt dat de cliënt deze zorg tijdig krijgt. Zo nodig neemt het zorgkantoor hierover contact op met de aanbieder en/of cliënt;
5. houdt het overzicht over de gehele zorg thuis voor de cliënt, ook als een deel daarvan door andere zorgaanbieders wordt geleverd. De andere aanbieders hebben deze rol ook maar verwijzen bij problemen de cliënt in principe terug naar de dossierhouder of koppelen dit rechtstreeks terug aan de dossierhouder. De dossierhouder bespreekt dit dan met de cliënt. De aanbieders zijn zelf (inhoudelijk) verantwoordelijk voor het naleven van de gemaakte afspraken over de te leveren zorg;
6. is verantwoordelijk voor juiste en tijdige afstemming met andere partijen in de (medische) zorg- of hulpverlening rondom de cliënt. Het gaat hier om partijen anders dan genoemd bij punt 5;
7. is verantwoordelijk voor het aanleveren van de rekenmodule en/of het formulier Verantwoorde zorg thuis als dit noodzakelijk is (zie paragraaf 4.2);
8. is verantwoordelijk voor de communicatie met het zorgkantoor over de cliënt;
9. is verantwoordelijk voor het actueel houden van de leveringsstatus in iWlz. Is er sprake van een leveringsstatus (actief, wens of slapend wachtend) dan wordt deze minimaal 1x per jaar geactualiseerd via een mutatiebericht. Ook als de status ongewijzigd blijft.

5.5 Wanneer stopt het dossierhouderschap?

Het dossierhouderschap stopt als:

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

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

5.6 Verandering van dossierhouder

Wijzigt de voorkeur van de cliënt voor een aanbieder of is de cliënt niet tevreden over zijn dossierhouder? De cliënt kan altijd wijzigen van dossierhouder. Ook als er al overbruggingszorg wordt ingezet. Blijft de overbruggingszorg ongewijzigd? Dan is het onwenselijk en onnodig dat er diverse iWlz-berichten heen en weer worden gestuurd. Het zorgprofiel wordt in deze situatie dan alleen naar de nieuwe dossierhouder overgedragen via het berichtenverkeer. De al toegewezen overbruggingszorg blijft ongewijzigd staan (en wordt dus niet ingetrokken en opnieuw toegewezen). De nieuwe dossierhouder heeft wel de verplichting om contact op te nemen met de cliënt en te vragen of de bestaande overbruggingszorg naar wens is. Is dat niet het geval, dan is het de verantwoordelijkheid van de nieuwe dossierhouder om deze aan te passen.

6 Zorgweigering en zorgbeëindiging

6.1 Inleiding

De zorgaanbieder kan de zorg aan een cliënt uitsluitend weigeren als er gewichtige redenen bestaan. Deze redenen houden verband met omstandigheden die de persoon van de individuele cliënt betreffen en op grond waarvan de zorgverlening in redelijkheid niet van de zorgaanbieder kan worden verlangd. Van de voorgenomen weigering doet de zorgaanbieder direct schriftelijk en met redenen omkleed melding aan de cliënt en verzoekt het zorgkantoor om instemming. De zorgaanbieder verstuurt dit verzoek via het VECOZO notitieverkeer naar het zorgkantoor. Stemt het zorgkantoor in met de zorgweigering? Dan ligt er een inspanningsverplichting bij de zorgaanbieder om de cliënt nazorg te leveren en te verwijzen/bemiddelen naar een andere zorgaanbieder. Zo nodig kan het zorgkantoor ondersteunen bij deze bemiddeling.

Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder een inspanningsplicht heeft om de toegewezen geïndiceerde zorg aan de cliënt te leveren. Het weigeren of stopzetten van zorg kan slechts in zeer uitzonderlijke situaties plaatsvinden. Het vereist een zorgvuldig doorlopen procedure waarbij het zorgkantoor zich samen met de zorgaanbieder actief inspannt om oplossingen te vinden.

Van een voorgenomen beëindiging van zorg moet de zorgaanbieder direct, schriftelijk en met redenen omkleed een mededeling doen aan de cliënt en het zorgkantoor. De zorgaanbieder verstuurt deze informatie via het VECOZO notitieverkeer naar het zorgkantoor. Zo nodig overlegt de zorgaanbieder dossiervorming over de situatie aan het zorgkantoor. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de cliënt totdat er een passende oplossing is gevonden. Anders gezegd: de zorgaanbieder draagt er in ieder geval zorg voor dat al gestarte zorg wordt voortgezet of overgedragen totdat er een definitieve oplossing gevonden is.

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

6.2 Zorgweigering

Onder zorgweigering wordt verstaan het weigeren van zorg op zorginhoudelijke gronden voordat de zorglevering is begonnen.

De zorgaanbieder kan zorg weigeren om de volgende redenen:

- De zorgaanbieder heeft zwaarwegende redenen op grond waarvan de zorgverlening in redelijkheid niet van de zorgaanbieder kan worden gevraagd. Dit kan bijvoorbeeld op grond van eerdere ervaringen met de cliënt in de zorgverlening.
- De zorgaanbieder heeft een instellingsvreemd zorgprofiel toegewezen gekregen en kan niet de vereiste kwaliteit van zorg leveren die past bij dit instellingsvreemde zorgprofiel.
- De zorgaanbieder heeft een cliënt toegewezen gekregen met uitzonderlijke complexe dubbeldiagnostiek niet passend bij het zorgaanbod van de zorgaanbieder.

6.3 Zorgbeëindiging

Onder zorgbeëindiging wordt verstaan dat de ingezette zorg door de zorgaanbieder eenzijdig wordt stopgezet. Dit terwijl de zorgvraag nog wel actueel is.

Het beëindigen is slechts mogelijk bij zwaarwegende redenen en alleen onder bijzondere omstandigheden. Voorbeelden van zwaarwegende redenen zijn:

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

In de besluitvorming moeten de volgende afwegingen worden meegenomen:

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

6.4 Procedure

Bij zorgweigering of zorgbeëindiging geldt de volgende procedure:

- Bij een voorgenomen weigering of stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk melding aan de cliënt;
- Bij een voorgenomen weigering of stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder via VECOZO notitieverkeer een met redenen omkleed verzoek aan het zorgkantoor;
- Het schriftelijk verzoek aan het zorgkantoor wordt onderbouwd met een dossier (dossiervorming is noodzakelijk). De onderbouwing wordt, via het VECOZO notitieverkeer, als bijlage meegestuurd naar het zorgkantoor;
- Uit het dossier moet blijken welke omstandigheden een rol spelen in het verzoek. De genomen stappen moeten helder zijn voor de cliënt en zijn (wettelijk) vertegenwoordigers en zijn in het dossier (zorgplan) vastgelegd. Uit het dossier blijkt in elk geval dat de zorgverlener de cliënt tenminste eenmaal schriftelijk heeft gewaarschuwd en dat stopzetting van de zorgverlening wordt ingezet als de ontstane situatie niet veranderd;
- Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder inspanningen heeft verricht om de casuïstiek te bespreken met andere disciplines of deskundigheidsniveaus (bijvoorbeeld arts, CCE of casemanager);
- Aan het schriftelijk verzoek is een voorstel toegevoegd hoe de continuïteit van de zorgverlening is geregeld totdat een beslissing is genomen op het verzoek. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van zorg totdat de zorg van de cliënt is overgedragen aan een andere zorgaanbieder of eventueel op een andere wijze wordt geregeld;
- Het zorgkantoor neemt contact op met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger voor wederhoor;
- Het zorgkantoor neemt binnen 1 week na ontvangst van de zorgweigering een besluit en deelt dit schriftelijke mee aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder brengt de cliënt op de hoogte van dit besluit;

- Het zorgkantoor neemt binnen 3 weken na ontvangst van het verzoek tot zorgbeëindiging een besluit en deelt dit schriftelijk mee aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder brengt de cliënt op de hoogte van dit besluit;
- Partijen treden niet in de publiciteit met betrekking tot zorgweigering en zorgbeëindiging;
- De uiteindelijke beslissing over de wijze waarop en de condities waaronder stopzetting of weigering van zorg eventueel plaatsvindt, ligt bij het zorgkantoor. De zorgaanbieder kan bezwaar maken tegen dit besluit. Dit onder verwijzing naar de afspraken daarover in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. De termijn voor het indienen van het bezwaarschrift bedraagt 6 weken na de formele beslissing.

Bijlage A: Definitielijst Voorschrift

Aangepaste Zorgtoewijzing	Aanpassing op een eerder verzonden/ontvangen zorgtoewijzing.
Actief wachtend (Aw)	Cliënt wil de geïndiceerde zorg ontvangen, maar krijgt dit niet (wachtend buiten zijn/haar wil om). Door de zorgkantoren wordt de volgende (aangescherpte) definitie gehanteerd t.b.v. het wachtlijstbeheer: <i>“De geïndiceerde zorg voor een cliënt moet urgent gestart worden. Deze zorg is zo urgent dat het de cliënt niet uitmaakt door welke aanbieder de zorg geboden wordt. De dossierhouder moet bij geen capaciteit bemiddelen naar een andere zorgaanbieder die de zorg wel kan leveren.”</i>
Administratieve zorgtoewijzing	Soort zorgtoewijzing waarmee aangegeven wordt dat de zorgaanbieder de kamer vrij mag houden voor terugkeer van de cliënt. De toegewezen zorg komt overeen met de toegewezen zorg uit de voorgaande periode.
Alternatieve zorg	Andere zorg (andere functies of een ander zorgprofiel) dan geïndiceerd, wel passend binnen de indicatie en waarmee de cliënt tevreden is. Alternatieve zorg is volgens de cliënt gewenste zorg. Kiest de cliënt voor een alternatief pakket zorg thuis, dan staat de cliënt niet op een formele wachtlijst voor opname in een instelling.
Basisbudget (100%, doelmatige zorg)	Het financieel maximum voor zorg thuis is gelijk gesteld aan het PGB –plafond voor een bepaald zorgprofiel. De PGB tarieven zijn afgeleid van de intramurale kosten. Dit uitgangspunt geldt in principe voor alle doelgroepen. Een toeslag bovenop het basisbudget is mogelijk als de cliënt bij opname in een instelling ook is aangewezen op deze toeslag én deze toeslag niet gebonden is aan het verblijf in een instelling. Het basisbudget (100%, doelmatige zorg) is dan gelijk aan het PGB budget voor een bepaald zorgprofiel, verhoogd met de zorgkosten voor een intramurale toeslag zoals invasieve of non-invasieve beademing. Toeslagen voor kinderen die te maken hebben met het leveren van gebruikelijke zorg in een instelling (bij opname of dagprogramma), zijn uitgezonderd van vergoeding thuis.
Crisis zorg	Crisis zorg is noodzakelijke zorg (met of zonder verblijf) die een zorgaanbieder onmiddellijk moet leveren.
Dossierhouder	De zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de te leveren zorg en de communicatie daarover met de cliënt. Het dossierhouderschap is alleen van toepassing indien de cliënt een indicatie heeft voor verblijf. De voorkeuraanbieder van de cliënt is de dossierhouder.
Einde zorgvraag (Ez)	Cliënt ontvangt de toegewezen zorg niet (meer) en de zorgtoewijzing is afgesloten.
Extra Kosten Thuis	Zorgkantoren moeten bij de beoordeling van een aanvraag voor zorg thuis rekening houden met de doelgroepen zoals beschreven onder artikel 5.3 lid 3 en artikel 5.15a uit de Regeling langdurige zorg. Bij de doelgroepen onder artikel 5.3 lid 3 is specifiek bij het MPT en/of PGB enige ondoelmatigheid toegestaan. Er mag maximaal 25%

	extra budget voor zorg thuis worden ingezet om een verantwoorde thuissituatie te creëren. Het extra budget (bovenop het basisbudget) kan besteed worden aan persoonlijke verzorging, verpleging, individuele begeleiding en begeleiding in groepsverband. De noodzakelijke huishoudelijke hulp of behandeling kunnen naast het extra budget worden aangevraagd.
Extramurale zorg	Zorg die buiten de muren van een instelling (bijvoorbeeld thuis) aan cliënten wordt geboden.
Geclusterde woonvorm/ kleinschalig wonen (BLZ Artikel 3.1.4)	In een geclusterde woonvorm of kleinschalig wooninitiatief wonen mensen die langdurige zorg nodig hebben. Zij huren of kopen zelf woonruimte. Voor deze groep mensen wordt de zorg gezamenlijk geregeld door een of meerdere gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder(s). Of zij regelen samen de zorg, vaak met hulp van hun familie. De zorg wordt dan zelf ingekocht met een persoonsgebonden budget (PGB), al dan niet aangevuld met zorg in natura. De geclusterde woonvorm is een woonsituatie waarbij minimaal 3 en maximaal 26 bewoners verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet basisregistratie personen, of op verschillende woonadressen binnen een straal van honderd meter, waar ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten. Het aantal budgethouders dat in de woonvorm moet verblijven om in aanmerking te komen voor een toeslag kleinschalig wonen PGB wordt vanaf 2016 over de domeinen heen geteld in plaats van alleen binnen de Wlz.
Gewaarborgde hulp	De gewaarborgde hulp is een door de cliënt ingeschakelde hulp van een derde die in staat is voor de nakoming van de aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
Intramurale zorg	Zorg die een zorgaanbieder binnen de muren van een instelling verleent aan cliënten die langer dan 24 uur in die instelling verblijven.
iWlz	iWlz is een systematiek voor het volgen van de cliënt in alle fasen van de keten via elektronisch berichtenverkeer: van de indicatie via het toewijzen en leveren van zorg tot het vaststellen van de eigen bijdrage. Het elektronisch berichtenverkeer vindt plaats op basis van landelijk vastgestelde standaarden, de Externe Integratiestandaarden (EI).
In zorg (Iz)	Cliënt ontvangt (een deel van) de toegewezen zorgseenheid (functie of zorgprofiel) en de omvang van de geleverde zorg volstaat. De zorgseenheid krijgt in iWlz de waarde 'In zorg'.
Modulair Pakket Thuis (MPT)	Een MPT is van toepassing als de cliënt thuis wil blijven wonen en niet het volledige zorgaanbod nodig heeft dat hoort bij zorg met verblijf in een instelling of bij een VPT. Een MPT is altijd een bewuste keuze van een cliënt en wordt als alternatieve zorg toegewezen in functies en klassen. Dit geldt ook voor het PGB. Naast het MPT kan een alternatief pakket zorg thuis ook verzilverd worden via een PGB: volledig PGB of via een combinatie van MPT/PGB.

Omzettingstabel/vertaaltabel PGB	De omzettingstabel/vertaaltabel is een landelijk tabel die gebruikt kan worden ten behoeve van het regelen van een PGB. Deze tabel geldt niet voor ZIN. Met behulp van deze tabel kan het zorgprofiel worden vertaald naar een combinatie van functies en klassen met bijbehorend PGB.
Overbruggingszorg tot opname	Overbruggingszorg omvat de zorg die tijdelijk wordt ingezet om de periode tot opname (zorg met verblijf) op verantwoorde wijze te overbruggen.
Overbruggingszorg tot alternatieve zorg thuis	Heeft een aanbieder meer tijd nodig om een aanvraag voor een VPT/MPT te doen dan kan de noodzakelijke zorg thuis tijdelijk worden aangevraagd met soort zorgtoewijzing overbruggingszorg. Deze overbruggingszorg wordt dan voor een korte periode toegekend (maximaal 13 weken).
Overgangsrecht	Voor cliënten met een huidige AWBZ indicatie kan een overgangsrecht in de Wlz van toepassing zijn. Of een overgangsrecht van toepassing is en zo ja, wat dit inhoudt, hangt af van de vraag of de huidige geïndiceerde zorg overgaat naar een ander domein en of sprake is van een hoog of laag zorgprofiel.
Passende zorg	Zorg die aansluit bij de urgentie van de situatie en past binnen de indicatie van de cliënt.
Persoonlijk assistentie budget	Regeling Langdurige zorg (RLZ) Artikel 5.15a - In geval de verzekerde geïndiceerd is voor het zorgprofiel LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, dan wel voor het zorgzwaartepakket Z(Z)P LG 5 of Z(ZP LG 7, hoort het zorgkantoor, op aanvraag van de verzekerde, zijn persoonsgebonden budget op tot ten hoogste € 219.000 indien de verzekerde: - vanuit een medische noodzaak is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid van verzekerde in levensbedreigende situaties te waarborgen, 18 jaar of ouder is, - geen cognitieve beperkingen heeft, en - op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de taken als omschreven in artikel 3.3.3, vierde lid, onderdeel b en c, van de wet kan uitvoeren. - De aanvraag van verzekerde bij het zorgkantoor gaat vergezeld van een oordeel van een behandelend arts over de medische noodzaak als beschreven in het eerste lid, onderdeel a, en wordt slechts ingewilligd nadat het zorgkantoor de verzekerde in persoon heeft gezien en mede op grond daarvan tot de overtuiging is gekomen dat de verzekerde voldoet aan de voorwaarden, bedoeld in het eerste lid. - Het persoonsgebonden budget van de verzekerde, bedoeld in het eerste lid, kan in afwijking van het eerste lid, tot ten hoogste

	€ 146.000 worden opgehoogd indien verzekerde samenleeft met een echtgenoot.
Persoonlijk plan	De cliënt heeft de mogelijkheid om de zorgaanbieder en/of het zorgkantoor een persoonlijk plan te overhandigen waarin de gewenste samenstelling van de zorg wordt geschetst. Deze dient door de zorgaanbieder te worden betrokken bij het bij de zorgplanbespreking.
Regelzorg	Heeft een cliënt zorg in een van de andere domeinen (Wmo, JW en/of Zvw) maar blijkt de Wlz meer aangewezen (indicatie zorgprofiel), dan is er tijd nodig om de zorg in de Wlz op te starten. Wanneer de nieuwe, intramurale zorg niet direct start en de overbruggingszorg of alternatieve zorg nog niet is toegewezen, is er sprake van een overgangperiode (regeltijd). Om continuïteit van de zorg te borgen is in deze overgangperiode sprake van regelzorg. Afspraken rondom regelzorg 2014 komen te vervallen. Afspraken regelzorg 2015 (tussen de domeinen Wmo, Wlz en Zvw) zijn in ontwikkeling.
Reguliere zorg	Zorg die wat betreft aard van de zorg (functies of zorgprofiel) gelijk is aan de geïndiceerde zorg. De zorg mag wat betreft omvang afwijken van de geïndiceerde zorg: de toegewezen klasse moet kleiner of gelijk zijn aan de geïndiceerde klasse. De zorg wordt geleverd door de voorkeuraanbieder.
Slapend wachtend (Sw)	Cliënt wil de geïndiceerde zorg nu nog niet ontvangen.
Soort (zorg)toewijzing	Nadere aanduiding van de zorgtoewijzing die de relatie tot de indicatie weergeeft. De administratieve zorgtoewijzing vormt hierop een uitzondering. De volgende soorten zorgtoewijzing worden (in iWlz) onderscheiden: Reguliere zorg, Alternatieve zorg, Overbruggingszorg, Transferzorg, Administratieve zorgtoewijzing.
Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis	Het toetsingskader biedt zorgkantoren een handvat voor het beoordelen of de zorg thuis doelmatig en verantwoord kan plaatsvinden. Vanaf 1 januari 2015 is dit een wettelijke taak van de zorgkantoren.
Transferzorg	Transferzorg is van toepassing op situaties waarbij sprake is van een opnamewens (opname in een instelling). In de situaties van transferzorg wordt de cliënt tijdelijk opgenomen bij een niet-voorkeuraanbieder. Deze aanbieder levert de het geïndiceerde zorgprofiel. Zodra dit mogelijk (en gewenst) is, wordt de cliënt opgenomen bij zijn voorkeuraanbieder. (Soort zorgtoewijzing transfer is voorbehouden aan opname en kan dus niet gebruikt worden voor andere vormen van zorg.)
Treeknormen	Zorgaanbieders en verzekeraars hebben afspraken gemaakt over aanvaarbare wachttijden in de zorg. Deze maximaal aanvaardbare wachttijden worden treeknormen genoemd. Voor alle zorgvormen binnen de V&V en GHZ waar een Wlz-zorgprofiel van toepassing is voor verblijf met behandeling geldt een treeknorm van 6 weken. Voor alle zorgvormen binnen de V&V en

	GHZ waar een Wlz-zorgprofiel van toepassing is voor verblijf zonder behandeling geldt een treeknorm van 13 weken. Voor de GGZ geldt binnen de Wlz geen treeknorm. Cliënten hebben alleen aanspraak op Wlz zorg als zij al zijn opgenomen in een klinische behandelsetting (doorstroom vanuit de Zvw).
VECOZO notitieverkeer	Via het VECOZO notitieverkeer vindt beveiligde informatie-uitwisseling over zorgvragen (m.b.t. de iWlz) van cliënten plaats tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder.
Vertaaltabel	De vertaaltabel wordt gehanteerd op het moment dat de cliënt kiest voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel. Via de vertaaltabel wordt het geïndiceerde zorgprofiel vertaald naar een instellingseigen zorgprofiel. De zorgkantoren hanteren een uniforme vertaaltabel voor 2015.
Volledig Pakket Thuis (VPT)	Met het VPT kunnen verzekerden thuis dezelfde zorg krijgen als die ze in een instelling zouden krijgen.
Voorkeuraanbieder	De zorgaanbieder die door de cliënt is opgegeven als zorgaanbieder van eerste voorkeur.
Wachtstatus	De wachtstatus is een gegeven dat wordt gebruikt bij het samenstellen van de landelijke Wlz-wachtlIJst. De wachtstatus wordt, aan de hand van de leveringsstatus, bepaald per individuele cliënt op het niveau van het indicatiebesluit. De wachtstatus kan de volgende waarden hebben: actief wachtend, wens wachtend, slapend wachtend, in zorg. De cliënt wordt als wachtend beschouwd als zijn wachtstatus actief wachtend of wens wachtend is.
Wens wachtend (Ww)	Cliënt wil de geïndiceerde zorg alleen ontvangen van de zorgaanbieder van voorkeur.
Wlz indiceerbaren	Wlz-indiceerbaren zijn cliënten die op 31/12/2014 een indicatie hadden voor extramurale zorg, waarbij het Ministerie verwachtte dat de Wlz het meest aangewezen domein is. Deze cliënten zijn op 1 januari 2015 niet uitgestroomd naar de andere domeinen ondanks een indicatie in functies en klassen (indicatie voor een Wlz-zorgprofiel ontbreekt). In 2015-2016 vindt voor deze cliënten een herindicatietraject plaats. Het CIZ bepaalt dan formeel of deze cliënten vanaf 1 januari 2017 aanspraak houden op de Wlz of uit moeten stromen naar een ander domein.
Zorgplan	Het zorgplan bevat de concrete invulling van de geïndiceerde zorg: welke zorg, in welke omvang en onder welke condities wordt door de zorgaanbieder verleent aan de cliënt. Het zorgplan wordt formeel overeengekomen tussen de cliënt en de zorgaanbieder (ondertekening door de cliënt). Het zorgplan wordt ook wel individueel begeleidingsplan, zorgleefplan, behandelplan of ondersteuningsplan genoemd.
Zorgtoewijzing	Het zorgdragen voor de uitvoering van de geïndiceerde zorg door een zorgaanbieder. Hieronder valt ook het treffen van alternatieve voorzieningen ter overbrugging van de wachtperiode tot de geïndiceerde zorg geleverd kan worden. Zorgtoewijzing volgt na

	indicatiestelling en wordt voor Wlz-zorg uitgevoerd door zorgkantoren.
Zorgprofiel (ZP)	Standaardbeschrijving voor vastgestelde cliëntgroepen met een indicatiebesluit voor zorg met verblijf, waarin een beschrijving staat van het cliëntprofiel, een globale omschrijving van het benodigde pakket aan zorg, de omgeving waarin de zorg geleverd wordt en de leveringsvoorwaarde. In de zorgzwaartebekostiging worden zorgprofielen gebruikt om te bepalen hoeveel geld een intramurale instelling voor een cliënt krijgt. De indicatiestelling voor zorgprofielen wordt uitgevoerd door het CIZ.

Bronnen:

- Handboek zorgregistratie Zorginstituut Nederland
- Overeenkomst Wlz 2015, Deel III: Algemeen deel
- Regeling Langdurige zorg (RLZ) 2015

Bijlage A: Definitielijst Toetsingskader

Dag structurering, vermogen tot zelf regie	Het kunnen structureren van de dag is een essentieel onderdeel voor het goed functioneren in de thuissituatie. Is er afdoende regie-vermogen aanwezig om sturing en structuur aan te brengen in de dag? Of kan door het gebruik van dagbesteding de dag voor de verzekerde afdoende sturing en/of structuur krijgen.
Doelmatige zorg (NZa)	Doelmatig houdt in dat er zo scherp mogelijk, dus tegen een lage prijs, goede zorg ingekocht moet worden.
Ervaren gevoel van veiligheid	Ervaren veiligheid ontstaat als verzekerde weet dat er hulp komt wanneer de verzekerde hulp nodig heeft. Dit kan zijn weerslag hebben op allerlei factoren. Voorbeelden van acties die de beleving van veiligheid beïnvloeden zijn: ○ alarmeringsmogelijkheden (binnen handbereik) ○ korte responstijd van mantelzorg of zorgverleners ○ gebruik kunnen maken van ongeplande zorg
Fysieke veiligheid	Fysieke veiligheid ontstaat door een veilige leefomgeving. <i>Het gaat hier niet alleen om veilig en verantwoord zorg leveren voor de verzekerde maar ook door de mantelzorg/professional.</i> Gevaar voor incidenten kan worden beperkt door het fysiek anders inrichten van de woonomgeving. Dergelijke aanpassingen zijn relatief gemakkelijk te realiseren door: ○ voorwerpen/obstakels te verwijderen die een gevaar vormen voor de verzekerde of zijn ondersteuners (vgl. valgevaar als gevolg van

	drempels of tapijt) zodat veilig verplaatsten binnen en/of om de woning geborgd is. - o leefruimten aan te passen om mogelijke gevaren te beperken (aanpassingen in een badkamer om veilige ADL-zorg te kunnen leveren, gelijkvloerse ruimte, traplift etc.). - o aanwezigheid van zorg ondersteunende hulpmiddelen zoals tillift, hoog-laagbed, aangepast toilet etc.
Gebruikelijke zorg	Gebruikelijke zorg betreft zorg en activiteiten die partners, ouders, volwassen kinderen en/of andere volwassen huisgenoten elkaar naar algemeen aanvaardbare maatstaven voor elkaar plegen te bieden. Hiermee wordt expliciet tot uitdrukking gebracht daar waar men een gezamenlijk huishouden voert, men op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft voor het functioneren van het huishouden en er hiermee geen vergoeding van de kosten voor die (huishoudelijke-) activiteiten mogelijk is. Het hangt van de sociale relatie af welke zorg/activiteiten mensen voor elkaar behoren te doen. Hoe intiemer de relatie, hoe meer mensen voor elkaar doen. Voor de zorg van ouderen en kinderen, zie bijlage 3. Bij volwassenen onderling geldt dat daar waar men bij het normale maatschappelijke verkeer binnen de persoonlijke levenssfeer zaken samendoet, zoals het bezoeken van familie/vrienden, het meegaan naar de huisarts enzovoort, die wordt gezien als gebruikelijke zorg van huisgenoten onderling.
Gevaarscriterium	- o Voortdurend, acute bedreiging van het leven. De persoon kan niet zelfstandig buiten een instelling wonen. Hij heeft zorg nodig die alleen in een professionele zorginstelling mogelijk is. Zonder die zorg is er sprake van ernstig gevaar voor zichzelf, ernstige zelfverwaarlozing, risico voor mensen in zijn omgeving, of er is een risico dat hij spullen in zijn omgeving kapot maakt (algemene veiligheid). Het gedrag kan zó gevaarlijk zijn dat er wel moet worden ingegrepen. Ook als niemand dat eigenlijk wil. Denk bijvoorbeeld aan brandgevaar als iemand het gas laat aanstaan of dat iemand rookt terwijl dat niet veilig kan, dwaalgedrag, wegliep gedrag, agressief gedrag naar mensen in zijn omgeving etc. In deze situaties kan er sprake zijn van een verklaring BOPZ. Of - o Voortdurend, acute bedreiging van het leven. Een persoon met zeer ernstig/zware lichamelijke beperkingen die is aangewezen op zorg met zeer korte responsetijd. Er is een medische noodzakelijkheid tot direct ingrijpen omdat er anders een levensbedreigende situatie ontstaat. Feitelijk moet er iemand 24 uur per dag in de direct omgeving van de verzekerde zijn. In deze situaties heeft de verzekerde de volledig regie over het eigen leven en kan en wil deelnemen aan de samenleving. Als de verzekerde niet in staat is om zelf te alarmeren dan wordt dit geborgd door medisch technologie.

Gewaarborgde hulp pgb	Een gewaarborgde hulp is iemand die de budgethouder (verplicht) ondersteund bij het voldoen/nakomen van de aan het pgb verbonden verplichtingen. Dit kan de wettelijk vertegenwoordiger zijn maar ook iemand anders of een organisatie. Meer informatie over de gewaarborgde hulp is terug te vinden in de Regeling langdurige zorg, hoofdstuk 5 (onder andere artikel 5.6, 5.11).
Intramurale toeslagen	NZa Beleidsregel (2015: CA-BR-1507b). Toeslagen (en/of ZP-meerzorg) kunnen bovenop het geïndiceerde zorgprofiel worden geleverd, als aan per toeslag gestelde voorwaarde wordt voldaan. De verzekerde heeft dan recht op meer zorg dan waar hij op grond van het geïndiceerde zorgprofiel recht op heeft. Intramurale toeslagen, ook thuis mogelijk: Invasieve beademing, Non-Invasieve beademing. Intramurale toeslagen, voorbehouden aan intramurale setting: Huntington, Cerebrovasculair Accident (CVA), Multifunctioneel centrum, Observatie, Gespecialiseerde epilepsiezorg (laag/midden/hoog), Niet strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP), Woonzorg gehandicaptenzorg (kind/jeugd/jong volwassen) en Gespecialiseerde behandelzorg.
Kleinschalig wooninitiatief	In het BLZ wordt kleinschalig wooninitiatief beschreven in Artikel 3.1.4. Voor deze notitie is het uitgangspunt dat in een kleinschalig wooninitiatief mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben. Zij huren of kopen zelf woonruimte. En zij regelen samen de zorg, vaak met hulp van hun familie. De zorg wordt zelf ingekocht met een persoonsgebonden budget (PGB), al dan niet aangevuld met zorg in natura. De omschrijving uit artikel 3.1.4 geldt dan niet alleen voor pgb geldt maar ook voor het mpt of de combinatie pgb/mpt. BLZ Artikel 3.1.4 1. () 2. Als een kleinschalige wooninitiatief als bedoeld in artikel 3.1.3, eerste lid, onderdeel a, van de wet, wordt aangemerkt een woonsituatie waarbij: a. minimaal drie en maximaal zesentwintig bewoners een persoonsgebonden budget ontvangen, en b. de bewoners verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1 van de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens, of op verschillende woonadressen binnen een straal van honderd meter, waar ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten.
Mantelzorg/vrijwilligers/sociaal netwerk	Mantelzorg/vrijwilligers/sociaal netwerk zorgen voor gevoel van veiligheid en structuur. Mensen met een klein sociaal netwerk en weinig of geen mantelzorgers lopen een groot/groter risico op verwaarlozing. Mantelzorgers zorgen vaak voor zaken als de was, boodschappen, maaltijden, begeleiding bij ziekenhuisbezoek, maken van afspraken, hulp bij financiën, ondernemen van activiteiten of

	afstemming met professionele zorgverleners. Woonondersteuning in de vorm van klusjesdiensten.
Mantelzorg	Bij mantelzorg gaat het om zorg waarop verzekerde wel aanspraak heeft. Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, door personen uit diens directe omgeving waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (Zorg Nabij, VWS 2001). Bij mantelzorg wordt de normale (gebruikelijke) zorg in zwaarte, duur en/of intensiteit aanmerkelijk overschreden. Mantelzorg vindt plaats op basis van vrijwilligheid, dat wil zeggen dat de mantelzorger bereid en in staat is deze zorg te leveren. Mantelzorgers zijn dus mensen die langdurig en onbetaald zorgen voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende persoon uit hun omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn, maar ook een ander familielid, vriend of kennis. Mantelzorgers kiezen er niet voor om te gaan zorgen: het overkomt hen, omdat ze een emotionele band hebben met degene die zorg nodig heeft. Mantelzorgers zorgen soms 24 uur per dag, kunnen hier niet zomaar mee stoppen en verrichten soms verpleegkundige handelingen. Bij de indicatiestelling voor toegang tot de Wlz wordt geen rekening gehouden met de mogelijkheden van de mantelzorg.
Medische veiligheid	Medische veiligheid ontstaat als: De medisch vereiste zorg in de thuissituatie geborgd is. De verzekerde is daarvoor ingeschreven in een huisartspraktijk. Eventueel is specifieke expertise van SO, AVG-arts, medische specialist en of orthopedagoog geborgd (beschikbaar/raadpleegbaar voor huisarts). Dit geldt ook voor eventueel noodzakelijke multidisciplinaire benadering. In geval van een calamiteit moet een (huis)arts moet binnen 10 minuten reageren en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn (criteria IGZ 2013).
Z(Z)P-meerzorg	In de Regeling zorgaanspraken AWBZ is Z(Z)P-meerzorg gedefinieerd op de volumecomponent: <i>“De verzekerde heeft aanspraak op meer zorg dan waarop hij op grond van het eerste lid aanspraak heeft, voor zover naar het oordeel van de zorgverzekeraar meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg en:</i> <i>a. de verzekerde die is aangewezen op zorgzwaartepakket VG-5, VG-7, VG-8, LG-5, LG-7, ZG-3 auditief, ZG-5 visueel, LVG-4, LVG-5 of SGLVG een <u>behoefte aan zorg heeft die minimaal 25% hoger is dan de in dat zorgzwaartepakket opgenomen zorg</u>, of</i> <i>b. de behoefte aan zorg tevens bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie.</i>

Persoonlijk assistentie budget	RLZ Artikel 5.15a [Treedt in werking per 23-04-2015] ○ 1. In geval de verzekerde geïndiceerd is voor het zorgprofiel LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, dan wel voor het zorgzwaartepakket Z(Z)P LG 5 of Z(ZP LG 7, hoort het zorgkantoor op aanvraag van de verzekerde zijn persoonsgebonden budget op tot ten hoogste € 219.000 indien de verzekerde: ○ a. vanuit een medische noodzaak is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid van verzekerde in levensbedreigende situaties te waarborgen, ○ b. 18 jaar of ouder is, ○ c. geen cognitieve beperkingen heeft, en ○ d. op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de taken als omschreven in <u>artikel 3.3.3, vierde lid, onderdeel b en c, van de wet</u> kan uitvoeren. ○ 2. De aanvraag van verzekerde bij het zorgkantoor gaat vergezeld van een oordeel van een behandelend arts over de medische noodzaak als beschreven in het eerste lid, onderdeel a, en wordt slechts ingewilligd nadat het zorgkantoor de verzekerde in persoon heeft gezien en mede op grond daarvan tot de overtuiging is gekomen dat de verzekerde voldoet aan de voorwaarden, bedoeld in het eerste lid. ○ 3. Het persoonsgebonden budget van de verzekerde, bedoeld in het eerste lid, kan in afwijking van het eerste lid, tot ten hoogste € 146.000 worden opgehoogd indien verzekerde samenleeft met een echtgenoot.
Professionele zorg	Een zorgprofessional heeft de taak en de verantwoordelijkheid om mensen passende (medische) zorg en ondersteuning te verlenen. Een zorgprofessional is verantwoordelijk voor het maken van duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, taken, dossiervorming, zorgcoördinatie en afstemming met andere betrokken zorgprofessionals rondom de (medische) zorgbehoefte van een verzekerde.
Rechtmatige zorg (NZa)	Rechtmatig houdt in dat het beschikbare geld besteed moet worden aan publieke (Wlz-)zorg.
Vrijwilligerszorg	In de situatie van vrijwilligerszorg kiezen vrijwilligers ervoor om te zorgen. Als zij met het vrijwilligerswerk starten, is er (nog) geen emotionele band. Zij verlenen hun zorg voor een beperkt aantal uren en kunnen hier op eigen initiatief mee stoppen. Zorgvrijwilligers werken in georganiseerd verband en verrichten nooit verpleegkundige handelingen.
Wettelijke vertegenwoordiging	Een wilsonbekwame cliënt heeft een (wettelijk) vertegenwoordiger die de beslissingen neemt op het gebied waarop de cliënt wilsonbekwaam is. Vindt de arts dat de cliënt <u>wilsonbekwaam</u> is, dan moet hij dit aan de cliënt vertellen en in het dossier opnemen. Als hij de cliënt wil behandelen, moet hij ook toestemming vragen aan een wettelijk

	vertegenwoordiger. Een wettelijk vertegenwoordiger is iemand die voor een cliënt mag optreden en beslissen. De vertegenwoordiger moet hierbij wel de cliënt zo veel mogelijk betrekken. Ook de arts moet de cliënt zo veel mogelijk blijven betrekken bij het nemen van beslissingen. Volgens de WGBO kunnen de volgende personen vertegenwoordiger zijn. De opsomming is in volgorde: 1. <u>Curator / mentor</u> = benoemd door de rechter 2. De schriftelijk gemachtigde = benoemd door de cliënt zelf (in een schriftelijke verklaring) 3. De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt = niet benoemd, vrijwillig 4. Een ouder / kind / broer / zus = niet benoemd, vrijwillig Een vertegenwoordiger heeft in principe recht op informatie en inzage in het dossier, of een kopie van het dossier. De vertegenwoordiger krijgt alleen de informatie die nodig is om beslissingen te nemen.
Zelfregie	Er is sprake van adequate zelfregie als de verzekerde (aantoonbaar) in staat is op eigen kracht de door hem verkozen zorgaanbieders en mantelzorgers aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen. Dit gebeurt op zodanige wijze dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
Zorgzwaartepakket of zorgprofiel	Het zorgzwaartepakket hoort bij 'zorg met verblijf' (langdurige zorg). Dat is het recht om in een zorginstelling te wonen. Bijvoorbeeld een verpleeghuis, een instelling voor gehandicaptenzorg of een GGZ-instelling. In een zorgzwaartepakket staat wat voor soort zorg en ondersteuning u nodig heeft. In de Wet langdurige zorg staat dat indicaties voor de langdurige zorg de vormen krijgen van zorgprofielen. In een zorgprofiel staat de aard, inhoud en globale omvang van de zorg. Dit zal minder gedetailleerd zijn dan de huidige zorgzwaartepakketten (zzp's), waarin de zorg in uren wordt geïndiceerd. De zorgprofielen bieden meer ruimte voor maatwerk.

Bijlage B: Belangrijke websites

1. Website van VWS over de veranderingen in de zorg: hoeverandertmijnzorg.nl
2. Overeenkomst Wlz 2016 www.zn.nl
3. De beschrijving van de zorgprofielen en de gebruikersgidsen zijn te vinden op www.istandaarden.nl
4. De beleidsregels, nadere regelingen, circulaires en factsheets van de NZa over de zorgzwaartebekostiging staan op www.nza.nl
5. De CIZ-beleidsregels indicatiestelling zijn te vinden op www.ciz.nl
6. De spelregels van i-Wlz zijn te vinden op de site van het Zorginstituut www.istandaarden.nl
7. De omzettingstabel is te vinden op www.zorgregistratie.nl
8. Eigenbijdrage regeling www.hetcak.nl
9. Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis
10. Wlz-kompas Zorginstituut Nederland
11. Protocol Meerzorg

Bijlage C: Leveringsstatus

Geldend voor de Melding Aanvang Zorg

Situatie	Leveringsstatus
Clïënt ontvangt alle toegewezen zorg. Geleverde klasse (en opslag) is gelijk aan de zorgtoewijzing (ZTW).	In Zorg
Clïënt ontvangt deel van toegewezen zorg, maar gaat akkoord met de (tijdelijke) lagere levering.	In Zorg of Slapend wachtend
Clïënt ontvangt deel van toegewezen zorg, maar gaat NIET akkoord met de (tijdelijke) lagere levering.	Actief Wachtend

Geldend voor de Melding uit Zorg

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

Mutatie-code	Cliënt in zorg (actieve MAZ aanwezig die niet is beëindigd)	Soort Zorg-eenheid	Leveringsstatus op het regulier toegewezen zorgprofiel	Aan te vragen soort zorgtoewijzing en einddatum (ED) van de zorgtoewijzing	Beschrijving	Voorwaarden	Mutatiedatum	Actie Zorgaanbieder
12	Nee*	zorgprofiel	Einde zorgvraag	Ja, alternatief Maximale duur ZTW is vooralsnog afhankelijk van landelijke ontwikkelingen	Cliënt ontvangt een alternatief pakket zorg thuis (VPT of MPT) en is daarmee tevreden.	Bij een gewijzigde zorgvraag komt de dossierhouder en/of de cliënt zelf in actie	Mutatiedatum	o Insturen MUT12 / einde zorgvraag + aanmaken AAT
17	Ja	zorgprofiel / functie	Einde zorgvraag +overplaatsing	Nee	Dossierhouder stuurt MUT17.	Er is wel een MAZ aanwezig maar nog geen MUT.	Datum overplaatsing	o Insturen MUT17
18	Nee*	zorgprofiel	Actief wachtend	Nee	Aanbieder kan binnen 5 werkdagen na start-datum ZTW nog geen besluit nemen.	Zorgaanbieder mag volgens productieafspraken geen zorg leveren.	Mutatiedatum	o Insturen MUT18 / actief wachtend
18	Nee*	zorgprofiel	Actief wachtend (duur zorgtoewijzing bepaalt prioriteit)	Ja Overbrugging in functies en klassen Voor ED zie voorwaarde!	Cliënt wil (overal) direct worden opgenomen binnen de Treeknorm. 13 weken intramuraal met uitzondering van VV met behandeling 6 weken en GGZ met behandeling 7 weken	Wordt voor maximaal 6 maanden toegewezen Actie ligt bij dossierhouder.	Mutatiedatum	o Insturen MUT18 / actief wachtend + aanmaken AAT
18	Nee*	zorgprofiel	Wens wachtend	Nee	Aanbieder kan de geïndiceerde zorg nu nog niet leveren. Cliënt wil <u>alleen opgenomen worden bij instelling van 1e voorkeur</u> , maar ontvangt voorlopig <u>geen</u> Wlz zorg.	Actie ligt bij dossierhouder als er wel Wlz zorg nodig is.	Mutatiedatum	o Insturen MUT18 / wens wachtend

Mutatie-code	Clïënt in zorg (actieve MAZ aanwezig die niet is beëindigd)	Soort Zorg-eenheid	Leveringsstatus op het regulier toegewezen zorgprofiel	Aan te vragen soort zorgtoewijzing en einddatum van de zorgtoewijzing (ED)	Beschrijving	Voorwaarden	Mutatiedatum	Actie Zorgaanbieder
18	Nee*	zorgprofiel	Wens wachtend	Ja, overbrugging ED = duur van 1 jaar	Clïënt wil <u>alleen opgenomen worden bij instelling van 1e voorkeur</u> , maar ontvangt wel al extramurale zorg of een ander zorgprofiel dan geïndiceerd door andere zorgaanbieder.	<u>Mag toegewezen worden voor de duur van 1 jaar. Zorg mag budget zorgprofiel niet overschrijden.</u> Dossierhouder komt in actie als er een vrije plaats is.	Mutatiedatum	o Insturen MUT18 / wens wachtend + aanmaken AAT
18	Nee*	zorgprofiel	Wens wachtend	Ja, transfer Voor ED zie voorwaarde!	Clïënt wil opgenomen worden bij instelling van 1e voorkeur maar ontvangt tijdelijk de volledig geïndiceerde zorg (altijd zelfde zorgprofiel) van andere zorgaanbieder.	<u>Wordt voor 1 jaar toegewezen.</u> Dossierhouder komt in actie als er een vrije plaats is.	Mutatiedatum	o Insturen MUT18 / wens wachtend + aanmaken AAT
19	Ja	zorgprofiel / functie	Einde zorgvraag	Nee	Levering zorg is beëindigd, zorgtoewijzing gesloten.		Ontslagdatum	o Insturen MUT19
19	Ja	zorgprofiel	Einde zorgvraag	Ja, alternatief ED = duur van het zorgprofiel is vooralsnog afhankelijk van landelijke ontwikkelingen	Levering zorg is beëindigd, ZTW sluiten. Clïënt ontvangt nog alternatieve zorg op het pakket		Ontslagdatum	o Insturen MUT19 / einde zorg + AAT
20	Ja	zorgprofiel / functie	Actief wachtend, wens wachtend of slapend wachtend	Nee	Levering zorg is beëindigd, zorgtoewijzing aanhouden.	Als er sprake is van extramurale zorg na verblijf, kan er mutatie met een AAT ingediend worden.	Ontslagdatum	o Insturen MUT20
21	Nee	zorgprofiel / functie	Einde zorgvraag	Nee	Overdracht zorgtoewijzing	Zorgtoewijzing wordt toegewezen vanaf de mutatiedatum.	Mutatiedatum	o Insturen MUT21
21	Ja, en opname is beëindigd door een MUT20	zorgprofiel / functie	Einde zorgvraag	Nee	Overdracht zorgtoewijzing	Zorgtoewijzing wordt toegewezen vanaf de mutatiedatum.	Mutatiedatum (De mut.datum moet groter zijn dan de mut datum van de MUT20)	o Insturen MUT21

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

Soorten zorgtoewijzing iWlz

Reguliere zorg	Zorg die wat betreft de aard van de zorg (functies of zorgprofiel) gelijk is aan de geïndiceerde zorg. De zorg mag wat betreft de omvang afwijken van de geïndiceerde zorg. De toegewezen klasse moet kleiner of gelijk zijn aan de geïndiceerde klasse.
Overbruggingszorg	Tijdelijke zorg die gedurende de wachtperiode tot opname in een instelling of tot een alternatief pakket zorg thuis wordt ingezet bij een cliënt. Het gaat hier om inzet van zorg, anders dan geïndiceerd.
Transferzorg	Zorg die geïndiceerd is (in de vorm van een zorgprofiel), maar tijdelijk door een niet voorkeuraanbieder volledig geleverd wordt.
Alternatieve zorg	Andere zorg (MPT/VPT of een ander zorgprofiel) dan geïndiceerd, wel passend binnen de indicatie en waarmee de cliënt tevreden is. Alternatieve zorg is volgens de cliënt gewenste zorg.
Administratieve zorg	Soort zorgtoewijzing waarmee aangegeven wordt dat de zorgaanbieder de kamer vrij mag houden voor terugkeer van de cliënt. De toegewezen zorg komt overeen met de toegewezen zorg uit de voorgaande periode.

Leveringsstatussen iWlz (voorheen AZR)

Actief wachtend	Cliënt wil de geïndiceerde zorg ontvangen, maar krijgt dit niet (wachtend buiten zijn/haar wil om). Door de zorgkantoren wordt de volgende (aangescherpte) definitie gehanteerd t.b.v. het wachtlijstbeheer: <i>“De geïndiceerde zorg voor een cliënt moet urgent gestart worden. Deze zorg is zo urgent dat het de cliënt niet uitmaakt door welke aanbieder de zorg geboden wordt. De dossierhouder moet bij geen capaciteit bemiddelen naar een andere zorgaanbieder die de zorg wel kan leveren.”</i>
Slapend wachtend	Cliënt wil de geïndiceerde zorg nu nog niet ontvangen.
Wens wachtend	Cliënt wil de geïndiceerde zorg ontvangen van de zorgaanbieder van voorkeur.
In zorg	Cliënt ontvangt de toegewezen zorg volledig.
Einde zorgvraag	Cliënt ontvangt de toegewezen zorg niet (meer) en de zorgtoewijzing is afgesloten.

Soorten Mutatieberichten (MUT)

MUT02	Overlijden
MUT12	Cliënt wil de zorg (nog) niet
MUT17	Overplaatsing (er is een MAZ)
MUT18	Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren
MUT19	Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing gesloten
MUT20	Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing aanhouden
MUT21	Overdracht ZTW (er is geen MAZ)

Bijlage D: Vertaaltabel

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

Uitgangspunten:

1. Bij de zorginkoop wordt bepaald welke zorgprofielen bij een instelling worden ingekocht. Voor de declaratie is leidend wat de zorgaanbieder geleverd heeft, op voorwaarde dat deze past binnen de productieafspraken. Daar verandert de vertaaltabel niets aan.
2. Cliënten zullen in het algemeen kiezen voor een instelling waarbij het geïndiceerde zorgprofiel ingekocht is.
3. Heeft de cliënt voorkeur voor een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel, dan kan in overleg met de cliënt bekeken worden of een alternatief instellingseigen zorgprofiel kan worden ingezet. Deze situatie is niet regulier, maar komt regelmatig voor.
4. Voor deze gevallen willen zorgkantoren graag uniforme richtlijnen hanteren. Omdat het om specifieke cliënten in specifieke situaties kan gaan, kunnen deze richtlijnen nooit volledig zijn. Maatwerk blijft nodig in overleg tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.
5. De zorginstelling heeft de verantwoordelijkheid om zorg alleen aan die cliënten aan te bieden, waarvoor dit ook verantwoord is. Deze uitgangspunten veranderen niets aan deze verantwoordelijkheid.
6. Of een alternatief zorgprofiel kan worden ingezet, is afhankelijk van:
 - a. Het zorginhoudelijke karakter van het zorgprofiel: niet elk zorgprofiel kan als alternatief pakket worden geboden voor het oorspronkelijk geïndiceerde zorgprofiel.
 - b. Het kostenaspect: het alternatieve zorgprofiel mag qua kosten niet hoger uitkomen dan het geïndiceerde zorgprofiel.
 - c. Wettelijke kaders die op het zorgprofiel van toepassing zijn
7. Vertalingen van instellingseigen naar instellingsvreemd die niet mogelijk zijn:
 - a. Van een zorgprofiel (niet zijnde zorgprofiel GGZ B) naar een GGZ B-pakket
 - b. Van een zorgprofiel (niet zijnde zorgprofiel VV 9b of zorgprofiel VV10) naar een zorgprofiel VV 9b of zorgprofiel VV10
 - c. Van een zorgprofiel (niet zijnde SGLVG, LVG of VG7) naar een SGLVG, LVG of VG7
 - d. Van een zorgprofiel (niet zijnde ZG-VIS) naar een ZG-VIS
 - e. Van een zorgprofiel (niet zijnde ZG-AUD) naar een ZG-AUD
8. Vertalingen die alleen onder de volgende voorwaarden mogelijk zijn:
 - a. Indicaties voor een zorgprofiel VG 7, LVG of SGLVG mogen worden omgezet naar een instellingseigen zorgprofiel als de betreffende aanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling in de VG.
 - b. In alle andere gevallen geldt voor zorgprofiel VG 7, LVG en SGLVG dat deze alleen tijdelijk – ter overbrugging – omgezet mogen worden naar een instellingseigen zorgprofiel. Onder tijdelijk wordt verstaan een opname van maximaal 6 maanden met de mogelijkheid dit eenmalig te verlengen met 6 maanden. De behandeling wordt niet mee vertaald, tenzij daarover separate afspraken worden gemaakt.
 - c. Omzettingen van en naar LVG kan alleen voor de duur van de indicatie (maximaal 3 jaar)
 - d. Omzettingen van een GGZ B naar een lager GGZ B pakket kan maximaal voor de duur van 3 jaar en op voorwaarde dat de cliënt nog in een GGZ behandelinstelling is opgenomen.
9. Vertalingen die in principe mogelijk zijn, mits passend binnen de uitgangspunten 5 en 6 en uitgezonderd hetgeen is bepaald in uitgangspunten 7 en 8:

- a. Vertalingen tussen zorgprofiel VV-SOM, VV-PG, VG, LG
 - b. Een cliënt met zorgprofiel VV 9b die uit gerevalideerd is en woont in een intramurale setting kan worden vertaald naar het geïndiceerde vervolg zorgprofiel of (in afwachting daarvan) het voorgaande geïndiceerde zorgprofiel.
 - c. Een zorgprofiel VV10, zorgprofiel-AUD en zorgprofiel-VIS kan worden vertaald naar andere zorgprofielen.
 - d. Als een zorgprofiel inclusief dagbesteding wordt vertaald naar een zorgprofiel VV, dan geldt voor de vertaling het zorgprofiel-tarief exclusief dagbesteding.
10. Vertalingen die in principe niet mogelijk zijn:
- a. Van een hoog zorgprofiel naar een zorgprofiel die valt onder de categorie lage zorgprofielen (1VV, 2VV, 3VV, 1VG en 2 VG, 1 LG en 3 LG, 1 ZG).

Bijlage E: Rekenmethodiek voor het modulair pakket thuis (MPT) en overbruggingszorg

Als gevolg van de invoering van de Wlz is vanaf 1 november 2015 een gewijzigde rekenmodule ingevoerd. Deze rekenmodule wordt gehanteerd voor het omzetten van een zorgprofiel naar zorg thuis (functies en klassen). De wijze waarop de rekenmodule werkt is toegelicht in de nieuwe rekenmodule.

Algemene uitgangspunten voor de nieuwe rekenmodule:

- Voor de inzet van zorg thuis wordt op individueel cliëtniveau een cliëntvolgend budget bepaald.
- De financiële ruimte voor zorg thuis wordt bepaald door het PGB budget dat past bij het geïndiceerde zorgprofiel (en de geïndiceerde dagbesteding). Dit is het basisbudget (100%).
- Voor een aantal doelgroepen is extra financiële ruimte mogelijk bovenop het basisbudget (EKT, ademhalingstoelagen, meerzorg en palliatief terminale zorg). Komt een cliënt hiervoor in aanmerking dan kan dat in de rekenmodule worden aangegeven.
- De rekenmodule biedt ook een handvat om de kosten door te berekenen voor overbruggingszorg;
- In de rekenmodule wordt gerekend met reguliere NZa-prestaties.
- Het tarief voor de reguliere NZa-prestaties bevat een vaste correctie op het maximum tarief;
- In de rekenmodule wordt voor alle zorgaanbieders dezelfde tarieven gehanteerd. Dit vereenvoudigt het gebruik van de rekenmodule als de zorg thuis geleverd wordt door meerdere zorgaanbieders.
- Is het afgesproken tarief voor de reguliere NZa-prestaties lager dan het gehanteerde tarief in de rekenmodule, dan kan de zorgaanbieder over de omvang van de in te zetten zorg thuis afstemming zoeken met het zorgkantoor (mogelijk kan er meer zorg thuis worden ingezet door de zorgaanbieder met zijn eigen tarieven).
- De feitelijk geleverde zorg mag het vastgestelde cliëntvolgende budget niet overschrijden (het zorgkantoor voert hier periodiek een achteraf controle op uit). Overschrijding van het budget is voor risico voor de aanbieder en kan niet afgewenteld worden op de cliënt, tenzij dit nadrukkelijk is overeengekomen met de cliënt en is vastgelegd in het zorgplan;
- De rekenmodule geeft automatisch een vertaling van de ingevulde prestatie(s) naar een bijbehorende functie(s) en klasse(n). Deze vertaling is relevant voor de AAT. Aan de omvang van de klasse bij de toegewezen functie(s) kan zowel door de zorgaanbieder(s) als de cliënt geen recht worden ontleend.
- Tussen de toegewezen functie(s) en klasse(n) mag substitutie plaatsvinden op voorwaarde dat de feitelijke geleverde (en gedeclareerde) zorg het vastgestelde budget niet overschrijdt. In de situatie dat EKT, een ademhalingstoelag of meerzorg is toegewezen én de functie verpleging (VP) is als voorwaarde gesteld, dan mag deze functie VP niet worden gesubstitueerd;
- Wordt er zorg ingezet voor een prestatie waarvoor geen functie is toegewezen dan kan de zorgaanbieder deze zorg niet declareren. De aanbieder loopt over deze ingezette zorg een financieel risico en is zelf verantwoordelijk voor (het regelen van) een gewijzigde AAT.
- Zowel de tijdelijke opname als een dagprogramma moeten uit het vastgestelde budget worden gefinancierd. Dit geldt ook voor casemanagement dementie.
- Is naast het zorgprofiel gelijktijdig begeleiding groep (functie 82) geïndiceerd? En is de geïndiceerde en toegewezen begeleiding groep nodig? dan maakt deze **geen** onderdeel uit van de AAT. Dit sluit aan bij een operationele regel in iWlz berichtenverkeer. In de situatie dat die begeleiding groep is toegewezen aan een andere aanbieder dan die bij het zorgprofiel, voorkomt dit onnodige administratieve lasten. De noodzakelijke begeleiding groep wordt door de dossierhouder wel meegenomen in de doorrekening van de kosten in de rekenmodule! De betrokken zorgaanbieders stemmen hierover onderling af.

- de kapitaalslasten voor de prestaties begeleiding groep worden buiten de berekening gehouden. Dit sluit aan bij de tarieven die gelden voor het PGB.
- Is het noodzakelijk dat een cliënt behandeling krijgt (individueel of groep), dan kan daarvoor extra financiële ruimte in de rekenmodule worden aangevraagd. Deze extra financiële ruimte mag niet worden ingezet voor zorg anders dan behandeling. Bedragen de kosten voor de behandeling meer dan de extra financiële ruimte voor behandeling, dan mag deze ten laste worden gebracht van het cliëntvolgend budget. Dit op voorwaarde dat de zorg thuis verantwoord blijft.
- Wil de cliënt zijn zorg thuis verzilveren in een combinatie van ZIN en PGB dan kan dit ook in de rekenmodule worden aangegeven. De cliënt heeft de mogelijkheid om ook voor het PGB een flexibel budget aan te vragen. Het zorgkantoor controleert deze aanvragen altijd apart vanwege het financiële effect op het (toegekende) PGB of de op te starten procedure PGB.

Bijlage F: Overgangsrecht

Bij de invoering van de Wlz heeft VWS cliëntengroepen aangewezen waarop een overgangsrecht van toepassing is. Cliënten met een indicatie voor een laag zorgprofiel vallen onder dit overgangsrecht. Ook voor de groep Wlz indiceerbaren¹¹ geldt een overgangsrecht. Dit overgangsrecht is nog niet helemaal uitgekristalliseerd. De laatste informatie hierover is terug te vinden op www.wlz-overgangsrecht.nl

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

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

7.1 Over welke lage zorgprofielen gaat het overgangsrecht?

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

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

Deze ontvingen:

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

Welke cliënten vielen buiten het overgangsrecht (en binnen Wlz)?

Cliënten met een indicatie voor:

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

¹¹ Een Wlz indiceerbare had op 1 januari 2015 nog geen indicatie voor een zorgprofiel, maar een indicatie in functies/klassen. Vanwege zijn intensieve zorgvraag valt deze groep vooralsnog onder het domein van de Wlz.

7.2 Welke keuze mogelijkheden in het overgangsrecht?

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

1. hij thuis wilde blijven wonen, zonder zorg en/of zonder ondersteuning. Is er in de toekomst zorg thuis nodig, dan kan de cliënt voor zorg en ondersteuning een beroep doen op de zorgverzekeraar en/of gemeente.
2. hij thuis wilde blijven wonen met zorg en/of ondersteuning thuis. Voor deze zorg kan de cliënt dan een beroep doen op de zorgverzekeraar en/of de gemeente.
3. hij opgenomen wilde worden in een instelling. Als dit het geval was dan kreeg de cliënt de leveringsstatus Actief wachtend. Zorgkantoren moe(s)ten deze cliënten voor 1 januari 2016 actief naar opname bemiddelen. Was (is) er geen plaats bij de voorkeursaanbieder? Dan bemiddelt het zorgkantoor naar een (tijdelijk) andere instelling waar de cliënt kan worden opgenomen. De cliënt kan daarbij altijd op de wachtlijst blijven staan van zijn instelling van voorkeur. In de tussentijd wordt dan transferzorg ingezet. Weigert de cliënt een aanbod dan ontvangt de cliënt niet langer zijn zorg binnen de Wlz. De cliënt stroomt uit naar de andere domeinen.
In de wachtperiode tot opname wordt de overbruggingszorg betaald vanuit de Wlz. Ook als het nog niet gelukt is om de cliënt voor 1 januari 2016 op te nemen. De cliënt behoudt in de tijd tot opname zijn huidige leveringsvorm. Switchen van ZIN naar PGB is in principe niet toegestaan.
4. hij geen keuze kenbaar wilde maken. In deze situaties paste het zorgkantoor, op basis van de indicatie en de zorgafname, de wettelijke regels toe. Deze cliënten zijn uitgestroomd naar de andere domeinen. Het zorgkantoor heeft de cliënt over dit resultaat geïnformeerd.

7.3 Specifieke afspraken voor cliënten met een laag zorgprofiel waarop geen overgangsrecht van toepassing is

Cliënten met een indicatie voor:

- een laag zorgprofiel LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis 1 én
- die door het CIZ voor het eerst is geïndiceerd op of na 1 januari 2015;
- Deze indicatiebesluiten hebben een onbepaalde geldigheidsduur gekregen, waardoor deze verzekerd op 1 januari 2016 in principe niet uitstromen uit de Wlz. Het indicatiebesluit mag verzilverd worden in alle leveringsvormen die de Wlz kent.

Bijlage G: Gebruikelijke zorg

Aanvullende informatie gebruikelijke zorg

Deze bijlage is gebaseerd op hetgeen met ‘redelijkerwijs’ is bedoeld in de Wlz, artikel 3.2.1 lid 1, en op de memorie van Toelichting bij de Wlz, hoofdstuk 2.2.1 (Zorginhoudelijke toegangscriteria). Deze bijlage is van toepassing op bijlage ‘Algemeen’ van de beleidsregels indicatiestelling Wlz en kan worden aangehaald als ‘bijlage Gebruikelijke zorg’.

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

Gebruikelijke zorg omvat:

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

Gebruikelijke zorg omvat niet:

- o ‘permanent toezicht’ in de zin van onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids-

en/of gedragssituaties voor verzekerde kan worden voorkómen¹². Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

Richtlijn gebruikelijke zorg van ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijd

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 én ongeplande momenten overname van zelfzorg¹³ 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.

¹² Dit betekent niet dat elk kind dat permanent toezicht nodig heeft onder de Wlz zal vallen. Immers, als het permanent toezicht nodig is vanwege somatische of lichamelijke problematiek, dan wordt de zorg geleverd uit de Zvw. Als permanent toezicht nodig is vanwege ernstige gedragsproblematiek, dan is behandeling eerst aangewezen, voordat kan worden beoordeeld of sprake is van blijvende zorgbehoefte.

¹³ Zelfzorg= algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), persoonlijke verzorging, hygiëne en zo nodig verpleegkundige zorg.

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.