

# Voorschrift zorgtoewijzing 2025

Addendum bij overeenkomst 2025  
Zorgkantoor – Zorgaanbieder Wlz

Zorgverzekeraars Nederland december 2024

#### Disclaimer

*De documenten opgesteld door het zorgkantoor ten behoeve van de inkoop van langdurige zorg 2025 zijn onder voorbehoud van wijzigend beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de inkoopdocumenten, waaronder het Voorschrift, toe te passen. Dit geldt met name als de overheid na bekendmaking van deze documenten maatregelen treft die van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte, op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dienen te maken of een wijziging betreffen van de Wlz-regelgeving.*

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
1.1	Toelichting wijzigingen	8
1.2	Doelstelling voorschrift	8
<b>2.</b>	<b>Zorgtoewijzingsproces</b>	<b>11</b>
2.1	Inleiding	11
2.2	Algemene uitgangspunten zorgtoewijzingsproces	12
2.2.1	Toegang tot Wlz-zorg	12
2.2.2	Veranderingen na Wlz-indicatie	13
2.2.3	Rechtmatige en doelmatige inzet van Wlz-zorg	14
2.2.4	Declareren van Wlz-zorg	14
2.2.5	Informatie-uitwisseling in de Wlz-keten	15
2.2.6	Start zorgtoewijzingsproces	21
2.3	Cliëntondersteuning	27
2.3.1	Het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor	27
2.3.2	Onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO)	30
2.4	Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt	31
2.4.1	Regionaal zorgkantoor	31
2.4.2	Processtappen zorgkantoor bij verhuizing cliënt	32
2.4.2	Processtappen zorgaanbieder bij verhuizing cliënt	35
2.4.3	Procesflow verhuizing cliënt	36
2.5	Regionaal zorgkantoor en wachtlijstbeheer	38
2.5.1	Inleiding	38
2.5.2	Algemene uitgangspunten wachtlijstbeheer Wlz	40
2.5.3	Wachtstatus en classificatie	42
2.5.4	Verantwoorde zorg thuis bij status Urgent plaatsen en Actief plaatsen	46
2.5.5	Toelichting tabellen wachtstatus met classificaties	46
2.5.6	Wachtstatus Urgent plaatsen: beschrijving en rollen	48
2.5.7	Wachtstatus Actief plaatsen: beschrijving en rollen	58
2.5.8	Wachtstatus Wacht op voorkeur: beschrijving en rollen	67
2.5.9	Wachtstatus Wacht uit voorzorg: beschrijving en rollen	71
2.5.10	Overzicht streefnormen wachtstatus/classificatie	75
2.5.11	Aanvullend wachtlijstbeheer zorgkantoor	76
2.6	Wet zorg en dwang en Wet verplichte GGZ	77
2.6.1	Besluit tot opname en verblijf Wzd Art. 21	78
2.6.2	Dwangopname Wzd via Rechterlijke machtiging (RM)	79
2.6.3	Dwangopname Wvvgz via Zorgmachtiging (ZM)	79

2.6.4	Wet zorg en dwang en beschikking tot Inbewaringstelling (IBS)	80
2.6.5	Onvrijwillige opname via strafrechter (Wzd Art. 28a)	80
2.7	Leveringsstatus In zorg en Einde zorgvraag	82
2.7.1	Leveringsstatus In Zorg	82
2.7.2	Doorgeven van behandeling bij verblijfszorg via Melding Aanvang Zorg	83
2.7.3	Mutatiebericht en leveringsstatus Einde zorg(vraag)	83
2.7.4	Procesafspraken voor het Mutatiebericht/Einde zorg-bericht	86
2.7.5	Rollen leveringsstatus In zorg en Einde Zorgvraag	89
2.8	Mutatiebericht en Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing	89
2.8.1	Wanneer een Aanvraag Aangepaste (zorg)Toewijzing indienen?	90
2.8.2	Voorkeuraanbieder(s), leveringsvorm en percentage	91
2.8.3	AAT en Rekenmodule/Adviesformulier	93
2.9	Verantwoordelijk zorgkantoor, CAK en eigen bijdrage	97
<b>3.</b>	<b>Wlz-zorg bij thuis wonen</b>	<b>100</b>
3.1	Inleiding	100
3.2	Algemene uitgangspunten zorg thuis	101
3.2.1	Coördinator zorg thuis	102
3.2.2	Beschikking zorg thuis	104
3.3	Mogelijkheden voor zorg thuis	107
3.3.1	Volledig pakket thuis (VPT)	107
3.3.2	Modulair pakket thuis (MPT)	109
3.3.3	Zorgtoewijzingsproces voor VPT en MPT	109
3.3.4	Zorg thuis in combinatie met Pgb	116
3.3.5	Zorg thuis in combinatie met behandeling	119
3.3.6	MPT (en/of Pgb) met toeslag Extra kosten thuis (EKT)	124
3.3.7	Overige toeslagen extra zorg thuis	126
3.3.8	Toeslag ademhalingsondersteuning thuis	129
3.3.9	Toeslag Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis (GVH)	131
3.3.10	Toeslag Palliatief terminale zorg thuis (PTZ)	132
3.3.11	Toeslag Thuiswonend kind (<18 jaar) met ontwikkelperspectief	134
3.3.12	Toeslag Maatwerk Logeeropvang	136
3.3.13	Toeslag Maatwerk dure dagbesteding en behandeling (individueel of groep)	137
3.3.14	Toeslag Meerzorg thuis bij MPT (en/of Pgb)	138
3.3.15	Toeslag Extra overbruggingszorg thuis	143
3.3.16	VPT, MPT of Pgb in combinatie met logeren	145
3.3.17	VPT, MPT of PGB in combinatie met kortdurende Verblijfszorg	149
3.3.18	VPT, MPT of Pgb in combinatie met onderwijs	151
<b>4.</b>	<b>Wlz-zorg bij (deeltijd)verblijf in een instelling</b>	<b>152</b>
4.1	Inleiding	152
4.2	Verblijfszorg	153
4.2.1	Algemene uitgangspunten verblijfszorg	153
4.2.2	Zorgprofiel SGLVG of LVG	156

4.2.3	Dossierhouder	157
4.3	Vormen van verblijfszorg	161
4.3.1	Deeltijdverblijf	161
4.3.2	Zorgtoewijzingsproces Deeltijdverblijf	164
4.3.3	Voorbeeld wachtstatus Deeltijdverblijf	168
4.3.4	Zorgtoewijzingsproces Verblijf	171
4.3.5	Crisisopname in een instelling	180
4.3.6	Verblijf in een instelling in combinatie met zorg thuis	180
4.3.7	Behandeling tijdens verblijf zonder behandeling	181
4.3.8	Partneropname	182
4.3.9	Administratieve zorgtoewijzing (tijdelijk verblijf in andere instelling)	184
4.4	Palliatief Terminale Zorg	186
4.5	Meerzorg bij Verblijf of (geclusterd) VPT	188
4.5.1	Inleiding	188
4.5.2	Wie kan beroep doen op Meerzorg?	188
4.5.3	Meerzorgprofiel of Maatwerkprofiel	190
4.5.4	Uitgangspunten Meerzorg	192
4.5.5	Individuele Meerzorg of Groepsmeerzorg	193
4.5.6	Processtappen Meerzorgaanvraag zorgaanbieder	194
4.5.7	Processtappen Groepsmeerzorgaanvraag zorgaanbieder	196
4.5.8	Meerzorgplan	197
4.5.9	Het Ontwikkeltraject	199
4.5.10	Bezwaarprocedure	200
4.5.11	Verhuizing	200
4.5.12	Overzicht Meerzorgprofielen en Maatwerkprofielen	201
<b>5.</b>	<b>Crisis zorg</b>	<b>202</b>
5.1	Crisissituatie	202
5.1.1	Ontstaan crisissituatie	202
5.1.2	Crisisopname en IBS	204
5.1.3	IBS VG-cliënt zonder wlz-indicatie	204
5.2	Crisissituatie en nog geen indicatiebesluit	207
5.3	Rollen rondom crisiszorg	208
5.3.1	Het zorgkantoor	208
5.3.2	Crisiszorgaanbieder	208
5.3.3	Dossierhouder	210
5.3.4	Coördinator zorg thuis	211
5.4	Processtappen crisiszorg V&V	211
5.4.1	Procesflows crisiszorg V&V	212
5.4.2	Processtappen met bijbehorende rollen (tabel V&V)	215
5.5	Processtappen crisiszorg GZ	219
5.5.1	Procesflows crisiszorg GZ	219
5.5.2	Onafhankelijke crisisregisseur	223
5.5.3	Het crisisondersteuningsteam (COT)	225

5.5.4	De crisiszorgaanbieder VG	227
5.5.5	De dossierhouder of coördinator zorg thuis	227
5.5.6	Processtappen Wlz-crisis zorg met bijbehorende rollen (tabel GZ)	229
5.6	Processtappen crisis zorg GGZ	233
<b>6.</b>	<b>Zorgweigering en zorgbeëindiging</b>	<b>235</b>
6.1	Inleiding	235
6.2	Zorgweigering door zorgaanbieder	235
6.3	Zorgbeëindiging door zorgaanbieder	236
<b>7.</b>	<b>Bijlage A: Afkortingen en begrippen</b>	<b>239</b>
<b>8.</b>	<b>Bijlage B: Belangrijke informatie en websites</b>	<b>253</b>
<b>9.</b>	<b>Bijlage C: Vertaaltabel</b>	<b>254</b>
<b>10.</b>	<b>Bijlage D: Overgangsrecht laag zorgprofiel</b>	<b>256</b>
<b>11.</b>	<b>Bijlage E: Gebruikelijke zorg</b>	<b>257</b>
<b>12.</b>	<b>Bijlage F: DTV en hulpmiddelen/ vervoer</b>	<b>260</b>
<b>13.</b>	<b>Bijlage G: Extra voorbeeld wachtlijstbeheer</b>	<b>263</b>

# 1. Voorwoord

Voor u ligt het Voorschrift zorgtoewijzing 2025. Het voorschrift is door de zorgkantoren samen opgesteld. Deze versie is geldig vanaf 1 januari 2025 en maakt onderdeel uit van de Wlz-overeenkomst 2025 tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. Het voorschrift sluit aan bij het visiedocument en zorginkoopbeleid van de zorgkantoren. Het voorschrift is van toepassing op alle cliënten met een geldig indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor zorg die valt binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). En beschrijft de uitvoeringsprocessen rond inzet van passende Wlz-zorg voor iemand met een Wlz-indicatie.

## **Belangrijkste inhoudelijke wijzigingen in het voorschrift**

Er wordt een nieuwe versie van het voorschrift gepubliceerd omdat:

- Zorgkantoren een gezamenlijk visiedocument hebben opgesteld: Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg (paragraaf 2.1 en 3.1).
- Alle zorgkantoren zijn aangesloten op het Indicatieregister van het CIZ (paragraaf 2.2.5).
- De Excel-versie van de Rekenmodule is vervangen door een webapplicatie (paragraaf 2.8.3).
- Kortdurende verblijfszorg is beschreven naast logeren (paragraaf 3.3.16 en 3.3.17).

## **Overige wijzigingen**

(Tekstuele) Aanpassingen zijn doorgevoerd in:

- Algehele tekst (ordering, herhaling verminderd).
- Procesflows: figuur 2, 3, 5, 6, 15, 16, 17 a t/m c.
- Paragraaf 2.3 Cliëntondersteuning.
- Paragraaf 2.4 Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt.
- Paragraaf 2.5.3 Laag zorgprofiel en wachtstatus.
- Paragraaf 2.5.4 Toeslag Extra overbruggingszorg thuis verplaatst naar paragraaf 3.3.15.
- Paragraaf 2.5.6 t/m paragraaf 2.5.9 (tekst tabellen ingekort).
- Paragraaf 2.8.1 Juiste en tijdige aanlevering van het Mutatiebericht .
- Paragraaf 3.3.9 Toeslag gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis.
- Paragraaf 4.3.9 Administratieve zorgtoewijzing.
- Paragraaf 4.4 Palliatief Terminale zorg.
- Paragraaf 4.5.4 en 4.5.6 Meerzorg bij Verblijf of (geclusterd) VPT.
- Paragraaf 5.1.3 IBS VG-cliënt zonder Wlz-indicatie.

## **In het voorschrift leest u voor:**

Cliënt of budgethouder: cliënt, budgethouder of wettelijk vertegenwoordiger.

Hij: hij, zij of hen/hun. Zijn: zijn, haar of die/diens.

Eigen netwerk: naaste(n), familie, mantelzorg, sociale omgeving of sociaal netwerk.

Zorgplan of zorgdossier/cliëntdossier: (digitaal) zorgplan of (digitaal) zorgdossier/cliëntdossier.

### **Verwachte wijziging volgende versie**

- Instroom naar Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of naar Herstelgerichte behandeling (zorgprofiel gVVB) vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Zorgkantoren werken aan vereenvoudiging van het proces rondom toekennen van extramurale toeslagen voor zorg thuis met als doel administratieve lasten voor betrokken partijen te verlagen (zowel voor cliënten, budgethouders, zorgaanbieders als zorgkantoren).

## **1.1 Toelichting wijzigingen**

### **Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg**

De grote maatschappelijke uitdagingen binnen de (langdurige) zorg vragen om een andere kijk op en andere inzet van zorg. Zorgkantoren werken samen met veldpartijen om de langdurige zorg toegankelijk en betaalbaar te houden voor iedereen die dit nodig heeft. Passende zorg is hierbij het uitgangspunt. Het voorschrift sluit aan op dit uitgangspunt.

### **Rekenmodule via webapplicatie**

Vanaf 1 januari 2025 vervangt een webapplicatie de Excel-versie van de Rekenmodule. Deze applicatie is door Vecozo ontwikkeld in opdracht van de zorgkantoren. In de ontwikkel- en testfase zijn in het testpanel ook enkele zorgaanbieders betrokken, naast de zorgkantoren. Bij de overgang naar de webapplicatie blijft de Rekenmodule voor het grootste deel nog ongewijzigd. Maar de Rekenmodule en het Adviesformulier zijn al wel geïntegreerd, met een verbeterde vragenlijst voor het advies gedeelte. Daarnaast wordt er gerekend met rekentarieven voor de in te zetten zorg. Deze tarieven zijn gebaseerd op de verschillende richttariefpercentages per sector. Uitzondering hierop is de leveringsvorm Modulair pakket thuis, daar wordt gerekend met een gewogen gemiddeld Rekeningtarief.

De applicatie is beschikbaar via een openbare website en hierdoor direct te benaderen. Er is geen inlog of autorisatie nodig: <https://apps.vecozo.nl/RekenmoduleWLZ/>.

## **1.2 Doelstelling voorschrift**

### **Doel voorschrift**

Om een uniforme en transparante uitvoering van de Wlz voor alle verzekerden te borgen, is het voorschrift opgesteld. Verzekerden (cliënten) in de Wlz hebben hierdoor overal in Nederland een gelijk recht op een zorgarrangement thuis, overbruggingszorg (thuis), deeltijd verblijf of verblijfszorg in een instelling.

Uniforme uitvoering heeft voor Wlz-zorgaanbieders, onafhankelijke cliëntondersteuners en zorgkantoren daarnaast als doel het zorgtoewijzingsproces zoveel mogelijk op eenduidige wijze af te handelen en te verwerken in het administratieve proces. Dat levert administratieve lastenverlichting op en beter vergelijkbare sturingsinformatie.



### **Voor wie is het voorschrift bedoeld?**

Het voorschrift is bedoeld voor Wlz-zorgaanbieders, onafhankelijke cliëntondersteuners, crisisregisseurs en zorgkantoren die betrokken zijn bij het organiseren van Wlz-zorg voor een cliënt. In de uitwerking van de processen is rekening gehouden met het verschil tussen de doelgroepen (sectoren) binnen de Wlz.

Het voorschrift richt zich op het zorgtoewijzingsproces voor zorg in natura (ZIN) en beschrijft processtappen voor het regelen van zorg via een combinatie van ZIN met persoonsgebonden budget (Pgb). Het voorschrift richt zich niet op de specifieke processtappen voor het aanvragen en toekennen van een Pgb. Heeft u te maken met cliënten die (deels) Wlz-zorg inkopen via een Pgb? Dan is daarover meer informatie te vinden op de websites van de Rijksoverheid, ZN, de zorgkantoren en de onafhankelijke vereniging Per Saldo<sup>1</sup>.

### **Reikwijdte voorschrift**

In de Wlz-keten zijn Wlz-uitvoerders (zorgverzekeraars) verantwoordelijk voor uitvoering van de Wlz. Deze verantwoordelijkheid omvat het efficiënt organiseren en monitoren van het regionale zorgtoewijzingsproces, gelijkgerichte en tijdige zorgverlening aan eigen verzekerden. Uitvoering van dit proces is door de Wlz-uitvoerders gemandateerd aan de regionaal werkende zorgkantoren.

### **Status voorschrift**

Het Voorschrift Zorgtoewijzing is opgesteld in ZN-verband. Bij een aanzienlijke wijziging van het document wordt een conceptversie gedeeld en besproken met verschillende branchepartijen van zorgaanbieders, cliëntorganisaties, VWS, ZiNL, de NZa en Per Saldo. De inhoud van de definitieve versie blijft de verantwoordelijkheid van ZN en de zorgkantoren.

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

Alle documenten die horen bij de overeenkomst worden gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren en op [www.zn.nl](http://www.zn.nl).

Een gewijzigde versie van het voorschrift treedt in werking na publicatie op de website van ZN, vanaf de aangegeven ingangsdatum in het voorschrift. Tot die tijd geldt de dan actuele versie. Betrokken partijen worden door ZN en de zorgkantoren geïnformeerd over de belangrijkste wijzigingen in het voorschrift. Dit gebeurt via een voorlegger bij de gewijzigde versie of door belangrijke wijzigingen in het voorschrift te markeren.

Zorgkantoren kunnen op onderwerpen die in het voorschrift staan aanvullend beleid publiceren. Dat geldt ook voor onderwerpen die niet in het voorschrift zijn opgenomen.

---

<sup>1</sup> Per Saldo is, als onafhankelijke vereniging, zelf verantwoordelijk voor het geven van de juiste informatie.

**Versiebeheer voorschrift**

In ZN-verband wordt periodiek getoetst of het voorschrift voldoet aan wet- en regelgeving en aan landelijke beleidsontwikkelingen. ZN, als beheerder van het voorschrift, bewaakt dat noodzakelijke aanpassingen in het voorschrift tijdig plaatsvinden.

ZN heeft geen publieksvoorlichtingsfunctie. Bij vragen over de toepassing van het voorschrift neemt u contact op met het regionale zorgkantoor.

## 2. Zorgtoewijzingsproces

### 2.1 Inleiding

In de gezamenlijke Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg beschrijven zorgkantoren de vierledige beweging die nodig is om een toekomstbestendige Wlz te organiseren: zelf als het kan, (samen) thuis als het kan, digitaal als het kan en passend zorgaanbod voor kwetsbare groepen. Deze beweging is ook het vertrekpunt voor het organiseren van passende zorg voor mensen met een Wlz-indicatie.



#### Passende zorg

Bij passende zorg beslissen de cliënt en de zorgverlener samen over de in te zetten zorg.

Passende zorg:

- Houdt rekening met verschillen tussen mensen en doelgroepen.
- Houdt rekening met verschillen in fysieke woon/woonzorg-omgeving en sociale leefomgeving/context van iemand.
- Houdt rekening met de fase van iemands leven.
- Houdt zoveel mogelijk rekening met het individuele welzijn van iemand en hoe iemand het liefst wil leven. Betekenisvol leven (wat iemand wel kan, zelfredzaamheid).
- Voegt waarde toe aan iemands leven en gaat over persoonlijke zingeving. Mensen zijn meer dan een ziekte, stoornis of beperking. Denk aan betekenisvolle dagbesteding voor iemand met een verstandelijke beperking.
- Gaat over verbinden met anderen in de samenleving (samenleven), meedoen in de samenleving en invulling geven aan sociale activiteiten.
- Komt tot stand samen met een cliënt, de betrokken naasten, het netwerk (informele zorg) en/of (wettelijk) vertegenwoordiger.

- Begint bij zelfzorg, informele zorg vanuit het (eigen) netwerk of inzet van algemeen gebruikelijke voorzieningen. Denk aan inzet van een maaltijddienst of boodschappendienst. Als dat niet voldoende is kan aanvullend professionele zorg worden ingezet. De zorgverlener bespreekt en besluit dan samen met de cliënt en het (eigen) netwerk wat ze nog zelf kunnen doen (zo veel en zo lang mogelijk zelfredzaamheid en eigen regie versterken), waarbij ondersteuning nodig is en welke zorg overgenomen moet worden door een zorgprofessional omdat dat niet (meer) lukt. Voor mantelzorg of informele zorg geldt geen verplichting (zie bijlage A en E).
- Is zorg op de juiste plek. Zo lang mogelijk thuis of op een plek die 'voelt als thuis'. Zo mogelijk bij de gewenste omgeving.
- Kan fysiek maar kan ook voor een deel op afstand geleverd worden (bijvoorbeeld digitaal via beeldbellen of inzet van een medicijndispenser).
- Kan (voor een deel) via inzet van handige (technische) hulpmiddelen die passen bij de mogelijkheden van de cliënt of (eigen) netwerk óf via het aanleren (technische) hulpmiddelen op de juiste manier te gebruiken.
- Gaat uit van zorg die nodig is en toevoegt. Wat niet werkt, niet effectief is, wordt niet in stand gehouden.
- Gaat uit van zorg die op een kwalitatief aanvaardbaar niveau ligt. De zorg omvat daarin zelfzorg, informele zorg en professionele zorg.

## 2.2 Algemene uitgangspunten zorgtoewijzingsproces

### 2.2.1 Toegang tot Wlz-zorg

- Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) stelt onafhankelijk het recht op langdurige zorg vanuit de Wlz vast. Om te bepalen of iemand recht heeft op Wlz-zorg, moet bij het CIZ een indicatie worden aangevraagd door de cliënt of zijn/haar (wettelijk) vertegenwoordiger. De cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger kan daarvoor ook een zorgprofessional of iemand anders (schriftelijk) toestemming geven/machtigen.
- Het CIZ kijkt bij de indicatiestelling naar de individuele zorgbehoefte van een cliënt. Bij de beoordeling worden de mogelijkheden van het (eigen) netwerk van een cliënt en/ of deelname aan onderwijs niet meegewogen. Het CIZ kijkt bij kinderen wel naar mogelijkheden voor gebruikelijke zorg.
- Het CIZ beoordeelt of iemand aan de toegangscriteria voor de Wlz voldoet. Iemand is dan blijvend aangewezen op 24 uur zorg per dag in de nabijheid of er is permanent toezicht nodig om (risico op) ernstig nadeel voor iemand te voorkomen. In deze cliëntsituaties is herstel of verbetering vaak niet mogelijk tijdens de rest van het leven en kan iemand bijvoorbeeld niet (lang) alleen worden gelaten. Denk aan iemand met (ver)gevorderde dementie of met een ernstig verstandelijke beperking.
- Bij 24 uur zorg in de nabijheid moet een cliënt 24 uur per dag zorg kunnen inroepen omdat er sprake is van ernstig fysieke of zware regieproblemen waardoor voortdurend begeleiding of overname van (zelf)zorg of taken nodig is.
- Als er permanent toezicht nodig is (onafgebroken toezicht of actieve observatie tijdens het gehele etmaal), kan er elk moment iets ernstig misgaan. In deze situaties moet ernstige nadeel voor een cliënt worden voorkomen door tijdig ingrijpen bij onveilige, gevaarlijke of (levens)bedreigende gezondheidssituaties of gedragsituaties.

- Bij een positieve beoordeling voor de Wlz, vertaalt het CIZ de individuele zorgbehoefte (zorgzwaarte) van een cliënt naar een zorgprofiel. Omdat het aantal zorgprofielen begrensd is, staat in het indicatiebesluit het best passende zorgprofiel<sup>2</sup> voor een cliënt.
- Als het CIZ heeft beoordeeld dat iemand 24/7 zorg in de nabijheid nodig heeft of permanent toezicht nodig heeft, dan wordt hiermee niet bedoeld dat voor diegene ook 24/7 zorg, ondersteuning of toezicht (thuis) geregeld moet worden. Een cliënt kan met een indicatiebesluit voor Wlz-zorg niet 24/7 zorg (thuis) claimen.
- De meeste indicatiebesluiten hebben een onbepaalde geldigheidsduur door de langdurige problematiek bij de Wlz-doelgroep. Voor enkele zorgprofielen is deze geldigheidsduur maximaal 3 jaar omdat er sprake is van een behandeltraject.
- Wijzigt een zorgvraag structureel? Dan kan dat reden zijn om een nieuwe indicatie aan te vragen als er een beter passend zorgprofiel is voor een cliënt. In de situatie dat er meer zorg nodig is, gaat de aanvraag van een nieuwe indicatie voor op een aanvraag voor extra budget. Het geïndiceerde zorgprofiel is namelijk van invloed op de financiële ruimte om zorg in te zetten (zie hoofdstuk 3 en 4).

### 2.2.2 Veranderingen na Wlz-indicatie

- Voor Wlz-zorg geldt vanaf 18 jaar een eigen bijdrage. Die wordt door het CAK berekend en opgelegd. Zorgkantoren en zorgaanbieders informeren een cliënt hierover en verwijzen voor meer informatie naar de website van het CAK. Dit kan in persoonlijk contact met de cliënt, schriftelijke informatie, digitale informatie of via de website.
- Zorg of begeleiding voor iemand die een Wlz-indicatie heeft, moet betaald worden uit de Wlz als dit zo in de Wlz-aanspraken is beschreven door Zorginstituut Nederland. De Wlz gaat dan voor op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw). In deze situaties mag bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, dagbesteding<sup>3</sup> of wijkverpleging niet meer worden betaald door de gemeente of zorgverzekeraar<sup>4</sup>. Datzelfde geldt bijvoorbeeld voor medicijnen of mondzorg als iemand verblijfszorg met behandeling in een Wlz-instelling krijgt.
- Krijgt een cliënt vóórdat een Wlz-indicatie wordt afgegeven al huishoudelijke hulp, zorg of begeleiding via de gemeente of zorgverzekeraar? En wil een cliënt deze zorg(aanbieder) graag houden in de Wlz? Dan kan de aanbieder deze zorg blijven leveren als dit ook Wlz-zorg is én als deze zorgaanbieder gecontracteerd is voor Wlz-zorg óf als onderaannemer óf via Pgb kan of wil werken. Als dat niet mogelijk is, dan kan dit betekenen dat de cliënt een andere zorgverlener of zorgaanbieder moet zoeken of accepteren.
- Het omzetten van zorg uit een ander domein (JW, Wmo of Zvw) naar Wlz-zorg kan tijd kosten. Voor deze regeltijd is landelijk afgesproken om, na de afgiftedatum van het indicatiebesluit, zorg nog maximaal 5 kalenderdagen door te betalen vanuit de Wmo, Jw of Zvw. Daarna moet geleverde Wlz-zorg vanuit de Wlz worden betaald.

<sup>2</sup> In de besluitbrief voor de cliënt staat de beschrijving van het geïndiceerde zorgprofiel (géén code/afkorting). In het Indicatieregister wordt dit met een ZZP-code (zorgzwaartepakket-code) doorgegeven.

<sup>3</sup> De formele Wlz-aanspraak voor dagbesteding of dagbehandeling is Begeleiding of Behandeling in groepsverband.

<sup>4</sup> Zorgverzekeraars controleren op oneigenlijk gebruik van de Zvw als iemand beschikt over een Wlz-indicatie (dit wordt de samenloopcontrole genoemd). Voor deze controle gelden een aantal uitzonderingen, bijvoorbeeld verpleging en verzorging voor een minderjarig kind met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap die verband houdt met behoefte aan geneeskundige zorg (art. 3.1.5 Besluit langdurige zorg).

- De huidige aanbieder regelt zo snel mogelijk dat zorg niet meer onterecht bij de zorgverzekeraar of gemeente wordt gedeclareerd.

### 2.2.3 Rechtmatige en doelmatige inzet van Wlz-zorg

- Bij de samenstelling van een zorgarrangement (thuis) houdt de zorgaanbieder er rekening mee dat inzet van Wlz-zorg niet alleen passend en verantwoord is, maar ook rechtmatig (voldoet aan wet- en regelgeving) en doelmatig is (kosteneffectief).
- Voor een rechtmatige inzet van zorg is het indicatiebesluit leidend. De geleverde zorg moet (inhoudelijk) aansluiten bij het geïndiceerde zorgprofiel en de zorgbehoefte van de cliënt<sup>5</sup>.
- Het zorgkantoor toetst achteraf op rechtmatige inzet van zorg. Het is daarom belangrijk dat de zorgaanbieder het afgesproken zorgarrangement transparant en navolgbaar vastlegt in het zorgplan. En een registratie bijhoudt over de uitvoering daarvan.
- Doelmatige inzet van zorg gaat om een goede balans tussen kosten, omvang en kwaliteit van zorg. Dit moet aansluiten bij de zorgbehoefte van een cliënt. Doelmatigheid gaat ook over het goed verdelen van de beschikbare middelen over de Wlz-cliënten zodat de langdurige zorg betaalbaar en toegankelijk blijft voor iedereen die Wlz-zorg nodig heeft.
- Zorgkantoren toetsen achteraf op doelmatige inzet van zorg (of de gemiddelde kosten binnen het toegestane budget blijven). Dit gebeurt periodiek aan de hand van ontvangen declaraties voor een cliënt in een bepaalde periode of bepaald kalenderjaar. Daarbij kan ook de kostenontwikkeling tussen zorgaanbieders onderling worden vergeleken.

### 2.2.4 Declareren van Wlz-zorg

- Een zorgaanbieder kan alleen Wlz-zorg leveren als daarvoor een contract met het zorgkantoor is afgesloten. Een zorgaanbieder kan verder alléén die Wlz-zorg leveren waarvoor afspraken zijn gemaakt met het zorgkantoor.
- Zet een aanbieder zorg in die afwijkt van de gecontracteerde zorg? Dan kan deze zorg niet gedeclareerd worden. Het financiële risico daarvan ligt bij de zorgaanbieder. Een aanbieder mag eventueel wel een ander, bij de cliënt passend zorgprofiel leveren waarvoor een afspraak is gemaakt met het zorgkantoor (zie bijlage C, Vertaaltabel).
- Voor het declareren van bepaalde Wlz-zorg is een zorgtoewijzing<sup>6</sup> nodig die past bij de geleverde zorg. Zo kan geen zorg uit een Modulair Pakket Thuis (MPT) gedeclareerd worden bij een zorgtoewijzing voor de leveringsvorm Volledig Pakket Thuis (VPT).
- Heeft een cliënt voorkeur voor een bepaalde Wlz-zorgaanbieder, dan controleert het zorgkantoor vooraf niet of die gecontracteerd is voor de toegewezen zorg. De aanbieder beoordeelt zelf of de toegewezen zorg op een verantwoorde en passende manier kan worden geleverd. Eventueel kan met het zorgkantoor worden overlegd of nog niet-gecontracteerde prestaties kunnen worden afgesproken.

<sup>5</sup> Inhoudelijke beschrijving van de zorgprofielen is te vinden in de Regeling langdurige zorg <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014> - Bijlage A

<sup>6</sup> Voor een aantal (behandel)prestaties geldt de voorwaarde van een zorgtoewijzing niet.

### 2.2.5 Informatie-uitwisseling in de Wlz-keten

- Ketenpartijen in de Wlz (CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders, CAK en de Sociale Verzekeringsbank) wisselen onderling gegevens uit over cliënten met een Wlz-recht. Doel van deze gegevensuitwisseling is een snellere en efficiëntere inzet van zorg voor Wlz-clieënten te ondersteunen. Eventuele wachtlijstproblematiek in beeld te brengen. En de administratieve lasten voor ketenpartijen die bij een Wlz-clieënt betrokken zijn te verlagen.
- De gestructureerde informatie uitwisseling tussen deze ketenpartijen gaat nu grotendeels via beveiligde, elektronische berichten: het iWlz-berichtenverkeer (Estafettemodel). Deze iWlz-berichten worden geleidelijk vervangen door bronregisters (Netwerkmodel). Dit is eerst vooral een technische overgang met beperkte veranderingen voor het uitvoeringsproces, tenzij hiervoor met een minimale wijziging voordeel te behalen is. In het laatste geval wordt hierover altijd landelijk gecommuniceerd.
- De bronregisters die achtereenvolgens worden gerealiseerd zijn het Indicatieregister (CIZ), het Bemiddelingsregister (zorgkantoren) en het Zorgleveringsregister (zorgaanbieders).
- Nadat een register door een partij in gebruik is genomen, sluiten andere ketenpartijen<sup>7</sup> daar fasegewijs op aan en worden bijbehorende iWlz-berichten uit gefaseerd.
- Voordelen van het werken met bronregisters is dat een partij zelf rechtstreeks informatie kan ophalen uit een register(s). Dit voorkomt fouten en vermindert administratieve lasten. Daarnaast neemt de afhankelijkheid van een andere partij af. Zo ontvangt een zorgaanbieder nu indicatiegegevens voor een cliënt via het zorgkantoor. In de toekomst haalt de zorgaanbieder de indicatiegegevens zelf op uit het Indicatieregister.
- In deze video wordt uitgelegd hoe het Netwerkmodel werkt: [Filmpje: hoe werkt het netwerkmodel? | iStandaarden](#)

### Indicatieregister

Het Indicatieregister<sup>8</sup> is door het CIZ in 2023 in gebruik genomen. Vanaf dat moment maakt het CIZ géén indicatiebesluitberichten (IO31-berichten) meer aan en stuurt het CIZ géén indicatiebesluitberichten meer naar de zorgkantoren.

Hoe werkte dat dan nu voor zorgkantoren?

- Een aanvraag voor een indicatie komt binnen in het backofficesysteem van het CIZ (dat is niet het Indicatieregister). Na beoordeling van de aanvraag neemt het CIZ een besluit en registreert dit in het eigen backofficesysteem. Van hieruit stelt het CIZ indicatiegegevens voor een cliënt beschikbaar in het Indicatieregister. Als dit is gebeurd, wordt vanuit het register vrijwel direct een automatisch berichtje (notificatie) aangemaakt en naar het regionale zorgkantoor gestuurd (zie paragraaf 2.4).

---

<sup>7</sup> In de toekomst kan informatie uit een register ook gedeeld worden met een cliënt, bijvoorbeeld via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) zoals de PGO MedMij.

<sup>8</sup> Indicatieregister 1. Als het CIZ Indicatieregister 2 in gebruik neemt, kan het CIZ een vervaldatum aan een indicatiebesluit toevoegen en gericht informatie doorgeven over de contactpersoon van een cliënt.

- Deze notificatie is een trigger voor dat zorgkantoor om het Indicatieregister te raadplegen. Om indicatiegegevens rechtstreeks te kunnen raadplegen of ophalen uit dit register moet een zorgkantoor hiervoor eerst een software-aansluiting realiseren én geautoriseerd<sup>9</sup> worden om bepaalde gegevens in het Indicatieregister te mogen raadplegen.
- Zolang een zorgkantoor nog niet was aangesloten op het Indicatieregister, ontving dat zorgkantoor de indicatiegegevens nog via een nagemaakt indicatiebesluit-bericht (IO31-bericht). Omdat het CIZ deze berichten zelf niet meer aanmaakt, heeft VECOZO hiervoor een landelijke tool ontwikkeld: Silvester<sup>10</sup>. Via Silvester wordt informatie opgehaald uit een bronregister (nieuw) en omgezet naar een iWlz-bericht (oud).
- Ofwel: als Silvester een notificatie van het CIZ had ontvangen voor een zorgkantoor, dan haalde Silvester de indicatiegegevens op uit het Indicatieregister (nieuw) en zette deze informatie om naar een indicatiebesluit/IO31-bericht (oud) voor dit zorgkantoor.
- Vanaf 2025 zijn alle zorgkantoren aangesloten op het Indicatieregister en worden via Silvester geen indicatiebesluitberichten meer aangemaakt voor een zorgkantoor.
- Zolang zorgaanbieders niet zijn aangesloten op het Indicatieregister, blijven zorgkantoren indicatiegegevens doorgeven. Dat gebeurt net zoals nu via het zorgtoewijzingsbericht (zie paragraaf 2.2.6). Dit stopt pas als een zorgaanbieder is aangesloten op het Indicatieregister (CIZ) én het Bemiddelingsregister (zorgkantoren). Aanbieders kunnen vanaf dat moment direct gegevens raadplegen of ophalen uit beide registers<sup>11</sup> en zijn voor deze informatie niet meer afhankelijk van de zorgtoewijzingsberichten die zorgkantoren versturen.
- Als een partij geautoriseerd is voor een register(s) dan kan die op elk gewenst moment dit register(s) raadplegen of hieruit gegevens ophalen voor de periode dat deze partij bij een cliënt betrokken is/was. Denk bijvoorbeeld aan informatie over de Coördinator zorg thuis of Dossierhouder voor een cliënt die in het Bemiddelingsregister staat (zie hoofdstuk 3 en 4).
- Meer informatie over de iStandaarden (informatiestandaarden) voor de Wlz staat in het informatiemodel [Informatiemodel iStandaarden](#). Informatie komt terug in het voorschrift als dit voor het uitvoeringsproces relevant is.

#### 2.2.5.1 Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)

- Het CIZ heeft de wettelijke taak om bij de indicatiestelling te controleren of iemand recht heeft op Wlz-zorg. Het CIZ vraagt daarvoor het actuele woonadres op van een cliënt via de Basisregistratie Personen (BRP, voorheen GBA). Geeft de BRP geen uitsluitel of twijfelt het CIZ, dan legt het CIZ deze controlevraag voor bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB)<sup>12</sup>. De SVB voert onderzoek uit naar het Wlz-recht voor iemand en controleert daarbij of iemand beschikt over een actuele zorgverzekering.

<sup>9</sup> Landelijk wordt vastgesteld welke partij, wanneer toegang heeft/toestemming krijgt voor (een deel van de) informatie in een bepaald register.

<sup>10</sup> Silvester wordt in de toekomst opnieuw ingezet bij de overgangssituatie naar andere bronregisters. Denk aan de situatie dat alle zorgkantoren zijn aangesloten op het Bemiddelingsregister. Via Silvester worden dan zorgtoewijzingsberichten (oud) aangemaakt voor zorgaanbieders die nog niet zijn aangesloten op het Indicatieregister en het Bemiddelingsregister (nieuw).

<sup>11</sup> Zorgaanbieders ontvangen daarvoor in de toekomst ook notificaties (van het CIZ en het zorgkantoor).

<sup>12</sup> Wil een cliënt graag zelf uitzoeken of die verzekerd is voor Wlz-zorg, dan kan iemand hiervoor rechtstreeks een aanvraag indienen bij de SVB.



- Geeft het CIZ een (positief) indicatiebesluit af voor iemand, dan ontvangt de cliënt van deze beoordeling altijd een schriftelijke besluitbrief van het CIZ.
- Een cliënt kan het positieve Wlz-recht verzilveren via een vorm van zorg thuis, deeltijdverblijf of verblijfszorg. Zorg thuis kan via een Modulair pakket thuis, Volledig pakket thuis en/of een Pgb worden ingezet. Een cliënt kan bij de indicatiestelling zijn voorkeur aangeven voor een van deze zorg soorten (VoorkeurClient). Deze informatie wordt gedeeld met het zorgkantoor en de (voorkeur)aanbieder.
- Wijst het CIZ een 1<sup>e</sup> aanvraag<sup>33</sup> voor Wlz-zorg af (negatief indicatiebesluit), dan ontvangt een zorgkantoor hierover géén informatie omdat de cliënt nog niet bekend is bij het zorgkantoor. De cliënt ontvangt van deze afwijzing altijd wel een besluitbrief van het CIZ.
- Wijst het CIZ een aanvraag voor een herindicatie af én geeft het CIZ niet opnieuw een indicatiebesluit af voor deze cliënt? Dan ontvangt het zorgkantoor in deze situaties wél een notificatie vanuit het Indicatieregister, omdat de cliënt al bekend was met een positief Wlz-indicatiebesluit. Het zorgkantoor kan, na het ophalen van de indicatiegegevens uit het register, de zorgtoewijzing voor een cliënt hierdoor afsluiten in het eigen systeem. En dat ook doorgeven aan betrokken zorgaanbieder(s)<sup>34</sup> met als reden Negatief indicatiebesluit. Als een zorgaanbieder in de toekomst is aangesloten op het Indicatieregister, gaat de notificatie van een negatief indicatiebesluit ook rechtstreeks naar de betrokken zorgaanbieder. Het zorgkantoor geeft dit dan niet meer door via een iWlz-bericht.
- Wordt een herindicatie voor een ander aangevraagd zorgprofiel afgewezen door het CIZ, omdat het huidige geïndiceerde zorgprofiel het best passende profiel blijft voor de cliënt? Dan ontvangt het zorgkantoor een notificatie voor het nieuwe indicatiebesluit. Het CIZ neemt een aanvraag (voor een herindicatie) namelijk altijd in behandeling en geeft daarop een nieuw indicatiebesluit af als dat nodig is. De ingangsdatum van dit besluit, met hetzelfde zorgprofiel, is de afgiftedatum van het nieuwe indicatiebesluit.

#### Vervaldatum indicatiebesluit

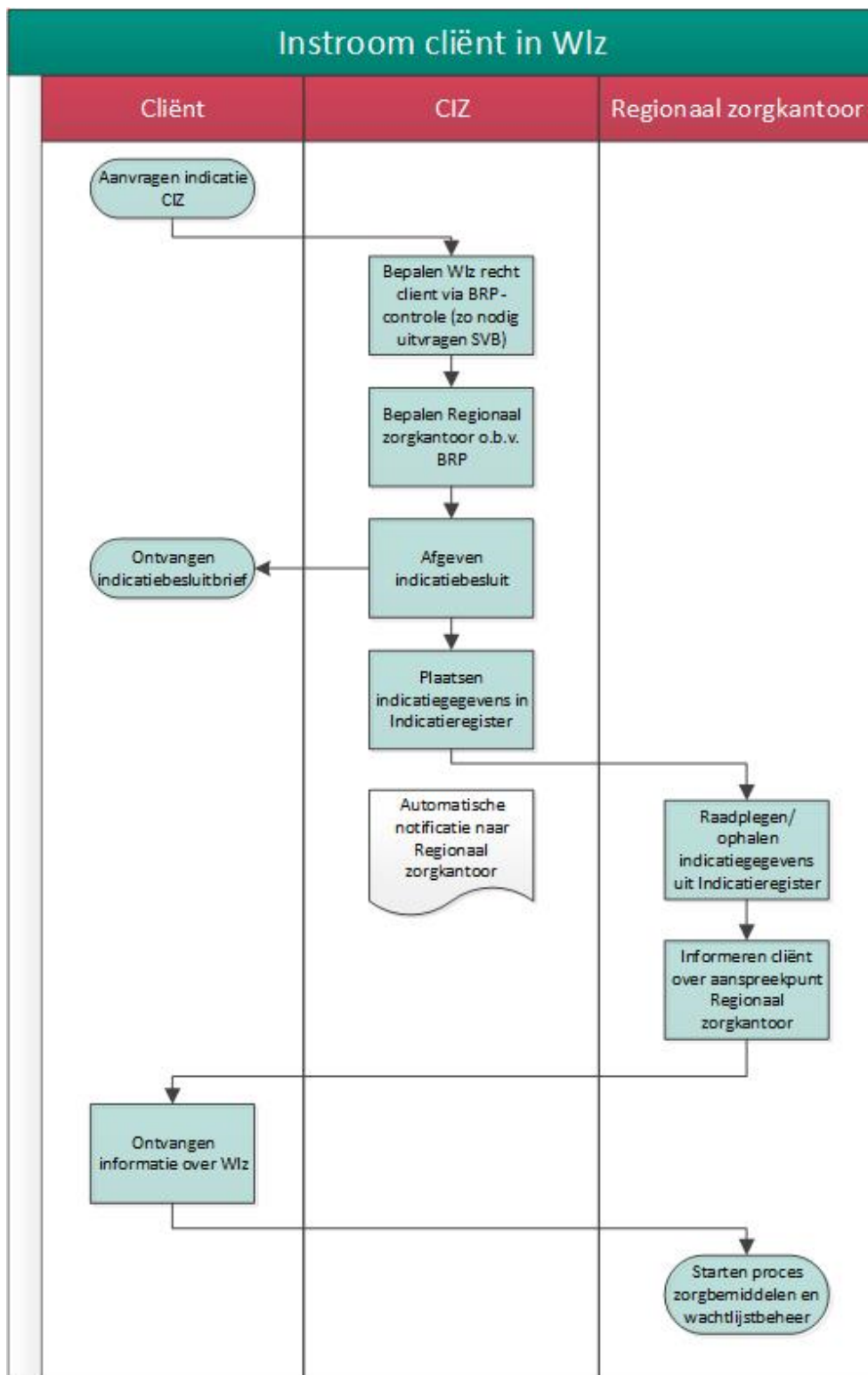
- Wordt een herindicatie (voor een ander zorgprofiel) afgegeven door het CIZ? Dan plaatst het CIZ, vanaf begin 2025, een vervaldatum in het Indicatieregister<sup>35</sup>. Deze vervaldatum wordt geregistreerd bij het tot dan toe geldige indicatiebesluit. Zo is duidelijk dat er vanaf deze datum een nieuw, gewijzigd indicatiebesluit is.
- Voorlopig kan het CIZ géén notificatie uitsturen aan een zorgkantoor (of zorgaanbieder) over de vervaldatum op een indicatiebesluit. Het CIZ moet daarvoor eerst weten welk zorgkantoor op een bepaald moment verantwoordelijk is/was voor iemand. Deze informatie staat in het Bemiddelingsregister van de zorgkantoren. Zolang zorgkantoren dit register niet in gebruik nemen, kan het CIZ deze informatie daar niet uit ophalen.

<sup>33</sup> Dit besluit wordt niet geregistreerd in het Indicatieregister (maar staat wel in het backoffice systeem van het CIZ).

<sup>34</sup> Dat gebeurt zolang een zorgaanbieder nog niet is aangesloten op het Indicatieregister en het Bemiddelingsregister.

<sup>35</sup> Het CIZ kan een vervaldatum pas registreren als Indicatieregister 2 door het CIZ in gebruik is genomen. Maar de huidige iWlz-berichten en Silvester worden niet aangepast op deze wijziging, daarom is de informatie voorlopig niet beschikbaar voor andere ketenpartijen.

#### 2.2.5.2 Van CIZ naar Regionaal zorgkantoor



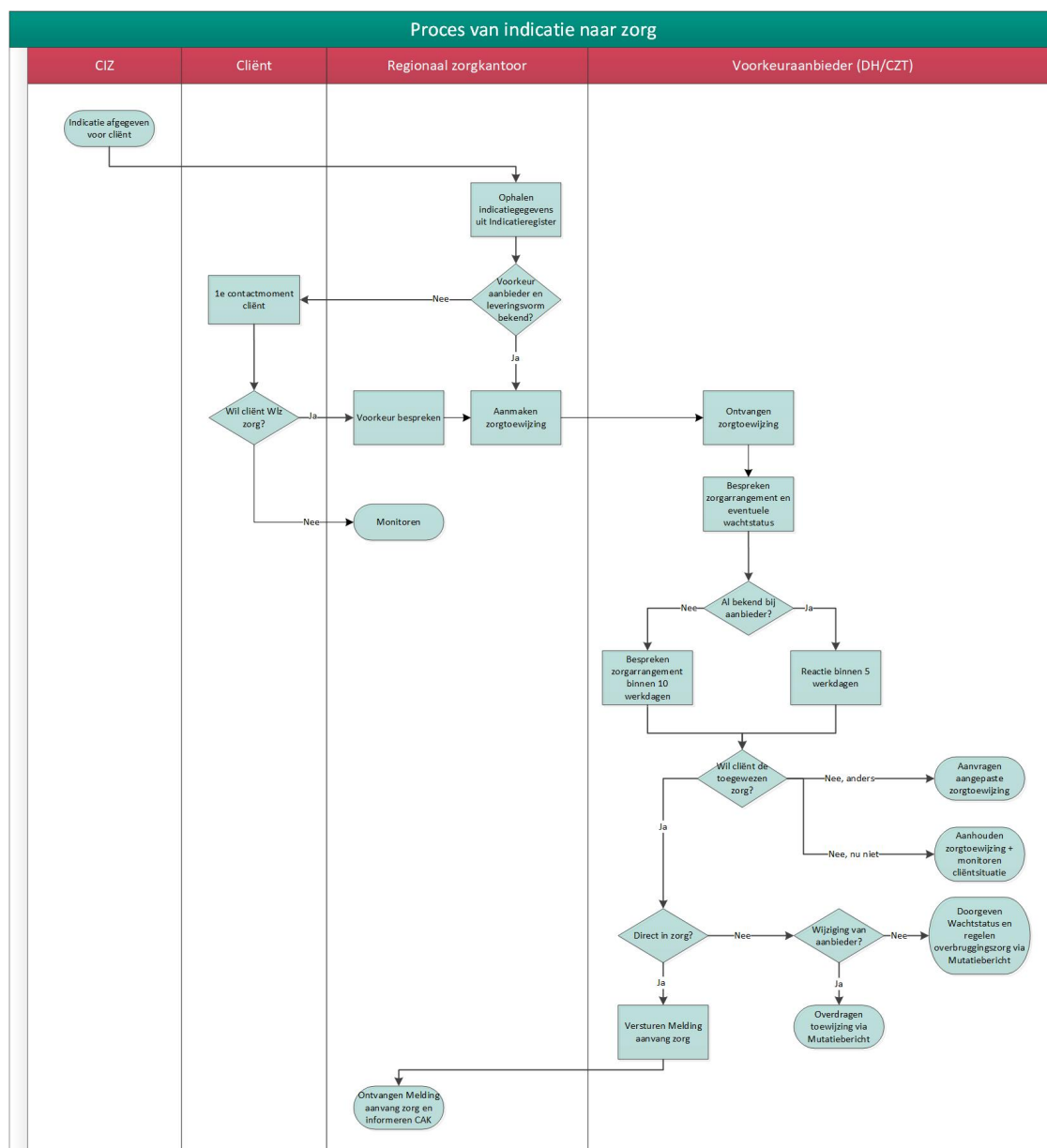
Figuur 1 Instroom cliënt in Wlz

**Processtappen van CIZ naar Regionaal zorgkantoor**

- Het CIZ stelt de indicatiegegevens van iemand beschikbaar in het Indicatieregister. In dit register staat alle noodzakelijke informatie van een cliënt om het zorgbemiddelingsproces of zorgtoewijzingsproces op te starten (zorgkantoor) en een passend zorgarrangement met de cliënt te gaan samenstellen (voorkeuraanbieder).
- Als de indicatiegegevens van een cliënt beschikbaar zijn in het Indicatieregister, ontvangt het zorgkantoor dat verantwoordelijk is voor het regelen van Wlz-zorg in de regio waar deze persoon woont een notificatie (berichtje). Het CIZ bepaalt het regionale, verantwoordelijke zorgkantoor via het actuele woonadres van een cliënt (BRP).
- Dit zorgkantoor is niet alleen verantwoordelijk voor het regelen van kwalitatief goede zorg maar ook voor het tijdig regelen van passende Wlz-zorg voor Wlz-cliënten uit de regio (zie paragraaf 2.5). Dit zorgkantoor is daarom het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor een cliënt bij vragen over Wlz-zorg. Ook als de cliënt op een wachtlijst staat voor Wlz-zorg in een andere (bovenregionale) zorgkantorregio of gebruik maakt van zorg in een andere (bovenregionale) zorgkantorregio.
- Een bovenregionaal zorgkantoor is dus nooit het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt (eindverantwoordelijk) voor een cliënt omdat de cliënt niet in deze regio woont (zie paragraaf 2.4).



## 2.2.6 Start zorgtoewijzingsproces



Figuur 2 Proces van indicatie naar zorg

### 2.2.6.1 VoorkeurAanbieder en VoorkeurCliënt bekend

- Weet iemand bij de indicatiestelling al **van welke zorgaanbieder** hij de zorg in natura wil krijgen (of welke voorkeurlocatie<sup>16</sup> bij de keuze voor bijvoorbeeld verblijfszorg)? Dan vult het CIZ dit in het veld VoorkeurAanbieder (InstellingVoorkeur).

<sup>16</sup> Voor intramurale zorg of zorg in een geclusterde woonvorm staat voorkeuraanbieder gelijk aan voorkeurlocatie. Dat geldt in principe ook voor dagbesteding, dagbehandeling of logeren.

- Het CIZ registreert maximaal één voorkeuraanbieder bij de indicatiestelling. Een cliënt kan wel meerdere voorkeuraanbieders (voorkeurlocaties) hebben, alleen is het nu niet mogelijk om die via iWlz door te geven. In het contact met een cliënt kunnen zorgkantoren en zorgaanbieders dit wel navragen. En een eventuele alternatieve voorkeuraanbieder(s) in het cliëntdossier in het eigen systeem vastleggen. Deze informatie kan helpen in het zorgbemiddelingsproces voor een cliënt als er sprake is van wachtlijstproblematiek.
- Weet iemand bij de indicatiestelling **hoe (via welke leveringsvorm)** hij de zorg bij voorkeur wil ontvangen? Bijvoorbeeld via een Modulair Pakket Thuis (MPT) of Deeltijdverblijf (DTV)? Dan vult het CIZ dit in het veld VoorkeurCliënt. Dat kan ook een combinatie zijn van ZIN en Pgb zoals MPT/ Pgb of Verblijf/ Pgb.
- Wil een cliënt zelf (een deel van) zijn/haar zorg via een Pgb regelen (inkopen)? Dan vult het CIZ de leveringsvorm Pgb in het veld VoorkeurCliënt. Het regionale zorgkantoor haalt deze informatie, na ontvangst van een notificatie, op uit het Indicatieregister en kan het Pgb - proces<sup>17</sup> opstarten. Meer informatie over het aanvragen en toekennen van een Pgb is te vinden op de websites van de zorgkantoren.
- Is de voorkeuraanbieder bekend en weten we hoe een cliënt zijn zorg wil krijgen? Dan is vanuit het zorgkantoor in principe geen zorgbemiddeling nodig. Het regionale zorgkantoor stuurt direct (automatisch) een bericht naar de voorkeuraanbieder<sup>18</sup> van de cliënt, zodat die contact kan opnemen met de cliënt om de noodzakelijke zorg door te spreken en zo snel mogelijk op te starten. Het iWlz-bericht dat daarvoor door het zorgkantoor naar de aanbieder wordt gestuurd, heet een zorgtoewijzingsbericht.<sup>19</sup>
- Deze voorkeuraanbieder wordt (voorlopig) het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor deze cliënt. Een zorgaanbieder is voor een cliënt een logisch, zichtbaar aanspreekpunt over zijn/haar zorg.
- Het regionale zorgkantoor kan contact opnemen met een cliënt die voor de 1<sup>e</sup> keer een Wlz-indicatie heeft gekregen. Dit gebeurt een aantal werkdagen na het versturen van de zorgtoewijzing. Doel van dit gesprek is om na te gaan of iemand goed geïnformeerd is over de keuzemogelijkheden binnen de Wlz en het belang van zo lang mogelijk thuis wonen. (Daarbij worden eventueel de keuzemogelijkheden voor langer thuis wonen besproken.) Het zorgkantoor bespreekt ook of iemand een gemaakte keuze nog wil aanpassen, er nog vragen zijn of iemand graag ondersteuning wil bij het regelen van passende zorg. Daarnaast wordt nagegaan of er al contact is geweest met de voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor registreert een kort verslag van dit gesprek bij de cliënt in het eigen systeem.

<sup>17</sup> Inzet van Pgb bij gecontracteerde zorgaanbieders is mogelijk, maar het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.6.2.d. sluit in principe uit dat het volledige Pgb ingezet kan worden bij één gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder.

<sup>18</sup> Of naar de eigen afdeling Pgb. Bij een voorkeur voor Pgb neemt het zorgkantoor altijd contact op met de cliënt voor het plannen van een bewuste keuze gesprek (BKG). Dit proces wordt verder niet in het voorschrift beschreven.

<sup>19</sup> Is een zorgaanbieder in de toekomst aangesloten op het (Indicatieregister en) Bemiddelingsregister, dan haalt de zorgaanbieder deze informatie zelf op uit dit register en vervalst het zorgtoewijzingsbericht voor deze aanbieder.

- Het zorgkantoor kan besluiten om niet (direct) met elke nieuwe cliënt contact op te nemen. Dat kan bijvoorbeeld als het zorgkantoor en andere cliënten tevreden zijn over het contact met deze zorgaanbieder en/ of als het zorgkantoor zelf ervaart dat het regelen van Wlz-zorg door deze zorgaanbieder zorgvuldig wordt uitgevoerd. De cliënt ontvangt dan altijd wel een brief met contactgegevens van het zorgkantoor en algemene informatie over de Wlz. In de informatie wordt eventueel verwezen naar digitale hulpmiddelen voor de cliënt en naaste(n) zoals de eigen website van het zorgkantoor, Langdurige zorg (zorgkantoor.nl), Langer Thuis Scan | Home, Langer Thuis Scan | Home of Home - Portal - GesprekEigenRegie.nl

#### **2.2.6.2 VoorkeurAanbieder of VoorkeurCliënt niet bekend**

- Is er nog geen voorkeuraanbieder bekend. Of weet iemand nog niet precies hoe hij de zorg (thuis) wil krijgen? Dan is het veld VoorkeurAanbieder (InstellingVoorkeur) of VoorkeurCliënt leeg. Of bij VoorkeurCliënt staat: Zorg thuis niet nader gespecificeerd. In deze situatie is het regionale, verantwoordelijke zorgkantoor tijdelijk het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt en neemt contact op met de cliënt om te helpen bij het maken van een keuze.
- Het samen zoeken naar een Wlz-zorgaanbieder of passende leveringsvorm (welke zorg) is onderdeel van het zorgbemiddelingsproces. Dit proces start binnen 1 werkdag nádat de indicatiegegevens van een cliënt bij het zorgkantoor bekend zijn.
- Het zorgbemiddelingsproces speelt zich niet alleen af rond de indicatiestelling. Dit kan ook later terugkomen als de zorgvraag van een cliënt wijzigt of als een cliënt op zoek is naar ander passend zorgaanbod of een andere zorgaanbieder. Een cliënt kan dit met de huidige zorgaanbieder bespreken, maar hierover ook direct contact opnemen met het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan een cliënt zo nodig naar een (gespecialiseerde) onafhankelijke cliëntondersteuner verwijzen.
- In het gesprek over de voorkeur(en) van een cliënt wordt besproken of die al zorg ontvangt via de gemeente of zorgverzekeraar. Zo ja, of de cliënt deze aanbieder(s) graag wil houden en welke mogelijkheden hiervoor zijn. Verder wordt besproken of iemand nog (onbewust) onterecht een beroep doet op zorg uit een ander domein.
- Mensen die nog geen voorkeur hebben aangegeven, weten vaak niet welke mogelijkheden er zijn in de Wlz of hebben te weinig tijd gehad om hier goed over na te denken. Het is belangrijk dat ze hierover goed geïnformeerd worden, de mogelijkheden voor langer thuis wonen verkend zijn én weten dat een keuze voor een bepaalde soort zorg (leveringsvorm) of voorkeuraanbieder altijd gewijzigd kan worden.
- Weet een cliënt bij de indicatiestelling niet hoe hij de zorg wil krijgen (in welke leveringsvorm), maar is er wel een voorkeuraanbieder bekend? Krijgt het zorgkantoor niet snel contact met de cliënt om te bespreken welke zorg het best passend is? Dan kan het zorgkantoor contact opnemen met de voorkeuraanbieder. Mogelijk is de cliënt al wel bekend bij deze aanbieder. In onderling overleg kan besloten worden dat het zorgkantoor voor deze aanbieder alvast een zorgtoewijzingsbericht aanmaakt. Met dit iWlz-bericht wordt ook informatie uit het Indicatieregister doorgegeven. Het opstarten van de zorg voor deze cliënt door de voorkeuraanbieder wordt zo niet onnodig vertraagd. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder spreken in deze situaties samen af welke leveringsvorm (voorlopig) gevuld wordt in de zorgtoewijzing.

- Het zorgkantoor kan een indicatie niet toewijzen als niet duidelijk is van welke zorgaanbieder een cliënt zorg wil ontvangen. Is een cliënt niet bereikbaar, is er geen andere informatie bij het zorgkantoor bekend waaruit contactinformatie is af te leiden én kan bij het CIZ geen informatie worden opgehaald over de aanmelder? Dan ontvangt een cliënt (schriftelijk) bericht van het zorgkantoor en wordt gevraagd om contact op te nemen. Dit gebeurt uiterlijk 3 werkdagen na ophalen van de informatie uit het Indicatieregister. Het zorgkantoor probeert in deze tussenliggende periode op verschillende momenten contact te leggen met de cliënt (of zijn contactpersoon). Zolang er geen zorgtoewijzing is aangemaakt blijft het zorgkantoor deze cliënten periodiek monitoren. In paragraaf 2.5.11 gaan we verder in op het wachtlijstbeheer en de tijdelijke wachtstatus bij deze situaties.
- Elke cliënt die voor de 1<sup>e</sup> keer een indicatie krijgt van het CIZ, ontvangt van het zorgkantoor altijd een algemene brief en informatie over de Wlz.

### **2.2.6.3 Voorkeuraanbieder kan geen passende zorg leveren**

Kan de voorkeuraanbieder geen passende zorg regelen? Dan:

- Geeft deze aanbieder, in overleg met de cliënt, de zorgtoewijzing gemotiveerd terug aan het zorgkantoor (zie hoofdstuk 6). Dit gebeurt via het VECOZO-Notitieverkeer<sup>20</sup>, omdat het iWlz-berichtenverkeer geen mogelijkheid biedt om over een cliënt aanvullende, privacy gevoelige informatie uit te wisselen. Het zorgkantoor kan in deze situatie contact opnemen met de zorgaanbieder over de motivatie. Als de inhoudelijke onderbouwing akkoord is, neemt het zorgkantoor de zorgbemiddeling over en zoekt samen met de cliënt een passende zorgaanbieder. Of
- Kan de huidige voorkeuraanbieder samen met de cliënt een andere, passende aanbieder zoeken. Als dat lukt, draagt de zorgaanbieder de zorgtoewijzing zelf over naar de nieuwe aanbieder via een mutatie-bericht (zie paragraaf 2.7). Deze handelwijze doet recht aan het principe van zelfregie en keuzevrijheid van de cliënt.
- Stuurt de zorgaanbieder een Mutatie-bericht naar het zorgkantoor als het niet lukt om tijdig een zorgarrangement vast te stellen door een reden die bij de cliënt ligt, bijvoorbeeld omdat de cliënt niet bereikbaar is. De zorgaanbieder geeft via dit Mutatie-bericht door dat de zorg nog niet kan worden geleverd. Daarnaast vult de zorgaanbieder in het Mutatie-bericht een voorlopige wachtstatus. Zolang er geen contact is geweest blijft de cliënt met deze wachtstatus in beeld op de wachtlijst van de zorgaanbieder. (Dit proces wordt beschreven in paragraaf 2.5/2.5.10) De zorgaanbieder registreert in het cliëntdossier waarom afstemming met de cliënt niet gelukt is binnen de gestelde termijn.

<sup>20</sup> VECOZO staat voor Veilige communicatie in de zorg. In het vervolg van dit document wordt VECOZO-notitieverkeer vervangen door Notitieverkeer. Om het Notitieverkeer te kunnen gebruiken is een VECOZO-certificaat nodig (Hoe vraag ik een systeemcertificaat aan?)



#### 2.2.6.4 Eerste aanspreekpunt voor de cliënt en naaste(n)

Het is belangrijk dat er voor elke cliënt een 1<sup>e</sup> aanspreekpunt is voor het organiseren van passende zorg en het houden van overzicht op een (veranderende) cliëntsituatie. Een zorgaanbieder die direct en regelmatig betrokken is bij een cliëntsituatie, de zorg of (ambulante) ondersteuning voor een cliënt, is daarvoor de meest geschikte partij. Deze zorgaanbieder staat, meer dan een zorgkantoor, dicht bij een cliënt en naaste(n) en heeft een herkenbaar gezicht. Voor vragen over het organiseren van de zorg of cliëntondersteuning blijft, naast de betrokken zorgaanbieder, ook het regionale zorgkantoor aanspreekpunt voor haar cliënten.

Als een cliënt thuis woont en zorg krijgt via een Modulair pakket thuis (MPT), dan heeft de zorgaanbieder die het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt is voor deze cliënt de rol Coördinator zorg thuis (CZT).

Als een cliënt zorg krijgt via een Volledig pakket thuis (VPT), Deeltijd Verblijf (DTV) of Verblijfszorg dan heet deze rol Dossierhouder (DH). Zie paragraaf 3.2.1 voor CZT en paragraaf 4.2.3 voor DH. Zijn er meerdere Wlz-zorgaanbieders bij iemand betrokken? Dan overleggen de zorgaanbieders en de cliënt samen wie zijn 1<sup>e</sup> aanspreekpunt wordt.

Processtappen na verwerken indicatiegegevens

- Afhankelijk van de soort zorg die een cliënt wil, krijgt de voorkeuraanbieder voorlopig de rol Coördinator zorg thuis (CZT) of Dossierhouder (DH) voor een cliënt. Het zorgkantoor vult deze rol in het zorgtoewijzingsbericht bij de voorkeuraanbieder.
- Na ontvangst van de zorgtoewijzing neemt de CZT of DH zo snel mogelijk contact op met de cliënt om samen de zorgvraag te bespreken, hoe een passend zorgarrangement eruit moet zien en of de voorkeuraanbieder dit (deels) kan aanbieden. Voor dit gesprek heeft de voorkeuraanbieder **10 werkdagen tijd, na de dag van ontvangst van een zorgtoewijzing. Dat geldt voor een cliënt die voor de 1<sup>e</sup> keer<sup>21</sup> wordt toegewezen aan deze voorkeuraanbieder (agb-code)**. In alle andere situaties heeft de zorgaanbieder daarvoor 5 werkdagen tijd, na de dag van ontvangst van een zorgtoewijzing.
- Een cliënt kan bij het gesprek over een passend zorgarrangement ondersteuning krijgen van het zorgkantoor. Als fysieke aanwezigheid op locatie gewenst is, dan kan een OCO aansluiten bij het gesprek. Denk bijvoorbeeld aan een gesprek over het zorgplan of persoonlijke plan. Normaal gesproken is dit niet nodig omdat het een regulier proces is tussen zorgaanbieder en cliënt. Alleen in uitzonderlijke situaties sluit het zorgkantoor of OCO bij een gesprek aan. Bij dit gesprek houden partijen altijd rekening met geldende professionele standaarden voor de zorgprofessional.
- De CZT of DH bespreekt of de cliënt vóór de Wlz-indicatie al zorg of ondersteuning kreeg via de gemeente of zorgverzekeraar. Zo ja, of de cliënt deze aanbieder(s) graag wil houden en of dit eventueel kan. Verder wordt besproken of iemand nog (onbewust) onterecht een beroep doet op zorg uit een ander domein.
- De (voorkeur)aanbieder die voor een cliënt de rol invult van CZT of DH wordt altijd vastgelegd en actueel gehouden in het zorgdossier.

---

<sup>21</sup> De 1<sup>e</sup> zorgtoewijzing wordt dus niet per indicatiebesluit bepaald (en is onafhankelijk van het aantal indicatiebesluiten).

- Voor alle zorgaanbieder(s) die betrokken zijn bij een cliëntsituatie geldt dat een relevante wijziging(en) direct wordt afgestemd met de CZT of DH. Bijvoorbeeld als er een onverantwoorde situatie (thuis) dreigt te ontstaan.
- De CZT of DH overlegt met betrokken zorgprofessional(s) of het zorgkantoor als er bijzonderheden zijn over de zorg aan een cliënt.
- Het advies van een zorgprofessional(s) die direct betrokken is bij een cliënt, is van belang voor het zorgkantoor als het gaat om beoordeling van verantwoorde inzet van zorg. Het zorgkantoor gaat ervan uit dat de CZT of DH actuele kennis heeft over de cliëntsituatie en ook het contact met de huisarts of behandelend arts heeft over de medische of gedragskundige zorg. Zorgkantoren leveren geen directe zorg aan een cliënt en hebben geen compleet beeld van de (thuis)situatie en alle gemaakte afspraken rondom de zorg.
- Heeft een cliënt een intensieve zorgvraag en een persoonlijk zorgplan opgesteld om de zorg goed te regelen? Dan wordt dit door de zorgaanbieder (en het zorgkantoor) meegenomen bij de beoordeling van doelmatige en verantwoorde zorg (thuis).  
Als het nodig is, kan het zorgkantoor worden betrokken bij dit gesprek. Komen betrokken partijen er samen niet uit, dan kan het zorgkantoor de cliënt bemiddelen naar een andere Wlz-zorgaanbieder, Pgb of een combinatie van ZIN en Pgb.

### Zorgplan

- De coördinator zorg thuis (CZT) of dossierhouder (DH) verwerkt het resultaat van het gesprek met de cliënt over wensen, behoeften en het afgesproken zorgarrangement in zijn zorgplan. Net zoals de beoordeling over het kunnen leveren van verantwoorde zorg (thuis).
- De CZT of DH bewaakt dat er altijd een actueel overzicht beschikbaar is van de ingezette (Wlz-)zorg: welke andere zorgaanbieder(s) bij de cliënt is betrokken, welke zorg er wordt geleverd (samenhang in de geleverde zorg) en wanneer. Het gaat hier niet om concrete uitvoering van de zorg (niet op detailniveau). Alle betrokken zorgaanbieders bij een cliënt zorgen er samen voor dat de afspraken in het zorgplan actueel blijven.
- Als er sprake is van Pgb, dan houdt de budgethouder zelf de regie en overzicht van de zorg. Eventueel samen met de CZT of DH.
- Het zorgplan is voor de cliënt beschikbaar en (direct) te raadplegen.
- De CZT of DH bespreekt een voorgenomen wijziging op het zorgplan met de cliënt. De zorgaanbieder streeft ernaar om hierover zoveel mogelijk samen met de cliënt te beslissen en zoveel mogelijk rekening te houden met de wensen en behoeften. Maar dit is niet altijd realiseerbaar door bekende mogelijkheden en beperkingen van een cliënt.
- Kan een cliënt een goed doordachte beslissing nemen en gaat hij niet akkoord met een wijziging in het zorgplan door de zorgaanbieder? Of wil een zorgaanbieder een wens van een cliënt niet volgen? Dan bespreekt de zorgaanbieder dit met de cliënt. Het besluit wordt gemotiveerd vastgelegd in het zorgplan, inclusief de reactie van de cliënt.
- Een cliënt hoeft elke wijziging op zijn zorgplan niet expliciet van zijn toestemming (zoals handtekening) te voorzien. Dat geldt ook voor het initieel opgestelde zorgplan<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Op grond van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft een cliënt met iedere zorgverlener/ zorgaanbieder die geneeskundige zorg of behandeling levert automatisch een overeenkomst. Hiervoor is geen handtekening nodig. In de WGBO staan alle rechten en plichten die daarbij horen voor zowel de zorgverlener/ zorgaanbieder als de cliënt.

Uitgangspunt is dat er overeenstemming is tussen de cliënt en de zorgaanbieder over het zorgplan. Het actueel houden van een zorgplan is een doorlopend, regulier proces.

- Is er sprake van onvrijwillige zorg thuis of opname op basis van de Wet zorg en dwang (Wzd) of Wet verplichte ggz (Wvvggz)? Dan legt de zorgaanbieder dit vast in het zorgplan. Bij voorkeur gebeurt dit voordat hij start met het leveren van de zorg, maar dat is niet altijd mogelijk. Bijvoorbeeld in noodsituaties of in situaties waarin het zorgplan niet voorziet.
- In de situatie van onvrijwillige zorg thuis bevat het zorgplan een stappenplan dat voldoet aan de landelijke afspraken hierover (zie [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl)). Dit plan beschrijft welke onvrijwillige zorg geleverd wordt en regelt dat er naar andere oplossingen wordt gezocht.
- Een cliënt heeft het wettelijk recht<sup>23</sup> om met zijn zorgaanbieder 2x per jaar de gemaakte afspraken in zijn zorgplan te bespreken. Aan de hand van deze evaluatie kunnen afspraken in het zorgplan geactualiseerd worden. De CZT of DH bewaakt dat de zorg regelmatig wordt geëvalueerd.

Een cliënt kan er overigens zelf voor kiezen om dit recht anders in te vullen. Met instemming van de cliënt kan een evaluatie van het zorgplan bijvoorbeeld jaarlijks plaatsvinden.

- Van elk evaluatiegesprek wordt in het zorgplan opgenomen wanneer het evaluatiegesprek heeft plaatsgevonden, wie daarbij aanwezig waren en wat er in dit gesprek is besproken. Verder staat er ook in of de cliënt instemt met de gemaakte afspraken, die zijn verwerkt in het zorgplan. Dat kan bijvoorbeeld door ondertekening van het zorgplan of door een aantekening in het zorgplan waaruit aantoonbaar blijkt dat dit met de cliënt is besproken. Voorbeeld van een aantekening: "Samen met meneer/mevrouw zijn de volgende onderwerpen besproken...".
- Goede dossiervorming is van belang voor inzage in de zorggeschiedenis van de cliënt en verantwoording over geleverde zorg. Als het nodig is wordt dit, in overleg met de cliënt, beschikbaar gesteld aan het zorgkantoor of een andere betrokken partij.

## 2.3 Cliëntondersteuning

Het zorgkantoor handelt alle cliëntvragen die rechtstreeks bij het zorgkantoor terecht komen in eerste instantie zelf af. Zo nodig verwijst het zorgkantoor door naar een andere partij, zoals een onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO, zie paragraaf 2.3.2).

### 2.3.1 Het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor

Het zorgkantoor heeft een proactieve rol bij:

- Het beschikbaar stellen van algemene informatie over de Wlz en het traject van vraag naar Wlz-zorg: welke keuzemogelijkheden er zijn (verschillende leveringsvormen), de beweging naar langer thuis wonen, het lokale zorgaanbod, cliëntrechten (zoals inbreng van een persoonlijk zorgplan), cliëntverplichtingen en de mogelijkheid om een OCO in te schakelen. Dit gebeurt via direct contact met de cliënt, de eigen website, brochures of brieven.
- Het informeren van de cliënt over de rol en bereikbaarheid van het zorgkantoor, zodat het zorgkantoor goed vindbaar is voor de cliënt. (Dit gebeurt als het zorgkantoor voor de 1<sup>e</sup> keer indicatiegegevens van een cliënt heeft opgehaald uit het Indicatieregister).

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

- Vraagverheldering en advisering van een cliënt (over ervaren knelpunten in de zorg).
- Het begeleiden en bemiddelen van iemand naar passende Wlz-zorg<sup>24</sup> en bij wachtlijstproblematiek.
- Het begeleiden of bemiddelen van iemand naar andere zorg of een andere zorgaanbieder. Zo kan het zorgkantoor contact opnemen met een cliënt als uit de indicatiegegevens een voorkeur voor verblijfszorg blijkt, maar verwacht wordt dat thuis blijven wonen een passend alternatief is bij het geïndiceerde zorgprofiel.
- Het zoeken van een oplossing bij complexe casuïstiek. Het zorgkantoor pakt deze vragen eerst zelf op en betreft daarin een (gespecialiseerde) OCO als dat nodig is. Het zorgkantoor trekt dan samen met de OCO op in het zoeken van een oplossing. Een OCO kan in deze cliëntsituatie(s) fysieke nabijheid bieden als dat gewenst is en zo iemand beter bij de hand nemen (omdat er bijvoorbeeld sprake is van een taalbarrière of multi-problematiek).
- Het informeren van de cliënt over mogelijke oplossingsrichtingen bij een klacht (of andere geschillen) over de geleverde zorg of over de wijze waarop een zorgaanbieder met gemaakte afspraken omgaat. (Het zorgkantoor neemt formeel ontvangen klachten of signalen van ontevreden cliënten over een zorgaanbieder altijd in behandeling.)
- Het nagaan of iemand de zorg krijgt zoals gewenst. Denk aan de situatie dat iemand bij de indicatiestelling een voorkeur voor ZIN had maar vervolgens een Pgb - aanvraag indient.
- Kan een cliënt helpen bij het opstellen, evalueren en bijstellen van een zorgplan of persoonlijk plan (ZIN of Pgb). Dit geldt ook voor zorgplanbesprekingen.

### 2.3.1.1 Zijn er meerdere zorgkantoren bij een cliënt betrokken?

- Dan regelt het regionale zorgkantoor, voor de periode dat dit zorgkantoor eindverantwoordelijk<sup>25</sup> is voor een cliënt, alle berichtenverkeer rondom een cliënt naar andere iWlz ketenpartijen. Daaronder valt bijvoorbeeld de informatie-uitwisseling met andere (bovenregionale) zorgkantoren, het CAK voor het opleggen van de eigen bijdrage en naar het Zorginstituut (ZiNL) voor de landelijke wachtlijstinformatie.
- Wil een cliënt bijvoorbeeld dagbesteding van een zorgaanbieder in een andere zorgkantoorregio dan waar hij woont? Dan is er bij deze cliëntsituatie ook een ander (bovenregionaal) zorgkantoor betrokken. Dit bovenregionale zorgkantoor wisselt informatie uit met het regionale zorgkantoor. Het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor kan anders niet goed bepalen welke informatie naar het CAK moet worden gestuurd voor het opleggen van de juiste eigen bijdrage aan een cliënt.

### Voorbeeld berichtenverkeer rondom cliënt

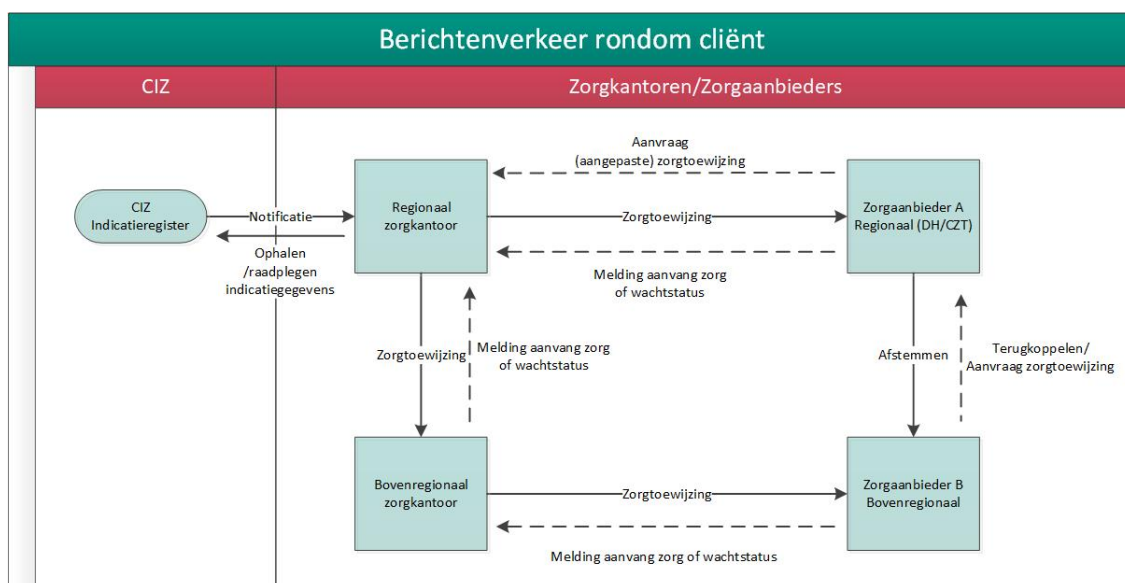
- Het regionale zorgkantoor haalt indicatiegegevens van een cliënt op uit het Indicatieregister<sup>26</sup>. De cliënt heeft een voorkeur voor zorgaanbieder A en een MPT.
- Zorgaanbieder A is gecontracteerd door het regionale (verantwoordelijke) zorgkantoor.
- Het regionale zorgkantoor wijst deze cliënt toe aan zorgaanbieder A. Aanbieder A wordt voorlopig ook aangewezen als coördinator zorg thuis (CZT) voor deze cliënt.

<sup>24</sup> Het regionale zorgkantoor legt daarover ook verantwoording af aan bijvoorbeeld VWS en de NZa.

<sup>25</sup> Verhuist een cliënt dan draagt een zorgkantoor de verantwoordelijkheid voor een cliënt over aan het andere (nieuwe) zorgkantoor. Zie paragraaf 2.4.

<sup>26</sup> Of ontvangt hiervoor, via Silvester, nog een indicatiebesluitbericht (IO31-bericht)

- Uit het gesprek van zorgaanbieder A met de cliënt blijkt dat ze de zorg thuis (MPT) graag van meerdere aanbieders wil krijgen: persoonlijke verzorging van aanbieder A en dagbesteding van aanbieder B. Zorgaanbieder A zoekt contact met zorgaanbieder B om dit af te stemmen. Zorgaanbieder B koppelt terug dat ze passende dagbesteding kunnen leveren en vraagt aan zorgaanbieder A (CZT) om hiervoor een zorgtoewijzing te regelen.
- De locatie voor de dagbesteding ligt net over de grens van de zorgkantorregio. Daarom is bij deze cliënt zowel een regionaal zorgkantoor (regio waar de cliënt woont) als een bovenregionaal zorgkantoor betrokken.
- Zorgaanbieder A als CZT moet voor zorgaanbieder B een zorgtoewijzing aanvragen bij het regionale zorgkantoor. Zo zijn alle zorgtoewijzingen rondom een cliënt bekend bij het regionale zorgkantoor (compleet cliëntbeeld).
- Het regionale zorgkantoor maakt vervolgens een zorgtoewijzing aan voor zorgaanbieder B en stuurt die door naar het bovenregionale zorgkantoor<sup>27</sup>. Dit bovenregionale zorgkantoor is het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor zorgaanbieder B en weet zo dat zorgaanbieder B de zorg aan deze cliënt wil gaan leveren. Het bovenregionale zorgkantoor stuurt de zorgtoewijzing daarna zelf door naar zorgaanbieder B via een zorgtoewijzingsbericht.
- Als de cliënt direct bij de dagbesteding kan starten, stuurt zorgaanbieder B een Melding Aanvang Zorg-bericht terug naar zijn zorgkantoor. Dit (bovenregionale) zorgkantoor stuurt de informatie weer door naar het regionale, verantwoordelijke zorgkantoor voor de cliënt. Het regionale zorgkantoor heeft zo niet alleen een compleet beeld van alle zorgtoewijzingen bij een cliënt, maar ook bij de status daarvan (of een cliënt al zorg krijgt voor een zorgtoewijzing of daarvoor nog op een wachtlijst staat).



Figuur 3 Schets voorbeeld berichtenverkeer rondom cliënt

<sup>27</sup> De informatie-uitwisseling tussen zorgkantoren onderling loopt in iWlz via aparte berichten (ZK-berichten<sup>27</sup>);

### 2.3.2 Onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO)

Een cliënt kan met het zorgkantoor contact opnemen als er vragen zijn over (het regelen van) Wlz-zorg of bemiddeling naar passende Wlz-zorg. Maar kan ook zelf direct een OCO inschakelen, ongeacht het geïndiceerde zorgprofiel of de gewenste leveringsvorm. Dit op voorwaarde dat de OCO door het zorgkantoor is gecontracteerd. Inzet van een gecontracteerde cliëntondersteuner is kosteloos voor de cliënt.

OCO's worden zowel voor de Wlz als voor de Wmo ingezet. Heeft iemand nog geen Wlz-indicatie en hulp nodig bij het aanvragen daarvan? Dan kan een OCO die gecontracteerd is door de gemeente hierbij helpen als verwacht wordt dat iemand in aanmerking komt voor Wlz-zorg. Als een OCO beschikt over een Wlz-contract, kan de OCO iemand blijven ondersteunen bij overgang naar de Wlz. Het gaat in deze situaties niet om uitvoering van zaken die in een ander domein zijn geregeld, bijvoorbeeld hulp bij schulden of hulp bij het zoeken naar werk. Maar om hulp bij het organiseren van Wlz-zorg en bewuste keuzes maken over passende zorg.

Onafhankelijke cliëntondersteuning kan onafhankelijk van zorgaanbieders en het zorgkantoor plaatsvinden, daarbij wordt gekeken naar het belang van een individuele cliënt. Het gaat om het meedenken met een cliënt of zijn netwerk bij het organiseren van zorg of ondersteuning. Hierbij kunnen ondersteunende hulpmiddelen worden ingezet, zoals de Mantelzorgtest<sup>28</sup>. Een cliëntondersteuner doet dit op een manier die past bij de persoonlijke voorkeuren van een cliënt, de mogelijkheden van het netwerk en in samenhang met dienstverlening op andere gebieden (over domeinen heen). Cliëntondersteuning is altijd maatwerk.

Door goede informatievoorziening vanuit het zorgkantoor en OCO kunnen verwachtingen van (het netwerk van) een cliënt beter worden bijgesteld: langer thuis wonen, verdelen van schaarste, het niet direct beschikbaar zijn van best passende zorg of het niet direct tegemoet kunnen komen aan voorkeuren.

#### Diensten cliëntondersteuning Wlz (ZIN en Pgb)

- Informatie, advies en algemene ondersteuning. Bijvoorbeeld hulp bij vraagverheldering.
- Zorgbemiddeling: ondersteuning bij het vinden van passende Wlz-zorg(aanbieder). Een OCO kan eventueel (tijdelijk) naar andere vormen van hulp verwijzen of de cliënt helpen de Wlz-zorg hierop (beter) af te stemmen.
- Overige dienstverlening:
  - Intermediair tussen cliënt en zorgaanbieder in een vastgelopen cliëntsituatie. Een OCO kan daarin een onafhankelijke positie innemen. Het zorgkantoor heeft een contracterende relatie met de zorgaanbieder.
  - Intermediair tussen cliënt en zorgkantoor bij ontevredenheid over een geleverde dienst door het zorgkantoor.
  - Ondersteuner bij het invullen van formulieren en documenten zonder de regie van de cliënt over te nemen. Zoals hulp bij het aanvragen van een Wlz-indicatie bij het CIZ (het zorgkantoor kán hier geen rol in spelen). Of het opstellen van een budgetplan (Pgb).

<sup>28</sup> Kijk op [www.zorgkantoor.nl](http://www.zorgkantoor.nl). De mantelzorgtest geeft inzicht in hoeveel tijd en energie mantelzorg kost en of er nog genoeg tijd over is voor ontspanning, werk en andere verplichtingen. Ook helpt de mantelzorgtest met een persoonlijk hulpaanbod: van praktische tips tot mogelijkheden om hulp in te schakelen.

## 2.4 Regionaal zorgkantoor en verhuizing cliënt

### 2.4.1 Regionaal zorgkantoor

- Het regionale zorgkantoor is het zorgkantoor dat in een bepaalde zorgkantorregio verantwoordelijk is voor het regelen van Wlz-zorg. Het regionale zorgkantoor contracteert hiervoor zorgaanbieders in deze regio en/ of stelt daarvoor Pgb-budget beschikbaar. Het regionale zorgkantoor is voor de gecontracteerde Wlz-zorgaanbieders het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt. Bijvoorbeeld als er sprake is van wachtlijstproblematiek.
- Het regionale zorgkantoor is verantwoordelijk voor alle Wlz-cliënten die in deze zorgkantorregio wonen. En moet regelen dat voor deze cliënten tijdig passende Wlz-zorg of overbruggingszorg wordt geregeld. Dit zorgkantoor wordt daarom ook wel **het verantwoordelijke zorgkantoor** genoemd voor alle inwonende cliënten en is voor hun het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt over Wlz-zorg.
- Voorbeeld: woont iemand in een zorginstelling in regio Zuidoost-Brabant, maar gaat hij naar de dagbesteding in regio Noordoost-Brabant. Dan is zorgkantoor Zuidoost-Brabant het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor de cliënt over zijn Wlz-zorg omdat hij in deze regio woont.

### Verantwoordelijk of Uitvoerend zorgkantoor voor een cliënt

- Er is op een bepaald moment altijd **één verantwoordelijk zorgkantoor** voor een cliënt. Dit zorgkantoor onderhoudt het contact met de cliënt, óók als deze cliënt Wlz-zorg krijgt of wil krijgen in een andere zorgkantorregio<sup>29</sup> maar daarvoor op een wachtlijst staat.
- Naast het **verantwoordelijk zorgkantoor** voor een cliënt kennen we ook het **uitvoerende zorgkantoor**. Elk zorgkantoor dat via een gecontracteerde zorgaanbieder betrokken is bij de zorglevering aan een cliënt is een **uitvoerend** zorgkantoor. Per cliënt kunnen er zo 1 of meer uitvoerende zorgkantoren betrokken zijn. In het voorbeeld dat iemand verblijfszorg krijgt in regio Zuidoost-Brabant en dagbesteding in regio Noordoost-Brabant, zijn beide zorgkantoren **uitvoerende zorgkantoren voor de zorglevering aan de cliënt**. Waarbij zorgkantoor Zuidoost-Brabant ook **verantwoordelijk zorgkantoor is voor de cliënt**. Het verantwoordelijke zorgkantoor kan gelijktijdig uitvoerend zorgkantoor zijn voor een cliënt, maar dat is niet noodzakelijk.
- Het verantwoordelijke zorgkantoor heeft het beste zicht op de Wlz-zorg in de regio waar een cliënt woont en kan daardoor beter inspelen op een cliëntsituatie. Denk aan het regelen van (extra) overbruggingszorg thuis tijdens een wachtperiode voor verblijfszorg.
- Wil iemand verblijfszorg in een andere zorgkantorregio omdat daar bijvoorbeeld familie woont, maar lukt dit niet binnen de streefnorm door wachtlijstproblematiek? Dan neemt het verantwoordelijke zorgkantoor, als dat noodzakelijk is, contact op met het andere zorgkantoor om de mogelijkheden voor een wachtende cliënt in deze regio te bespreken. Het verantwoordelijke zorgkantoor neemt in deze situaties **nooit** direct contact op met de zorgaanbieder waar deze cliënt op de wachtlijst staat, omdat hiermee in deze regio geen contractrelatie ligt. Én omdat niet bekend is welke afspraken het andere zorgkantoor hierover heeft gemaakt met de zorgaanbieder(s). Het is niet gewenst dat andere zorgkantoren de regionale afstemming/ afspraken over wachtlijstproblematiek doorkruisen.

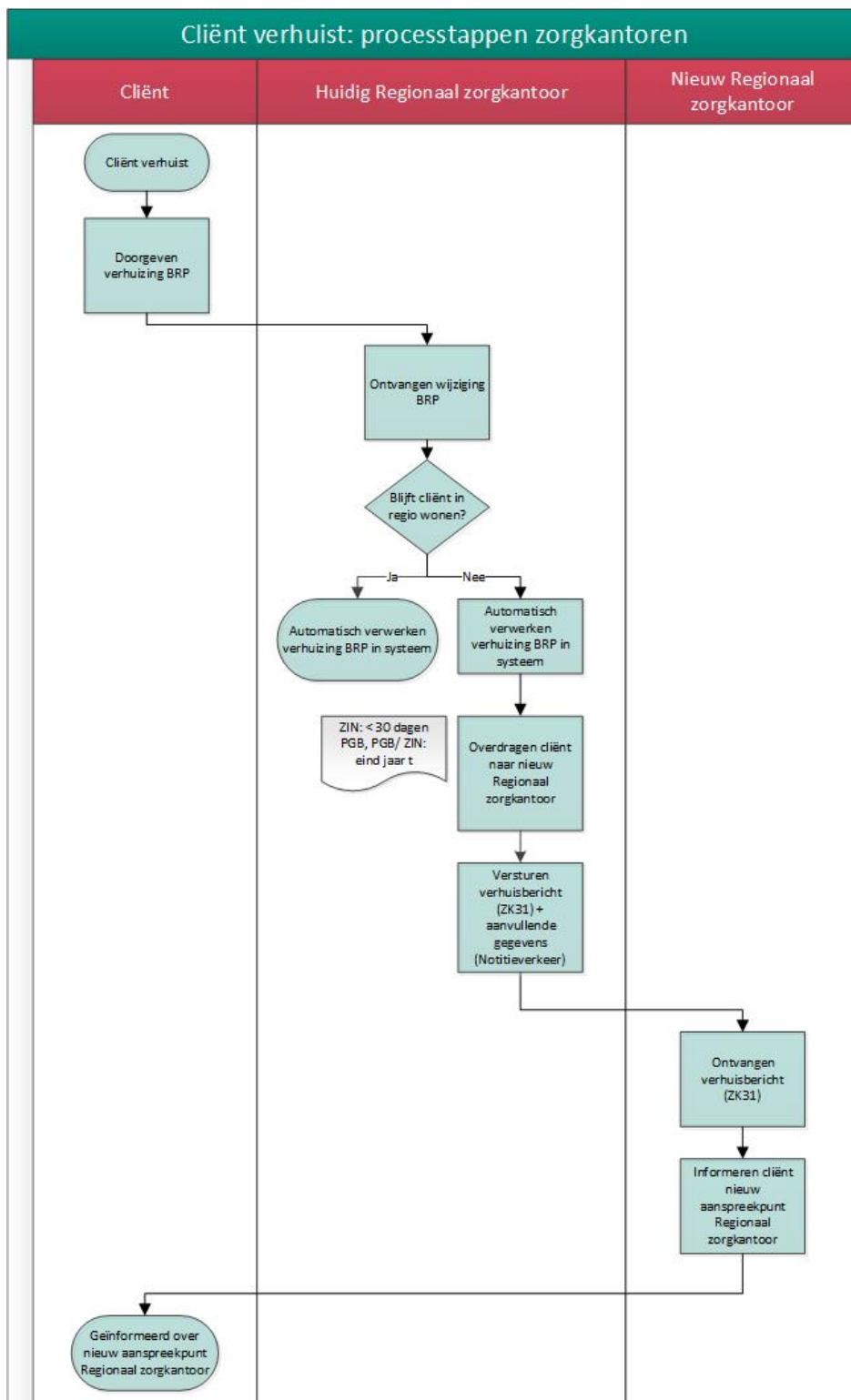
<sup>29</sup> Dit wordt ook een bovenregionaal zorgkantoor genoemd, omdat de cliënt niet in de regio van dit zorgkantoor woont.

- Zorgkantoren stemmen onderling niet alleen af over wachtlijstproblematiek maar ook bij klachten of bezwaren over zorg in een andere regio. Of over situaties van zorgweigering of zorgbeëindiging. De betrokken zorgaanbieder stemt dan altijd eerst af met het regionale, contracterende zorgkantoor. Heeft de zorgaanbieder de procedure zorgvuldig doorlopen (zie hoofdstuk 6), dan stemt dit zorgkantoor af met het verantwoordelijke zorgkantoor over een mogelijke oplossing, omdat die het directe contact onderhoudt met de cliënt.

#### **2.4.2 Processtappen zorgkantoor bij verhuizing cliënt**

- Verhuist een cliënt naar een nieuw woonadres? Dan ontvangt het verantwoordelijke zorgkantoor hiervan een melding via de BRP.
- Een melding vanuit de BRP komt altijd achteraf. De overdrachtsdatum ligt daarom altijd ná de feitelijke verhuisdatum omdat de cliënt al verhuisd is.
- Verhuist de cliënt naar een adres buiten de zorgkantorregio? Dan start dit zorgkantoor het proces op om de verantwoordelijkheid voor de cliënt over te dragen aan het nieuwe, zorgkantoor. Het is praktisch niet uitvoerbaar dat bijvoorbeeld zorgkantoor Utrecht verantwoordelijk blijft voor een cliënt die is verhuisd naar zorgkantorregio Zeeland.





Figuur 4 Processtappen zorgkantoren verhuizing cliënt

- Voor de overdracht van een cliënt gebruiken zorgkantoren het iWlz-verhuisbericht (ZK31).
- Om de verantwoordelijkheid goed te kunnen overdragen, bevat het verhuisbericht: indicatiegegevens, alle actuele zorgtoewijzingen van een cliënt op de overdrachtsdatum én het actuele woonadres.
- Bij de overdracht beëindigt het oude verantwoordelijke zorgkantoor alle actuele zorgtoewijzingen voor een cliënt. Het nieuwe verantwoordelijke zorgkantoor maakt die weer aan voor de betrokken zorgaanbieder(s).
- Krijgt een cliënt zorg thuis en is er nog geen opnamewens, dan moet het verantwoordelijke zorgkantoor hiervoor een beschikking afgeven aan de cliënt (zie paragraaf 3.2). Bij overdracht van een cliënt kan het nieuwe zorgkantoor ervoor kiezen om de cliëntsituatie opnieuw te beoordelen en zelf een nieuwe beschikking<sup>30</sup> af te geven. Óf dit later te doen ná een wijziging in de cliëntsituatie die van invloed is op de inhoud of duur van de beschikking van het oude zorgkantoor. Denk aan wijziging van MPT naar VPT of afgifte van een nieuw indicatiebesluit. Heeft iemand ook Pgb? Dan geeft het nieuwe zorgkantoor hiervoor, na de overdracht, altijd een nieuwe beschikking af omdat het Pgb van het budget van dit zorgkantoor wordt toegekend.
- Zorgkantoren dragen een MPT of VPT-beschikking onderling alleen over als er sprake is van een bijzondere situatie. Bijvoorbeeld bij een kortdurende beschikking omdat er sprake is van een onverantwoorde thuissituatie. Heeft het nieuwe zorgkantoor behoefte aan (meer) informatie dan stemmen de zorgkantoren hierover samen af.
- Het oude zorgkantoor deelt aanvullende informatie over een cliënt met het nieuwe zorgkantoor als dat noodzakelijk is voor inzet van passende zorg. Bijvoorbeeld als iemand een beschikking heeft voor de toeslag Meerzorg thuis MPT of Pgb (zie paragraaf 4.5).
- Deze informatie-uitwisseling gebeurt via het Notitieverkeer en vindt plaats zo snel mogelijk ná overdracht van een cliënt<sup>31</sup>. Het nieuwe zorgkantoor kan dan eerst een cliëntdossier aanmaken zodat de ontvangen informatie daaraan direct gekoppeld kan worden.
- Heeft een cliënt in een lopend kalenderjaar alléén ZIN ontvangen of wil de cliënt ná overdracht een aanvraagprocedure voor Pgb opstarten (1<sup>e</sup> Pgb-aanvraag)<sup>32</sup>? Dan kan een cliënt op elk moment van het jaar worden overgedragen. De afspraak is dat zorgkantoren dit binnen 30 dagen doen nádat het oude zorgkantoor een BRP-verhuismelding krijgt.
- Binnen de periode van 30 dagen (tot overdracht) handelt het zorgkantoor aanvragen voor een zorgtoewijzing af en lopende beoordelingen voor een beschikking zorg thuis of Meerzorg. Dat geldt ook voor correcties op een Melding aanvang zorg bericht, Mutatie of Melding einde zorg bericht (zie paragraaf 2.7). Het zorgkantoor benadert de betrokken zorgaanbieders hiervoor actief omdat het achteraf (na overdracht) doorvoeren van wijzigingen een administratief bewerkelijk proces is.
- In de situatie dat er nog een bezwaarprocedure loopt op een besluit van het huidige, verantwoordelijke zorgkantoor wordt een cliënt niet overgedragen. Dat gebeurt pas als de bezwaarprocedure is afgehandeld.

<sup>30</sup> In de situatie dat iemand een Pgb heeft, geeft het nieuwe zorgkantoor altijd een nieuwe toekenningsbeschikking af omdat het budget dan via dit zorgkantoor wordt verstrekt.

<sup>31</sup> AVG-proof: geen informatie delen als een cliënt formeel nog niet is overgedragen (doelbinding).

<sup>32</sup> Geeft het ClZ een nieuw indicatiebesluit af dan gaat hiervoor, na verhuizing, direct een notificatie naar het nieuwe verantwoordelijke zorgkantoor. Het ClZ houdt geen rekening met het overdrachtmoment. Een cliënt kan bij het nieuwe zorgkantoor dan een Pgb-aanvraag gaan opstarten.

- Heeft een cliënt in het lopende kalenderjaar (minimaal 2 dagen aaneengesloten) een Pgb gehad? Of een lopend Pgb, eventueel in combinatie met ZIN? Dan vindt overdracht één keer per jaar plaats, aan het einde van het lopende kalenderjaar (november/december jaar t). Het nieuwe zorgkantoor is vanaf 1 januari van jaar t+1 verantwoordelijk voor deze cliënt.
- Een cliënt ontvangt bericht over wijziging van het verantwoordelijke zorgkantoor. Als een cliënt alleen ZIN ontvangt, kan het nieuwe zorgkantoor iemand daarover telefonisch informeren of een brief sturen met contactgegevens. Bij Pgb gebeurt dit door het oude zorgkantoor, omdat het Pgb dat de cliënt vanuit dit zorgkantoor krijgt stopt.
- Ontvangt het nieuwe zorgkantoor een verhuisbericht voor een cliënt en bevat dat bericht geen actuele zorgtoewijzing, omdat die er niet is? Dan wordt het nieuwe zorgkantoor hierover zo snel mogelijk ná de overdracht geïnformeerd door het oude zorgkantoor. Mogelijk wil een cliënt geen gebruik maken van Wlz-zorg omdat de mantelzorger(s) nog veel opvangt. Met deze informatie kan het nieuwe zorgkantoor contact opnemen met de cliënt om de situatie te bespreken en te bepalen of er (toch) zorg nodig is. Dit gebeurt uiterlijk binnen 5 werkdagen ná ontvangst van het verhuisbericht.
- Betrokken zorgkantoren zorgen ervoor dat bij verhuizing van een cliënt, de juiste informatie naar het CAK wordt gestuurd. Belangrijk is dat de eigen bijdrage heffing blijft doorlopen en niet onnodig wordt stopgezet. De zorgaanbieder speelt daarin een rol (zie paragraaf 2.4.2).

#### **2.4.3 Processtappen zorgaanbieder bij verhuizing cliënt**

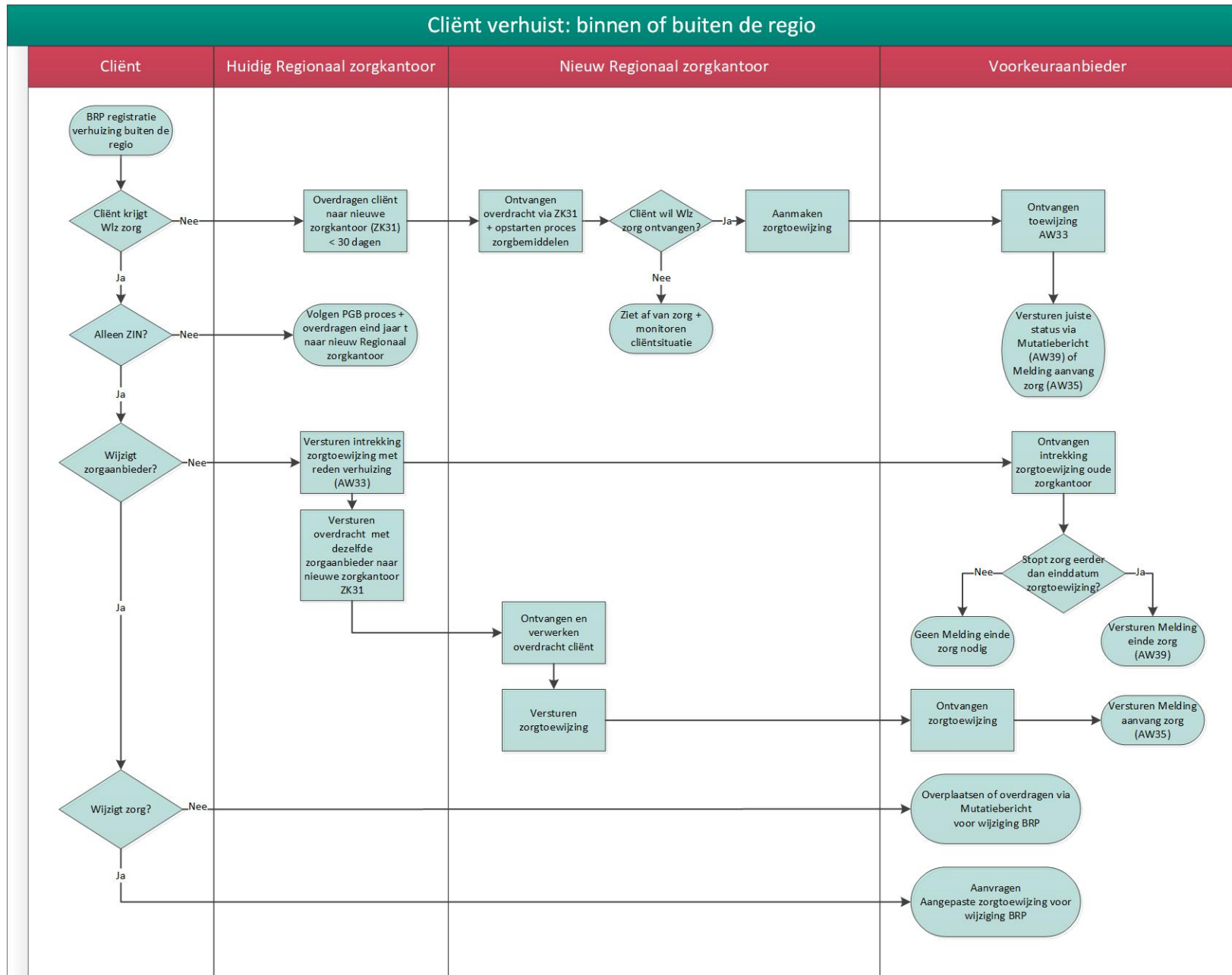
- Bij overdracht van een cliënt door verhuizing, beëindigt het oude verantwoordelijke zorgkantoor de actuele zorgtoewijzing(en) voor deze cliënt. De zorgaanbieder krijgt dan een nieuwe, ingekorte zorgtoewijzing(en) en ziet bij deze 'intrekking' de reden Verhuizing.
- Als deze zorgaanbieder op de overdrachtsdatum zorg levert die ongewijzigd doorloopt, dan krijgt de zorgaanbieder hiervoor automatisch een nieuwe zorgtoewijzing van het nieuwe verantwoordelijke zorgkantoor. De zorgaanbieder blijft de zorg gewoon doorleveren en hoeft niets te doen totdat deze zorgtoewijzing binnen is. Op deze zorgtoewijzing stuurt de zorgaanbieder opnieuw een Melding aanvang zorg bericht naar het nieuwe zorgkantoor (zie paragraaf 2.7). De eigen bijdrage voor een cliënt loopt dan gewoon door.
- Staat een cliënt op de wachtlijst en blijft dat ongewijzigd na het overdrachtmoment? Dan wacht de zorgaanbieder ook op een nieuwe zorgtoewijzing en levert daarop weer de juiste wachtlijstinformatie aan via een iWlz-bericht, het Mutatie-bericht (zie paragraaf 2.5).
- Stopt een zorgaanbieder met het leveren van zorg vóór de overdrachtsdatum? En heeft hij nog een geldige zorgtoewijzing? Dan stuurt de zorgaanbieder wel op tijd een Melding einde zorg bericht naar het huidige verantwoordelijke zorgkantoor. De zorgtoewijzing wordt dan vóór de overdracht beëindigd (ingetrokken/ingekort). Het nieuwe verantwoordelijke zorgkantoor maakt dan géén nieuwe zorgtoewijzing aan voor deze aanbieder.
- Heeft een zorgaanbieder al een zorgtoewijzing gekregen van het nieuwe zorgkantoor met de overdrachtsdatum als ingangsdatum, maar levert deze aanbieder vanaf die datum toch géén zorg meer? Dan stuurt de aanbieder een Melding einde zorg bericht op deze nieuwe zorgtoewijzing, die wordt dan ingetrokken door het nieuwe zorgkantoor. Er blijft dan een zorgtoewijzing van 1 dag over, daar hoeft de zorgaanbieder hoeft niets mee te doen.

- Heeft een zorgaanbieder al een nieuwe zorgtoewijzing gekregen van het nieuwe zorgkantoor, maar wordt de zorg vanaf de overdrachtsdatum overgenomen door een andere zorgaanbieder? Dan draagt de zorgaanbieder de zorgtoewijzing voor deze cliënt zelf over aan de nieuwe zorgaanbieder via het Mutatie-bericht (zie paragraaf 2.7 en 2.8). Ook in deze situatie blijft er voor de oude zorgaanbieder een zorgtoewijzing van 1 dag over. De zorgaanbieder hoeft hier niets mee te doen.

#### **2.4.4 Procesflow verhuizing cliënt**

In de procesflow over verhuizing van een cliënt komen de volgende iWlz-berichten terug:

- Verhuisbericht (ZK31-bericht)
- Zorgtoewijzingsbericht (AW33-bericht)
- Melding aanvang zorg bericht (AW35-bericht)
- Mutatie-bericht (AW39-bericht) en
- Melding einde zorg bericht/ AW39-bericht.



Figuur 5 Cliënt verhuist: binnen of buiten de regio

## 2.5 Regionaal zorgkantoor en wachtlijstbeheer

### 2.5.1 Inleiding

Wachtlijstbeheer in de Wlz gaat over het organiseren van Wlz-zorg voor iemand mét een Wlz-indicatie, waarbij (de best) passende zorg niet direct beschikbaar is. Of over het regelen van een beter passende zorgaanbieder, als de huidige zorgaanbieder de Wlz-zorg aan een cliënt niet meer verantwoord kan leveren omdat de zorgvraag verandert of veranderd is.

Wachtlijstbeheer is voor elke vorm van Wlz-zorg van toepassing, voor zorg thuis en (gedeeltelijke) verblijfszorg. Wachtlijstbeheer gaat niet over het organiseren van uitstroom naar een ander domein zoals bijvoorbeeld de Zvw, Wmo of JW. Om eventuele uitstroom uit de Wlz te bespoedigen kan hierover wel afstemming plaatsvinden met de andere domeinen.

#### 2.5.1.1 Wachtlijstbeheer en opnamebehoefte cliënt

Uitgangspunt is dat de zorg in de buurt<sup>33</sup> van waar de cliënt woont, of wenst te wonen, wordt geleverd en aansluit bij wat iemand belangrijk vindt zodat een cliënt zich zoveel mogelijk thuis voelt. Onnodig lange reistijd voor naasten (partner, familie of vrienden), onnodige verhuizingen voor een cliënt of het zich niet thuis voelen (bijvoorbeeld in een ander deel van het land, stad, platteland of levensovertuiging) worden bij voorkeur voorkomen omdat die een nadelig effect kunnen hebben op de cliënt (gedrag) of zijn omgeving (aanhoudende overbelasting, niet bij naaste kunnen zijn). Daarnaast biedt dit de mogelijkheid om naaste(n), mantelzorg of het netwerk te betrekken in de begeleiding en zorgverlening aan de cliënt en daarmee inzet van professionele zorg te ondersteunen.

Heeft een cliënt een zorgbehoefte waarbij een beschermende woonomgeving (bijvoorbeeld geclusterd VPT of verblijfszorg) het best passend is? Dan wordt de wens (voorkeur) voor een bepaalde locatie zoveel mogelijk gevolgd. Daar kan ook later invulling aan worden gegeven als er op een bepaald moment weinig tijd is om een keuze te maken of op te volgen. Bijvoorbeeld vanwege een crisissituatie, doorstroomproblematiek vanuit het ziekenhuis, een onveilige, onverantwoorde thuissituatie<sup>34</sup> of lange wachtlijsten bij de voorkeuraanbieder.

Wil een cliënt graag opgenomen worden (opnamewens)? Maar is zorg thuis (nog) goed in te regelen? Dan gaat de dossierhouder met de cliënt en naasten het gesprek aan over de mogelijkheden voor langer thuis wonen. Of bespreekt de optie voor verhuizing naar een andere (geclusterde) woonvorm als alternatief voor opname.

---

<sup>33</sup> In de buurt: op redelijke, acceptabele afstand.

<sup>34</sup> Een onveilige of onverantwoorde situatie kan ook ontstaan door een structureel personeelsprobleem in een gebied.

### 2.5.1.2 Voorkeuraanbieder(s)

#### Meerdere voorkeuraanbieders

- Alleen iemand met een Wlz-indicatie kan op een (formele) wachtlijst staan voor Wlz-zorg. Het wachtlijstbeheer tussen zorgkantoor en zorgaanbieder gaat alleen over deze groep.
- In de huidige situatie kan er per leveringsvorm één voorkeuraanbieder worden geregistreerd en doorgegeven via iWlz<sup>35</sup>.
- Heeft de voorkeuraanbieder een wachtlijst en is er op korte termijn geen uitzicht op een oplossing? Dan gaat deze bij de cliënt na of er andere voorkeuraanbieders zijn. Zo ja, dan worden deze aanbieders in het cliëntdossier geregistreerd, zodat hiermee overlegd kan worden gezocht voor een (tijdelijke) oplossing.
- De voorkeuraanbieder (DH) bespreekt met de cliënt dat er altijd één centraal aanspreekpunt is waar vragen gesteld kunnen worden over de wachtlijst, ook bij alternatieve keuze mogelijkheden. Het is niet de bedoeling dat de cliënt met elke voorkeuraanbieder contact opneemt over (opname)mogelijkheden. Het is inefficiënt als coördinatie hierop ontbreekt.
- Cliënten die zichzelf bij een alternatieve voorkeuraanbieder(s) hebben gemeld en daar op interne een wachtlijst staan, zijn via iWlz niet inzichtelijk voor het betrokken zorgkantoor of de voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor gaat bij het wachtlijstbeheer uit van de informatie die via iWlz zichtbaar is. Daarom worden dit schaduwwachlijsten genoemd.
- In de gesprekken met het zorgkantoor over wachtlijstproblematiek kunnen schaduwwachlijsten tot verwarring leiden over het aantal wachtende cliënten (ongelijk beeld bij zorgkantoor en zorgaanbieder).

#### Schaduwwachlijsten voor mensen met Wlz-indicatie

Schaduwwachlijsten in de Wlz komen ook voor doordat:

- Twee locaties (A en B) gebruik maken van dezelfde agb-code. Iemand kan dan niet gelijktijdig in zorg zijn bij locatie A en bij locatie B op de wachtlijst staan. Of
- Binnen één locatie (één agb-code) meerdere vormen van verblijfszorg worden geboden, bijvoorbeeld Herstelgerichte behandeling vanuit de Wlz en reguliere verpleeghuiszorg. Iemand kan dan niet in zorg zijn voor Herstelgerichte behandeling (zorgprofiel gVVb) en op de wachtlijst staan voor een reguliere verpleeghuisplaats bij dezelfde agb-code. Of
- Iemand individuele begeleiding thuiskrijgt en ook graag gebruik wil maken van logeren (beide zorgvormen zijn onderdeel van het MPT). Iemand kan bij dezelfde agb-code niet gelijktijdig in zorg zijn voor (een deel van het) MPT én op de wachtlijst staan voor (een ander deel van het) MPT.

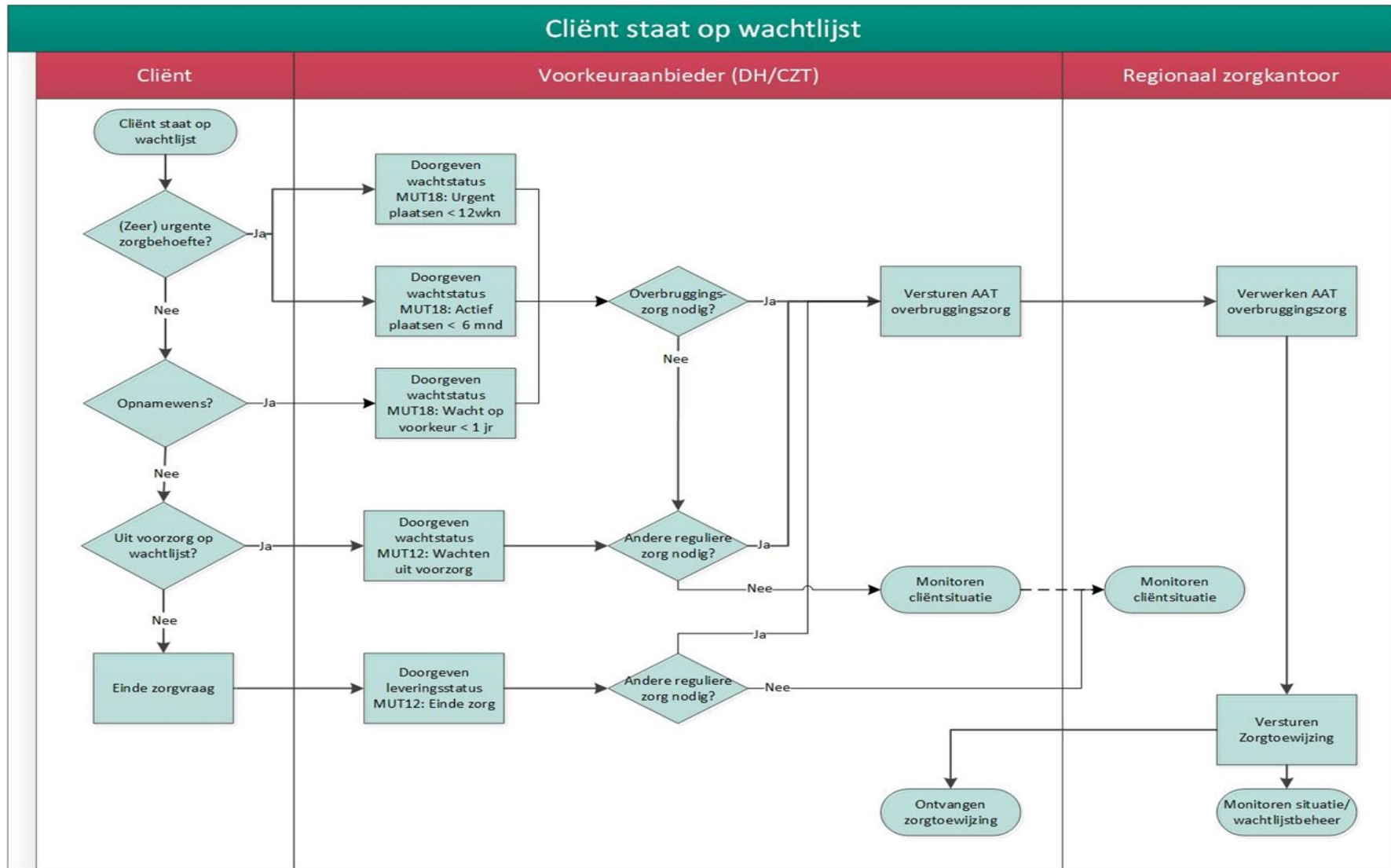
---

<sup>35</sup> Het registreren en zichtbaar maken van meerdere voorkeuraanbieders voor een cliënt via iWlz wordt meegenomen in het traject rondom het Bemiddelingsregister (Netwerk).

### 2.5.2 Algemene uitgangspunten wachtlijstbeheer Wlz

- Via iWlz-berichten die zorgaanbieders met zorgkantoren uitwisselen over een cliënt wordt doorgegeven of iemand zorg krijgt (In zorg), op een wachtlijst staat (zorg kan nog niet worden geleverd) of dat iemand geen zorg wil of nodig heeft (Einde zorg).
- In iWlz wordt de term **leveringsstatus** gebruikt om de status van de zorglevering aan een cliënt op een bepaald moment door te geven: In zorg, Wachtlijst of Einde zorg. In het voorschrift gebruiken we voor iemand die op de wachtlijst staat het begrip **wachtstatus** omdat niet voor iedereen duidelijk is dat de term leveringsstatus hier ook naar verwijst.
- Voor een persoon kunnen meerdere statussen tegelijk bekend zijn omdat die per toegewezen leveringsvorm wordt doorgegeven. Een cliënt kan bijvoorbeeld de (wacht)status Wacht op voorkeur hebben voor de leveringsvorm Verblijf én de (leverings)status In zorg voor overbruggingszorg thuis via de leveringsvorm MPT.
- Voor het doorgeven of wijzigen van een wachtstatus of classificatie stuurt de zorgaanbieder altijd een iWlz-bericht naar het zorgkantoor: het Mutatiebericht. Omdat deze informatie via gestandaardiseerde iWlz-berichten wordt uitgewisseld, kunnen partijen rapportages maken en cliënten met een bepaalde status/classificatie actief volgen.
- Het zorgkantoor mag voor een zorgaanbieder nooit handmatig een wachtstatus (of classificatie) aanpassen.
- Wachtlijstbeheer is maatwerk. Daarin wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wens(en) van de cliënt, maar inzet van passende zorg staat op de voorgrond.
- De zorgaanbieder bespreekt de keuze van een bepaalde wachtstatus (zie paragraaf 2.5.3) altijd samen met de cliënt en naaste(n) vóórdat die wordt doorgegeven aan het zorgkantoor. Dat geldt ook voor eventuele consequenties hiervan voor de cliënt. Wijziging van een wachtstatus kan impact hebben op de snelheid van plaatsing, het plaatsingsaanbod of eventueel opgebouwde wachttijd.
- Voor het wachtlijstbeheer werken zorgkantoren actief samen met gecontracteerde zorgaanbieders. Die beschikken over actuele kennis van cliënten op hun wachtlijst en hebben vaak een beter beeld bij (regionale) plaatsingsmogelijkheden, zeker in het geval van een (dreigende) crisissituatie. Bijvoorbeeld omdat ze frequent deelnemen aan regionaal georganiseerde overlegtafels.
- Het zorgkantoor volgt een signaal op over een onverantwoorde cliëntsituatie (thuis) en stemt hierover af met de cliënt en betrokken zorgprofessionals. Met toestemming van de cliënt kan een medisch adviseur van het zorgkantoor contact opnemen met de behandelaar die betrokken is bij de medische of gedragskundige zorg.
- Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor behandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van het zorgkantoor.
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor afhandeling van klachten over wachtlijstbeheer voor zover het wachtlijstbeheer de eigen verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder.





Figuur 6 Cliënt staat op wachtlijst

### 2.5.3 Wachtstatus en classificatie

#### 2.5.3.1 Wachtstatus

- In het wachtlijstbeheer worden 4 wachtstatussen onderscheiden: Urgent plaatsen, Actief plaatsen, Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg (zie paragraaf 2.5.6 t/m 2.5.9).
- Een wachtstatus kan alleen worden doorgegeven op een zorgtoewijzing én wordt alleen doorgegeven voor de ZIN-leveringsvormen, niet voor Pgb<sup>36</sup>.
- De statussen hebben een prioriteitsvolgorde waarin de urgentie van de zorgvraag een rol speelt. De status Urgent plaatsen (zeer dringend) heeft de hoogste prioriteit, gevolgd door Actief plaatsen (dringend) en Wacht op voorkeur. De status Wacht uit voorzorg heeft geen prioriteit omdat iemand daarmee feitelijk niet met een actieve opnamewens op een wachtlijst staat. Door deze status komt een cliënt wel alvast in beeld bij de voorkeuraanbieder voor een eventuele toekomstige zorgbehoefte of zorgwens.
- Naarmate de noodzaak tot zorg thuis of (een vorm van) verblijfszorg dringender is, weegt de beoordeling van de zorgaanbieder (tijdelijk) zwaarder dan de cliëntvoorkeur.
- De prioriteitsvolgorde in de wachtstatussen hoeft niet hard gevolgd te worden. Er kan casuïstiek ontstaan waarbij een afwijkend besluit op basis van gezond verstand en professionele beoordeling door de aanbieder gerechtvaardigd is. Zo kan een aanbieder iemand met de status Actief plaatsen voor laten gaan op iemand met de status Urgent plaatsen. Bijvoorbeeld in de situatie van een dreigende crisissituatie thuis waarbij er sprake is van een toenemende onveilige situatie voor de cliënt of zijn omgeving. Het voorkomen van een acute, onveilige crisissituatie gaat dan voor op doorstroom uit een Ziekenhuis, Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) of Eerstelijns verblijf (ELV)<sup>37</sup>. Hierover is vooraf geen overleg nodig met het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan achteraf wel toetsen waarom deze keuze is gemaakt. De keuze is altijd uitlegbaar door de zorgaanbieder.
- In de situatie dat er meerdere zorgaanbieders bij een cliënt zijn betrokken, informeert een zorgaanbieder de CZT of DH altijd zo snel mogelijk over een eventuele wijziging in de wachtstatus (of de classificatie, zie paragraaf 2.5.3.2). Zodat de CZT of DH op grond van de actuele cliëntsituatie een eventueel noodzakelijk actie in gang kan zetten.

#### Beperkingen gebruik wachtstatus

Voor het gebruik van een wachtstatus kan een beperking gelden. Omdat inzicht hierover kan wijzigen of uitzonderingssituaties kunnen voorkomen, zijn hiervoor via iWlz geen technische regels afgesproken:

- 1) Zo is het voor de leveringsvorm Deeltijdverblijf (DTV) bijvoorbeeld niet logisch dat iemand de status Urgent plaatsen krijgt. Bij de status Urgent plaatsen ligt de focus op doorstroomproblematiek of het niet meer veilig, verantwoord thuis kunnen blijven wonen. Er kan zeker wel een dringende behoefte zijn aan DTV maar dan is de status Actief plaatsen aangewezen. DTV is namelijk een combinatie van verblijfszorg met zorg thuis, op voorwaarde dat de zorg thuis veilig en verantwoord geleverd kan worden.

---

<sup>36</sup> Het Pgb -proces loopt buiten iWlz-berichtenverkeer om.

- 2) Voor iemand met een indicatie voor een SGLVG of LVG-zorgprofiel is de status Wacht op voorkeur niet toegestaan, net zoals de status Wacht uit voorzorg. Landelijk is namelijk afgesproken dat voor deze cliënten binnen maximaal 2x 13 weken een plaats in een (SG)LVG-behandelinstelling wordt geregeld. Afhankelijk van de situatie is de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen van toepassing.
- 3) Heeft iemand een indicatie voor een laag zorgprofiel (zie bijlage D) en een zorgtoewijzing voor verblijfszorg, maar is er nog geen opnamewens? Wil iemand wel in beeld blijven bij zijn voorkeuraanbieder? Dan is de status **Wacht uit voorzorg** van toepassing bij de leveringsvorm Verblijf. Heeft iemand wel een opnamewens en wil iemand graag binnen een jaar worden opgenomen? Dan is de wachtstatus **Wacht op voorkeur** van toepassing. Vanwege de gemiddeld lage zorgvraag bij deze zorgprofielen is het wel van belang dat partijen de verwachtingen van deze cliënten managen: door de druk op de zorg is het niet mogelijk om iedereen op te nemen in een instelling, langer thuis wonen wordt daarom gestimuleerd. Is bij iemand sprake van een (acuut) gewijzigde cliëntsituatie of thuissituatie waardoor de zorg thuis niet verantwoord georganiseerd kan worden? Dan kan bij deze cliënten altijd de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen worden aangeleverd. Dat kan ook als er nog een passende indicatie moet worden aangevraagd of de aanvraagprocedure bij het CIZ hiervoor loopt.
- 4) Staat iemand op de wachtlijst voor zorg thuis met de status Wacht op voorkeur (of Wacht uit voorzorg)? Dan is alleen de classificatie Geen aanvullende (woon)wens van toepassing. De andere classificaties bij deze status(sen) verwijzen naar een situatie waarbij een cliënt de zorg niet op zijn huidige woonadres krijgt.

#### 2.5.3.2 Wachtstatus met classificatie

- Een wachtstatus bevat geen informatie over de cliëntsituatie (context) of over specifieke wensen van een cliënt. Daarom zijn classificaties toegevoegd aan elke wachtstatus. De combinatie van een wachtstatus (mate van urgentie) met een bepaalde classificatie geeft zo meer inzicht in de cliëntsituatie en wachtlijstproblematiek. Bijvoorbeeld iemand die in het ziekenhuis ligt, medisch is uitbehandeld maar niet kan uitstromen. Hierdoor kan gerichter en sneller gereageerd worden op een cliëntsituatie. En hoeven partijen minder aanvullende registraties bij te houden.
- De structuur van wachtstatussen met classificaties geldt alleen voor ZIN en niet voor Pgb. En is van toepassing op alle sectoren en alle ZIN-leveringsvormen.
- Elke wachtstatus kent meerdere classificaties. Op één moment is er bij een wachtstatus altijd één classificatie van toepassing (de classificaties overlappen elkaar niet).
- De classificaties bij de status Urgent plaatsen en Actief plaatsen zijn beschreven vanuit de (zeer) dringende behoefte en noodzaak tot zorg of opname. De beoordeling van de cliëntsituatie door de zorgaanbieder staat hier meer op de voorgrond. Er wordt wel zoveel mogelijk geprobeerd rekening te houden met de wensen van een cliënt.

- Binnen de status Urgent plaatsen en Actief plaatsen kennen de classificaties een prioriteitsvolgorde<sup>38</sup>. De veiligheid van een cliënt of zijn omgeving zijn daarin bepalend. De classificatie is ondersteunend bij het bepalen van de volgorde van zorglevering als er meerdere cliënten op de wachtlijst staan die allemaal (zeer) dringend zorg nodig hebben. Zo gaat bijvoorbeeld binnen de status Urgent plaatsen de classificatie Palliatief terminale zorg (PTZ) voor op de classificatie Doorstroom uit het ziekenhuis, omdat een cliënt bij het niet goed kunnen regelen van de noodzakelijke PTZ thuis een groter risico loopt.
- Om de cliëntenstroom te bevorderen is er ook voor gekozen om Doorstroom GRZ en Doorstroom ELV een hogere prioriteit te geven dan Doorstroom ZH. Door uitstroom vanuit GRZ of ELV kan er weer een plaats vrijkomen voor doorstroom vanuit het ziekenhuis.
- Ook voor de prioritering tussen classificaties geldt dat een afwijking op basis van gezond verstand en professionele beoordeling gerechtvaardigd is. Dit is afhankelijk van individuele casuïstiek en van de mogelijkheden om bijvoorbeeld doorstroom te realiseren.
- De classificaties bij de status Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg zijn beschreven vanuit cliëntperspectief. De urgentie van de zorgvraag is hier minder dringend waardoor de cliëntwens meer op de voorgrond kan staan. Deze classificaties kennen geen prioriteit. Wensen lenen zich niet voor prioriteren omdat dit om persoonlijke voorkeuren gaat.
- Wil iemand verblijfszorg, maar zit hier minder druk op omdat zorg thuis nog goed te regelen is? En wil een cliënt graag wachten totdat hij bij zijn al opgenomen partner kan gaan wonen? Dan kan bij de status Wacht op voorkeur gekozen worden voor de classificatie Partneropname (zie voorbeeld bijlage G).
- Wisselt een wachtstatus, dan wijzigt normaal gesproken ook de classificatie. Alleen als de status wijzigt van Wacht op voorkeur naar Wacht uit voorzorg (of andersom) kan de classificatie gelijk blijven. Dat komt omdat de classificaties bij deze statussen gelijk zijn.
- Bij een gelijkblijvende status kan een classificatiewissel worden doorgegeven als een cliënt wens wijzigt of als de zorgaanbieder aangeeft dat dit nodig is. Dat kan bijvoorbeeld bij een cliënt met dringende opnamebehoefte waarbij er geen zicht is op plaatsing binnen 6 maanden bij zijn voorkeuraanbieder (wachtstatus Actief plaatsen). De classificatie Voorkeuraanbieder leidend kan dan worden gewijzigd naar Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar (zie voorbeeld Bijlage G).
- Staat iemand op de wachtlijst voor opname met de status Wacht op voorkeur en classificatie Geen aanvullende wens én dreigt er thuis een crisissituatie te ontstaan door overbelasting van de mantelzorg. Is opname op korte termijn onvermijdelijk, maar heeft de voorkeuraanbieder niet direct een plaats beschikbaar? Dan wijzigt de dossierhouder (DH) de wachtstatus bij de leveringsvorm Verblijf naar Actief plaatsen met classificatie Dreigende-crisis thuis. Deze informatie geeft een signaal af aan het zorgkantoor dat de aanbieder mogelijk hulp nodig heeft bij het vinden van een (tijdelijke) plaats voor de cliënt. Om de thuissituatie te ondersteunen en te de-escaleren kan in deze situaties tijdelijk extra overbruggingszorg worden aangevraagd bij het zorgkantoor.

---

<sup>38</sup> Deze prioriteitsvolgorde voor het uitvoeringsproces wijkt af van de volgorde in de technische codering in iWlz.

### 2.5.3.3 Streefnorm en opbouw wachttijd

#### Streefnorm

- Om te bewaken dat iemand op tijd de noodzakelijke zorg krijgt, is per combinatie wachtstatus/classificatie een streefnorm bepaald. De streefnorm is geen onderdeel van de iWlz-berichten, maar wordt wel gebruikt voor wachtlijstrapportages als ondersteuning van het wachtlijstbeheer of zorginkoopproces
- Wachtlijstinformatie kan op een bepaald peilmoment of trendmatig in beeld worden gebracht. Het geeft inzicht in de ontwikkeling van het aantal wachtenden bij een zorgaanbieder, in een sector of regio. Dit kan per zorgprofiel, leveringsvorm of wachtstatus/classificatie. Ook geeft het beeld bij bijvoorbeeld de samenstelling van de wachtende populatie (leeftijd, geslacht), inzet van overbruggingszorg of de gemiddelde wachttijd of doorstroomtijd (afgezet tegen de streefnorm).

#### Opbouw wachttijd

- Iemand met de wachtstatus Urgent plaatsen, Actief plaatsen of Wacht op voorkeur bouwt wachttijd op voor de bijbehorende leveringsvorm. Iemand met de status Wacht uit voorzorg bouwt géén wachttijd op voor de bijbehorende leveringsvorm.
- Het is niet toegestaan om een wachtstatus/classificatie aan te passen omdat met de opgebouwde wachttijd een streefnorm wordt overschreden, bijvoorbeeld door personele problematiek. De beschrijving en criteria voor een wachtstatus/classificatie zijn leidend voor de juiste keuze bij een cliëntsituatie. Het is belangrijk om eventuele wachtlijstproblematiek eerlijk in beeld te brengen, met elkaar te bespreken en samen naar oplossingen te zoeken.
- Opgebouwde wachttijd wordt bij wisseling in wachtstatus of classificatie niet standaard overgenomen. De reden hiervan is dat de streefnorm bij de nieuwe wachtstatus/classificatie anders direct kan worden overschreden, omdat de urgentie van de wachtstatus/classificatie hoger is en dan een kortere streefnorm geldt. Ofwel: als de context (situatie) van een cliënt bij een opvolgende wachtstatus/classificatie wezenlijk anders is, wordt opnieuw gestart met het opbouwen van de wachttijd. Denk aan de situatie van iemand met een opnamebehoefte waarbij na 2 maanden de status Actief plaatsen/ classificatie Voorkeuraanbieder leidend wijzigt naar Urgent plaatsen/ classificatie Rechterlijke Machtiging (RM). De maximale streefnorm bij de status Urgent plaatsen is 6 weken. Bij Actief plaatsen 6 maanden. Telt de wachttijd van de status Actief plaatsen in dit voorbeeld mee, dan wordt de streefnorm direct overschreden (2 maanden > 6 weken). Ten opzichte van vergelijkbare Urgent wachtende cliënten zou dat onterecht zijn, als de cliëntsituatie pas kortgeleden is gewijzigd.
- Bij een classificatiewissel binnen een wachtstatus kan de wachttijd doortellen maar ook dit is afhankelijk van de cliëntsituatie en classificatiewissel (zie paragraaf 2.5.6 t/m 2.5.9). Zo is het bijvoorbeeld niet logisch om wachttijd door te tellen als de zorgvraag urgenter wordt. Bijvoorbeeld als bij de status Actief plaatsen, de classificatie Voorkeuraanbieder leidend wisselt naar Dreigende-crisis thuis. Wacht iemand al 4 maanden op zijn voorkeuraanbieder, dan wordt de streefnorm bij deze overgang (maximaal 13 weken) direct overschreden.
- Wachttijden kunnen wel altijd worden meegenomen als binnen een status de wens van een cliënt verandert (gelijke urgentie en gelijke prioriteit). Bijvoorbeeld als voor iemand met de wachtstatus Wacht op voorkeur de classificatie Specifieke geografische reden wijzigt naar Specifieke locatie/ Woonwens.

#### **2.5.4 Verantwoorde zorg thuis bij status Urgent plaatsen en Actief plaatsen**

Om voor mensen met de status Urgent plaatsen en Actief plaatsen verantwoorde zorg en veilige zorg thuis te regelen, ook voor de directe omgeving, mag tijdelijk extra (overbruggings)zorg worden ingezet. Denk aan extra nachtzorg of toezicht in de nacht of overdag.

Dit mag ook als iemand daardoor direct bij de voorkeuraanbieder terecht kan en een onnodige verhuisbeweging wordt voorkomen. Dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 3 Wlz zorg bij thuis wonen, paragraaf 3.3.15.

#### **2.5.5 Toelichting tabellen wachtstatus met classificaties**

In deze paragraaf wordt iedere wachtstatus toegelicht via 2 tabellen: Tabel Beschrijving Wachtstatus/ classificatie en Tabel Rollen wachtstatus.

##### **Tabel Beschrijving wachtstatus**

- De tabel begint met de algemene definitie van een specifieke wachtstatus, gevolgd door de algemene toetsingscriteria en de maximale streefnorm voor zorglevering. Daarna wordt dit ook zo uitgewerkt voor de onderscheiden classificaties bij deze wachtstatus.
- Als bij een status de classificaties onderling geprioriteerd zijn, staat dit in de 1e kolom. De classificaties staan dan al op de juiste volgorde (prioriteit). Dit geldt alleen voor de statussen Urgent plaatsen en Actief plaatsen.
- Met de streefnormen is meer aansluiting gezocht bij de diversiteit in cliëntsituaties en hun context. Daardoor zijn de streefnormen minder breed. Bij de wachtstatus Urgent plaatsen zijn de normen korter dan de oude Treeknormen<sup>39</sup>. En wordt bij de wachtstatus Actief plaatsen, vanuit cliëntperspectief, meer tijd geboden om een cliëntwens te volgen. Hierdoor hoeft iemand minder snel een aanbod te accepteren dat niet aansluit bij een wens(en). Beoogd doel hiervan is het aantal verhuisbewegingen voor een cliënt te beperken of dat een naaste(n) of (sociaal) netwerk meer voor iemand kan betekenen omdat iemand in de buurt verblijft. We willen hiermee ook zoveel mogelijk voorkomen dat iemand met een urgentere zorgvraag uitwijkt naar de wachtstatus Wacht op voorkeur, waardoor wachtlijstinformatie een vertekend beeld kan geven van de problematiek bij een cliënt.
- Bij Urgent plaatsen en Actief plaatsen hebben enkele combinaties wachtstatus/ classificatie een dubbele betekenis, er zijn dan 2 processtromen uitgewerkt.

##### **Tabel Rollen wachtstatus**

- De tabel beschrijft de taken en verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder(s) en het zorgkantoor die betrokken zijn bij een wachtende cliënt. Daarbij is specifieke aandacht voor cliënten met een behoefte aan verblijfszorg, die nog thuis wonen en geen enkele vorm van Wlz-zorg krijgen. Voor iemand met de status Urgent of Actief plaatsen is de aanname dat die meer risico loopt op een onverantwoorde of onveilige thuissituatie.
- De tabel beschrijft daarnaast dat een combinatie wachtstatus/ classificatie van invloed kan zijn op het (op korte termijn) kunnen realiseren van een cliëntwens. Zo kan er bij een crisissituatie of dreigende crisis thuis niet lang gewacht worden op een voorkeuraanbieder.

---

<sup>39</sup> De NZa vervangt vanaf 2025 de landelijke generieke Treeknormen voor de Wlz door de streefnormen omdat deze beter aansluiten bij de Wlz-praktijk.

#### Afstemming tussen zorgkantoren en zorgaanbieders

- Zorgkantoren en zorgaanbieders (in de rol van dossierhouder of coördinator zorg thuis) stemmen af over cliënten op de wachtlijst. Dit is een regulier proces. De inhoud van de afstemming verschilt per wachtstatus (zie paragraaf 2.5.6 tot en met 2.5.9).
- Voor deze samenwerking kunnen zorgkantoren maatwerkafspraken hanteren. Per zorgaanbieder kan deze samenwerking dan anders ingevuld worden. De regie voor invulling van de samenwerking ligt bij het zorgkantoor. Daarin kan de omvang van de wachtlijstproblematiek in een (sub)regio een rol spelen, net zoals de ervaring van het zorgkantoor met een zorgaanbieder over de invulling van het wachtlijstbeheer, ontvangen signalen uit het contact met cliënten (mate van tevredenheid over het contact met de zorgaanbieder) en ontvangen signalen van OCO's. Of interne sturingsinformatie zoals hoe vaak (urgent) wachtende cliënten binnen de streefnorm zorg krijgen en of dit direct bij de voorkeuraanbieder is.
- Het zorgkantoor zoekt actief contact met een aanbieder over cliënten met de status Urgent plaatsen, waarbij de status/classificatie combinatie een korte streefnorm heeft ( $\leq 1$  week). Denk aan iemand in een crisissituatie waarvoor geen crisisplaats beschikbaar is of iemand waarvoor het niet lukt om de noodzakelijke Palliatief terminale zorg goed in te regelen.
- Het zorgkantoor kan ervoor kiezen om cliëntgroepen te clusteren en in een keer door te spreken. Is er vertrouwen in de wijze waarop de aanbieder het wachtlijstbeheer uitvoert, dan kan hiervoor een periodiek afstemmingsoverleg worden gepland (face-to-face of online, bijvoorbeeld elke week of 1x per 2 weken). In dit overleg worden in ieder geval de urgent wachtende cliënten besproken (Urgent plaatsen en Actief plaatsen) waarvoor extra aandacht/ gezamenlijke inspanning nodig is, omdat de aanbieder voor die cliënten op korte termijn de noodzakelijke zorg niet geregeld krijgt.
- Als op basis van sturingsinformatie blijkt dat een aanbieder bepaalde cliëntgroepen vrijwel altijd binnen de streefnorm passende zorg kan bieden, kan het zorgkantoor afspreken om deze cliënten korter voor het verstrijken van de streefnorm door te nemen. Denk aan cliënten die moeten doorstromen vanuit andere instellingen. Deze aanbieder kan individuele cliënten uit deze groep altijd eerder inbrengen als daar reden voor is.

## 2.5.6 Wachtstatus Urgent plaatsen: beschrijving en rollen

### 2.5.6.1 Beschrijving wachtstatus Urgent plaatsen

Classificaties Urgent plaatsen	Beschrijving Urgent plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Urgent plaatsen	Streefnorm Urgent plaatsen
Classificaties staan op volgorde van prioriteit.	Deze status wordt gebruikt als er een acute noodzaak is voor opname door een onverantwoorde thuissituatie, (extra) inzet van PTZ, noodzaak voor doorstroom naar Wlz-voorziening of terug naar thuissituatie. Bij een zeer dringend zorgbehoefte gaat de beschikbaarheid van een plek in principe voor op de voorkeur van een cliënt of het eigen netwerk.	Het aanwezige gevaarscriterium bij een cliënt voor zichzelf of de (directe) omgeving wordt niet opgelost door extra inzet van thuiszorg, extra ambulante begeleiding of de huidige opnamesituatie. Of Het (behandel)doel van een cliënt is gerealiseerd. Via doorstroom komt de (behandel) plek vrij voor iemand anders die deze nodig heeft.	Maximale streefnorm: 6 weken  De streefnorm wordt per classificatie verder ingevuld.
1. Geen Crisisbed beschikbaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is sprake van een afgegeven IBS/ of Crisismaatregel GGZ óf van een crisissituatie bij de cliënt door een acuut gewijzigde situatie waardoor het gevaarscriterium op de voorgrond staat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door een afgegeven IBS/ Crisismaatregel GGZ met Verblijf óf een acute crisissituatie is direct een (tijdelijke) intramurale opname noodzakelijk én</li> <li>• Het lukt de (regionale) crisisregisseur of crisiszorgaanbieder(s) niet om binnen de streefnorm een crisisplaats te regelen (zie paragraaf 2.6.3 t/m 2.6.4).</li> </ul>	IBS/ GGZ Crisismaatregel: 0-24 uur  Overige crisis: V&V: 0-24 uur GZ: 0-48 uur GGZ: 0-72 uur
2. PTZ 2a. Instroom 2b. Doorstroom	2a. Instroom PTZ De behandelend (huis)arts verklaart dat de levensverwachting van een cliënt $\leq 3$ maanden is. Door de terminale levensfase van deze cliënt is inzet van extra zorg thuis, opname in een hospicevoorziening of intramurale opname noodzakelijk.  2b. Doorstroom PTZ-voorziening. De terminale status van een cliënt is vervallen door een verbeterde gezondheidstoestand. Hierdoor verblijft de cliënt niet meer in een	2a. Deze classificatie wordt gebruikt als de voorkeuraanbieder de noodzakelijke palliatief terminale zorg (PTZ) niet (volledig) kan regelen binnen de streefnorm.          2b. Deze classificatie wordt gebruikt als: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de behandelend (huis)arts verklaart dat de terminale status van een cliënt vervalt en de levensverwachting <math>&gt; 3</math> maanden is.</li> </ul> En	0-5 dagen          0-4 weken



Classificaties Urgent plaatsen	Beschrijving Urgent plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Urgent plaatsen	Streefnorm Urgent plaatsen
	passende omgeving (zoals hospice). Snelle doorstroom naar een andere Wlz-voorziening is belangrijk voor de cliënt zelf (normaliseren woonomgeving) en vanwege de behoefte aan deze (hospice)voorziening voor iemand anders.	<ul style="list-style-type: none"> <li>De cliënt door de gezondheidssituatie niet kan terugkeren naar de oorspronkelijke thuissituatie, maar er nog geen passende verblijfszorg of geclusterde woonvoorziening beschikbaar is met (24/7 bereikbaarheid van zorg).</li> </ul>	
3. RM/ Wzd Art. 28a	Gedwongen opname voor een cliënt is noodzakelijk vanwege een Rechterlijke Machtiging- RM/ Wzd Art.28a die door de strafrechter is afgegeven, omdat verwacht wordt dat doorstroom naar een Wlz-plaats de best passende oplossing is. Cliënt verblijft vaak in een Penitentiaire Inrichting (PI) of setting voor Forensische Zorg en moet daar uitstromen.	Deze classificatie wordt gebruikt als voor de cliënt een RM/ Wzd Art/ 28a is afgegeven door de strafrechter, maar het niet duidelijk is of er tijdig een passende zorgaanbieder gevonden kan worden met een geschikte (beveiligde) locatie (zie paragraaf 2.6.5).	0-5 werkdagen Na afgiftedatum zorgtoewijzing óf Na afstemming met het zorgkantoor (als er nog geen indicatiebesluit is afgegeven).
4. Doorstroom Crisisbed	Cliënt verblijft op een crisisbed. Doorstroom naar de oorspronkelijke thuissituatie of een reguliere plaats is de best passende oplossing voor de cliënt (op basis van observatie en diagnostiek). En Noodzakelijk om het crisisbed beschikbaar te hebben voor een volgende crisissituatie.	<p>Deze classificatie wordt gebruikt als de cliënt(situatie) is gestabiliseerd na een crisisopname en</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de cliënt kan terugkeren naar de oorspronkelijke thuissituatie maar de zorg thuis (nog) niet goed geregeld kan worden.</li> <li>er een blijvende noodzaak is voor verblijfszorg, maar de cliënt niet (direct) kan doorstromen naar een reguliere plaats bij de voorkeuraanbieder.</li> </ul> <p>Een crisisbed GGZ wordt geregeld via de Zvw. Voor de Zvw geldt een krappere streefnorm omdat hier zeer beperkte ruimte is voor verlenging van een crisisbed GGZ.</p>	<p>V&amp;V: 0-4 weken (max. 2 wkn met max. 2 wkn verlenging)</p> <p>GZ: 0-12 weken (max. 6 wkn met max. 6 wkn verlenging)</p> <p>GGZ: 0-2 weken</p>
5. RM/ ZM 5a. Afgegeven RM/ZM 5b. Ingediende aanvraag RM/ZM	5a. Bij een cliënt is de noodzaak aanwezig tot opname maar de cliënt verzet zich hiertegen. Er is een Rechterlijke Machtiging (V&V/GZ) of	5a. Deze classificatie wordt gebruikt als: <ul style="list-style-type: none"> <li>er een actuele RM/ ZM is afgegeven én</li> <li>opname de gewenste interventie is én</li> </ul>	0-4 weken (Na afgiftedatum RM/ ZM)

Classificaties	Beschrijving Urgent plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Urgent plaatsen	Streefnorm Urgent plaatsen
Urgent plaatsen	<p>ZorgMachtiging (GGZ) afgegeven voor een gedwongen opname.</p> <p>De classificatie RM of ZM geldt <u>niet</u> voor iemand met een Besluit tot opname en verblijf (Wzd art. 21 verklaring). Zie paragraaf 2.6.1. Voor een cliënt met een Wzd art. 21 verklaring wordt een wachtstatus/ classificatie gekozen die op dat moment het beste bij de cliëntsituatie past.</p> <p>5b. Aanvraag voor RM/ ZM is ingediend, verblijfszorg na afgifte RM/ ZM is niet tijdig te regelen door voorkeuraanbieder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>er géén zicht is op plaatsing binnen de ten uitvoeringleggingstermijn van de machtiging.</li> </ul> <p>Is tijdige opname geborgd dan wordt deze classificatie niet gebruikt omdat er geen bemiddelingsvraag aan het zorgkantoor ligt. Kies dan een passende wachtstatus/ classificatie tijdens de wachtperiode die voldoende urgentie heeft zoals Actief plaatsen/ Dreigende crisis thuis.</p> <p>Let op: Een RM is maximaal 4 weken geldig na dagtekening én kan na 4 weken niet verlengd worden als er geen opname heeft plaatsgevonden. Dit geldt niet voor een Zorgmachtiging.</p> <p>Deze classificatie kan ook worden gebruikt als de voorkeuraanbieder bij het indienen van de aanvraag voor een RM of ZM al de inschatting maakt dat er geen zicht is op plaatsing binnen de ten uitvoering-leggingstermijn van de machtiging als die wordt afgegeven.</p> <p>Is tijdige opname na afgifte RM/ZM geborgd, dan wordt deze classificatie niet gebruikt omdat er geen bemiddelingsvraag voor het zorgkantoor ligt. Kies dan een passende wachtstatus/ classificatie tijdens de wachtperiode die voldoende urgentie heeft zoals Actief plaatsen/ Dreigende crisis thuis.</p>	<p>o-6 weken (vanaf de datum dat de aanvraag is ingediend)</p>
6. Doorstroom GRZ	<p>Cliënt verblijft op een plaats voor Geriatrische revalidatiezorg/ GRZ (Zvw) of Herstelgerichte behandeling (Wlz) maar is uitbehandeld.</p> <p>Op basis van de Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat de huidige behandelplaats zo spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een andere cliënt.</p>	<p>Deze classificatie wordt gebruikt als er geen medische noodzaak meer is voor verblijf op een plaats voor Geriatrische revalidatiezorg of plaats voor Herstelgerichte behandeling. Er is een actuele Wlz-indicatie aanwezig en de cliënt kan (nog) niet direct doorstromen naar passende Wlz-zorg (zie 8 Doorstroom Ziekenhuis).</p>	<p>o-4 weken</p>

Classificaties Urgent plaatsen	Beschrijving Urgent plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Urgent plaatsen	Streefnorm Urgent plaatsen
7. Doorstroom ELV	<p>Cliënt verblijft op een plaats voor Eerstelijns-verblijf/ELV (Zvw) of Kortdurend Verblijf (Wlz) maar de noodzaak hiervoor is niet meer aanwezig.</p> <p>Op basis van een actuele Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat de ELV of Kortdurend Verblijf plaats zo spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een andere cliënt.</p>	<p>Deze classificatie wordt gebruikt als er geen (medische) noodzaak meer is voor verblijf op een ELV of Kortdurend Verblijf plaats. Er is een actuele Wlz-indicatie aanwezig. De cliënt kan nog niet direct doorstromen naar passende Wlz-zorg (zie 8 Doorstroom Ziekenhuis)</p>	0-4 weken
8. Doorstroom Ziekenhuis	<p>Cliënt verblijft in het ziekenhuis maar er is geen medische specialistische behandeling meer nodig. Er is sprake van verkeerde bed problematiek vanaf het moment dat de cliënt is uitbehandeld.</p> <p>Op basis van een actuele Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat het ziekenhuisbed zo spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een andere cliënt.</p>	<p>Deze classificatie wordt gebruikt vanaf het moment dat een cliënt is uitbehandeld, er geen medische noodzaak meer is voor ziekenhuisopname én er een actuele Wlz-indicatie is.</p> <p>De cliënt kan nog niet direct doorstromen omdat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•De cliënt voor de ziekenhuisopname geen gebruik maakte van verblijfszorg en niet (direct) kan terugkeren naar de thuissituatie. Er is geen passende Wlz-zorg beschikbaar. Of</li> <li>•De zorgvraag zo is veranderd dat terugkeer naar de verblijfsinstelling of geclusterde woonvoorziening niet kan. Of</li> <li>•In de thuissituatie de zorg nog niet goed geregeld is.</li> </ul>	0-4 weken
9. Doorstroom Klinische GGZ	<p>Cliënt verblijft in een klinische GGZ-behandelinstelling maar hiervoor is geen medische noodzaak. Er is sprake van verkeerde bed problematiek vanaf het moment dat de cliënt is uitbehandeld.</p> <p>Op basis van een actuele Wlz-indicatie moet de cliënt doorstromen naar reguliere Wlz-zorg zodat de klinische GGZ-behandelplaats zo</p>	<p>Deze classificatie wordt gebruikt als er geen medische noodzaak meer is voor verblijf in de behandelinstelling/kliniek. Er is een actuele Wlz-indicatie aanwezig maar de cliënt kan niet uitstromen naar passende Wlz-zorg omdat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•De cliënt voor de klinische opname geen gebruik maakte van verblijfszorg en niet (direct) kan terugkeren naar de thuissituatie. Er is nog geen passende Wlz-zorg/ begeleiding beschikbaar. Of</li> </ul>	0-4 weken

Classificaties	Beschrijving Urgent plaatsen	Toegangskaders/ Criteria	Streefnorm
Urgent plaatsen	<p>spoedig mogelijk beschikbaar komt voor een andere cliënt.</p> <p>Het gaat in deze situaties niet om mensen die in een GGZ-behandelkliniek verblijven en doorstromen van Zvw- naar Wlz- gefinancierde zorg in dezelfde behandelkliniek (na 3 jaar financiering Zvw). Doorstroom van Zvw naar Wlz- gefinancierde zorg in een GGZ-behandelinstelling gebeurt in deze situaties op basis van een CIZ-indicatie voor een GGZB-zorgprofiel.</p>	<p>•De zorgvraag van de cliënt zo is veranderd dat terugkeer naar de verblijfinstelling of geclusterde woonvoorziening waar de cliënt eerder woonde niet kan.</p> <p>Op die locatie is geen passende zorg of begeleiding beschikbaar en/ of is de veiligheid voor de cliënt, andere bewoners of omgeving niet geborgd. Er is nog geen alternatieve woonvoorziening beschikbaar.</p>	Urgent plaatsen

Tabel 1 Beschrijving wachtstatus Urgent plaatsen

## 2.5.6.2 Rollen wachtstatus Urgent plaatsen

Classificaties Urgent plaatsen	Rol Zorgkantoor Urgent plaatsen	Rol Zorgaanbieder Urgent plaatsen	Verwachtingen cliënt Urgent plaatsen
<p>Classificaties staan op volgorde van prioriteit.</p>	<p>Het zorgkantoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• heeft een proactieve rol en biedt (on)gevraagd ondersteuning bij een melding of ontvangen wachtstatus/classificatie.</li> <li>• neemt geen taken van de zorgaanbieder over als dat geen toegevoegde waarde heeft. En maakt met de (voorkeur)aanbieder afspraken over monitoring en opvolging van de cliëntsituatie(s). Dit kan per cliënt(groep) anders worden ingevuld.</li> <li>• bespreekt (tijdig) alternatieve mogelijkheden en vervolgstappen met betrokken partijen.</li> <li>• bewaakt dat binnen de streefnorm een adequate oplossing wordt geregeld voor de cliënt. Vanwege de urgentie wordt er geen verschil gemaakt tussen cliënten met of zonder overbruggingszorg.</li> </ul>	<p>De (voorkeur)aanbieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• levert zo snel mogelijk de juiste wachtstatus/classificatie aan als er al een zorgtoewijzing aanwezig is voor de cliënt. Of doet dit zo snel mogelijk na ontvangst van een zorgtoewijzing (als die nog moet worden overgedragen door een andere aanbieder of de indicatieaanvraag nog in behandeling is bij het CIZ).</li> <li>• neemt initiatief en vraagt actief om ondersteuning door het zorgkantoor als dat nodig is, dat kan ook vóórdat een zorgtoewijzing is ontvangen. Er wordt een duidelijk rolverdeling afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.</li> <li>• maakt met het zorgkantoor afspraken maakt over monitoring en opvolging van een cliëntsituatie. Dit kan per cliënt(groep) anders worden ingevuld.</li> </ul>	<p>De cliënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mag, door de (onverantwoorde) situatie verwachten dat er zo snel mogelijk een passende oplossing komt, bij voorkeur van de voorkeuraanbieder (betrokken partijen spannen zich daarvoor in).</li> <li>• houdt er rekening mee dat zorg van de voorkeuraanbieder niet (direct) haalbaar is. In overleg met de cliënt wordt de zorg dan (tijdelijk) door een andere aanbieder geregeld. De cliënt blijft gelijktijdig bij zijn voorkeuraanbieder op de wachtlijst staan en wordt zo snel mogelijk overgeplaatst als dat nog de wens van de cliënt of het (eigen) netwerk.</li> </ul>
<p>1. Geen Crisisbed beschikbaar</p>	<p>Het zorgkantoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neemt binnen 2 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie contact op met de regionale crisisregisseur, crisiszorgaanbieder of voorkeuraanbieder, (VV/GZ) als de cliënt nog wacht op een oplossing om te overleggen over de status is van de cliënt. De crisisbeoordeling en plaatsing GGZ loopt via de Zvw.</li> <li>• kan aanvullende informatie opvragen als er extra overbruggingszorg of nachtzorg/ toezicht wordt geleverd omdat er geen crisisplaats beschikbaar is.</li> </ul>	<p>De zorgaanbieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vraagt voor de cliënt zo snel mogelijk een Wlz-indicatie aan bij het CIZ als die nog niet is afgegeven én de inschatting is dat iemand recht heeft op Wlz-zorg.</li> <li>• geeft binnen 5 werkdagen (na ontvangst van de zorgtoewijzing) de status door aan het zorgkantoor.</li> <li>• neemt, in de situatie dat er geen crisisplaats beschikbaar is, binnen 2 werkdagen na het ontstaan van een crisissituatie contact op met het zorgkantoor. Verdere frequentie van afstemming tussen de (crisis)zorgaanbieder of crisisregisseur en het zorgkantoor is afhankelijk van de cliëntsituatie.</li> </ul>	<p>Zie algemene definitie Rollen (groene regel).</p>

Classificaties Urgent plaatsen	Rol Zorgkantoor Urgent plaatsen	Rol Zorgaanbieder Urgent plaatsen	Verwachtingen cliënt Urgent plaatsen
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• VV/GZ: regelt (met de CZT of DH) zo snel mogelijk de noodzakelijke overbruggingszorg tot crisisopname. In de GZ wordt hierbij ook de crisisregisseur betrokken (zie paragraaf 5.5 en 5.5.3).</li> </ul>	
2. PTZ 2a. Instroom 2b. Doorstroom	<p>2a. Instroom PTZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 2 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact opgenomen met de (voorkeur)aanbieder om af te stemmen wat de situatie van de cliënt is (instroom of doorstroom). En bij een terminale cliënt wat er nodig is/ welke hulp er nodig is om de PTZ goed te regelen.</li> <li>• Het zorgkantoor bewaakt actief dat de benodigde PTZ snel wordt geregeld en ingezet.</li> <li>• Het zorgkantoor kan om extra informatie vragen als er extra (overbruggings)zorg, nachtzorg of toezicht wordt geleverd.</li> </ul> <p>2b. Doorstroom PTZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 2 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact opgenomen met de (voorkeur)aanbieder om af te stemmen wat de situatie van</li> </ul>	<p>2a. Instroom PTZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 2 werkdagen na ontvangst van een PTZ-aanvraag maakt de zorgaanbieder een inschatting of deze verantwoord (thuis) kan worden ingezet.</li> <li>• Kan de noodzakelijke PTZ binnen de streefnorm worden ingezet, dan hoeft de aanbieder voor deze cliënt niet eerst een wachtstatus/classificatie PTZ aan te leveren (hiervoor is geen afstemming met het zorgkantoor nodig). Wel wordt binnen 5 werkdagen (na ontvangst van de zorgtoewijzing) een Melding aanvang zorg aangeleverd (leveringsstatus In zorg).</li> <li>• Kan de zorgaanbieder de noodzakelijke PTZ niet binnen de streefnorm regelen? Dan neemt deze binnen 2 werkdagen na ontvangst van de PTZ-aanvraag contact op met het zorgkantoor om samen een passende oplossing voor de cliënt te regelen. En stuurt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 5 werkdagen (na ontvangst van de zorgtoewijzing) een Mutatiebericht naar het zorgkantoor om de wachtstatus/classificatie door te geven als dat nog nodig is.</li> </ul> <p>2b. Doorstroom PTZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vervalt de terminale status van een cliënt én is er een passende Wlz-indicatie aanwezig of de loopt de aanvraag hiervoor bij het CIZ? Dan zoekt de huidige PTZ-aanbieder (alvast) samen met de cliënt een</li> </ul>	<p>2a. Instroom PTZ</p> <p>Bij een cliënt in de terminale levensfase wordt zo snel mogelijk contact opgenomen met de cliënt of contactpersoon om de cliëntsituatie te bespreken. En wat passende oplossing kan zijn: thuis, in een hospice-voorziening of intramuraal. Is thuis blijven geen optie, dan wordt er alles aan gedaan om de cliënt te plaatsen bij (een van) de voorkeuraanbieder(s) of het best passende alternatief.</p> <p>2b. Doorstroom PTZ</p> <p>Een cliënt mag verwachten dat er zo snel mogelijk een reguliere of tijdelijke Wlz-plaats wordt geregeld die past bij de gewijzigde situatie en zorgvraag. Het kan zijn dat</p>

Classificaties	Rol Zorgkantoor	Rol Zorgaanbieder	Verwachtingen cliënt
Urgent plaatsen	<p>Urgent plaatsen</p> <p>de cliënt is (instroom of doorstroom). Dat gebeurt alleen als daarvoor nog geen onderlinge afstemming is geweest.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het zorgkantoor helpt de voorkeuraanbieder met zoeken naar een (tijdelijke) plaats als deze verwacht binnen 4 weken geen passende plaats beschikbaar te hebben (én dit ook niet lukt bij een andere aanbieder in de (sub)regio).</li> <li>• Het zorgkantoor registreert in het eigen systeem bij de cliënt dat de wachtstatus/classificatie betrekking heeft op doorstroom naar reguliere Wlz-zorg.</li> </ul>	<p>Urgent plaatsen</p> <p>geschikte voorkeuraanbieder. En vraagt daarvoor een zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan de voorkeuraanbieder, binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing, de cliënt plaatsen (in zorg nemen)? Dan wordt voor deze periode niet eerst een wachtstatus/classificatie PTZ aangeleverd. Er ligt geen hulpvraag voor het zorgkantoor.</li> <li>• Lukt het de voorkeuraanbieder niet om binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing een reguliere of tijdelijke oplossing te regelen? Dan wordt zo snel mogelijk afstemming gezocht met het zorgkantoor om de situatie door te spreken. (Dat kan eventueel ook in een wekelijks overleg.) daarnaast wordt binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing een Mutatiebericht aangeleverd met de status Urgent plaatsen/ PTZ.</li> </ul>	<p>Urgent plaatsen</p> <p>plaatsing bij de voorkeuraanbieder niet direct mogelijk is, dit gebeurt dan zo snel mogelijk daarna.</p>
3. RM/ WZD Art. 28a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het zorgkantoor wijst de cliënt binnen 10 werkdagen na ontvangst van de strafrechterlijke machtiging (via de rechtbank/OM) een passende zorgaanbieder toe. Het zorgkantoor zoekt, voor overdracht van de cliënt, eerst afstemming met deze zorgaanbieder. Zijn de indicatiegegevens al aanwezig dan maakt het zorgkantoor ook direct een zorgtoewijzing aan.</li> <li>• Beschikt het zorgkantoor nog niet over de indicatiegegevens voor de cliënt bij aanmelding via de rechtbank/OM? Dan neemt het zorgkantoor contact op met het CIZ. Daarnaast start het zorgkantoor alvast de zorgbemiddeling op voor de cliënt.</li> <li>• Het zorgkantoor stemt af met de IGJ als de zorgaanbieder de cliënt niet binnen de afgesproken termijn kan plaatsen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De zorgaanbieder is volgens de WZD verplicht om een toegewezen cliënt met een strafrechterlijke machtiging RM/ Wzd art. 28a binnen 7 dagen op te nemen.</li> <li>• Lukt het niet om de cliënt binnen 7 dagen een passende plaats te bieden, dan neemt de zorgaanbieder zo snel mogelijk (&lt; 2 werkdagen) contact op met het zorgkantoor omdat de strafrechterlijke machtiging maximaal 4 weken geldig is.</li> <li>• Binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing wordt een Mutatiebericht of MAZ verstuurd naar het zorgkantoor om de status door te geven.</li> </ul>	<p>Beschikt een cliënt over een RM/ WZD art. 28a, dan wordt gezocht naar een aanbieder die een geschikte plek heeft en die voldoet aan het noodzakelijke beveiligingsniveau. De cliënt wordt daar zo snel mogelijk opgenomen.</p> <p>Het zorgkantoor wijst deze aanbieder zo nodig aan. Deze plekken zijn schaars daarom heeft deze beschrijving geen cliëntverwachting in zich.</p>

Classificaties Urgent plaatsen	Rol Zorgkantoor Urgent plaatsen	Rol Zorgaanbieder Urgent plaatsen	Verwachtingen cliënt Urgent plaatsen
4. Doorstroom Crisisbed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VV: Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact opgenomen met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen contact heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.</li> <li>• GZ: Binnen 20 werkdagen na ontvangst van deze status wordt contact opgenomen met de crisisregisseur of crisiszorgaanbieder als er tot die tijd nog geen contact heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.</li> <li>• GGZ: Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status wordt, als de status ongewijzigd is, contact opgenomen met de voorkeuraanbieder om de doorstroom vanuit een Zvw-crisisbed zo snel mogelijk te regelen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De status wordt binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing doorgegeven aan het zorgkantoor via een Mutatiebericht of MAZ.</li> <li>• Was er al een CZT of DH bekend? Dan blijft die tijdens de crisisopname verantwoordelijk voor de cliënt en voor het tijdig regelen van terugkeer naar de oorspronkelijke (thuis)situatie of intramurale doorplaatsing.</li> <li>• Is de cliëntsituatie gestabiliseerd of een juiste diagnose gesteld? Is een crisisbed niet meer de juiste oplossing, maar kan de cliënt niet binnen de streefnorm doorstromen? Dan zoekt de CZT, DH of crisisregisseur binnen 2 werkdagen na het ontstaan van deze situatie contact met het zorgkantoor.</li> </ul>	Zie algemene definitie Rollen
5. RM/ZM 5a. Afgegeven RM/ZM 5b. Ingediende aanvraag RM/ZM	<p>5a. Afgegeven RM of ZM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Als er nog geen onderling contact is geweest, neemt het zorgkantoor binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status/ classificatie contact op met de (voorkeur)aanbieder over de cliëntsituatie (ingediende of afgegeven RM/ZM).</li> <li>• Het zorgkantoor kan om extra informatie vragen bij inzet van (ondoelmatige) overbruggingszorg.</li> <li>• Het zorgkantoor registreert in het eigen systeem bij de cliënt dat de wachtstatus/ classificatie betrekking heeft op ingediende of afgegeven RM/ZM.</li> </ul> <p>5b. Ingediende aanvraag RM/ZM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zie 5a</li> </ul>	<p>5a. Afgegeven RM</p> <p>Omdat de optie voor verlenging van een RM/ZM ontbreekt (opnieuw aanvragen RM/ZM):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij een plaatsingsprobleem neemt de DH contact op met het zorgkantoor. Dit gebeurt binnen 5 werkdagen na afgifte datum van een RM/ ZM. Dat is uiterlijk 3 weken voor het verstrijken van de RM/ ZM, zodat er tijd is voor het realiseren van een (tijdelijke) oplossing. Het zorgkantoor ontvangt géén informatie over de aanwezigheid van een RM/ ZM als dat niet direct bij de indicatiestelling bekend is en kan daardoor niet tijdig anticiperen.</li> </ul> <p>5b. Ingediende aanvraag RM</p> <p>Omdat de optie voor verlenging van een RM/ZM ontbreekt (opnieuw aanvragen RM/ZM):</p>	<p>De situatie van de cliënt is urgent. Het is noodzakelijk dat de cliënt vóór de vervaldatum van de RM (binnen 4 weken na afgifte van de RM) is opgenomen of is doorgeplaatst is.</p> <p>Partijen spannen zich in om de cliënt binnen deze termijn te plaatsen bij (een van) zijn voorkeuraanbieder(s), maar zekerheid van plaatsing op een geschikte plek gaat voor.</p>



Classificaties	Rol Zorgkantoor	Rol Zorgaanbieder	Verwachtingen cliënt
Urgent plaatsen	Urgent plaatsen	Urgent plaatsen	Urgent plaatsen
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De DH neemt uiterlijk 3 weken vóór het verstrijken van de RM/ ZM contact op met het zorgkantoor, als bij de aanvraag al duidelijk is dat tijdige plaatsing (na afgifte RM/ZM) niet gaat lukken. Zo is er meer tijd om voor het realiseren van een (tijdelijke) oplossing.</li> </ul>	
6. Doorstroom GRZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afhankelijk van de ervaring met de voorkeuraanbieder wordt óf binnen 10 werkdagen óf uiterlijk 1 week voor het verstrijken van de streefnorm contact gezocht met deze aanbieder bij een ongewijzigde status. Én als er over de cliëntsituatie nog niet onderling is afgestemd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder neemt binnen 2 werkdagen na ontvangst van een zorgtoewijzing óf aanmelding door de contactpersoon GRZ, ELV of transfer-verpleegkundige van het ZH contact op met de afdeling. De zorgprofessionals bespreken de cliëntsituatie en mogelijkheden voor zorglevering. Het zorgkantoor wordt tijdig ingeschakeld als duidelijk is dat plaatsing binnen de streefnorm niet gaat lukken.</li> <li>• De contactpersoon van de GRZ of ELV - afdeling óf het transferpunt van het ziekenhuis kan ook direct schakelen met het zorgkantoor voor ondersteuning bij doorstroomproblematiek.</li> </ul>	Zie algemene definitie Rollen
7. Doorstroom ELV			
8. Doorstroom ZH			
9. Doorstroom Klinische GGZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afhankelijk van de ervaring met de zorgaanbieder wordt óf binnen 10 werkdagen óf uiterlijk 1 week voor het verstrijken van de streefnorm contact gezocht met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaats gevonden en de status ongewijzigd is.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder neemt binnen 2 werkdagen na ontvangst van een zorgtoewijzing of aanmelding door de coördinerend begeleider van de GGZ-kliniek contact op met de afdeling. De zorgprofessionals bespreken de cliëntsituatie en mogelijkheden voor zorglevering. Het zorgkantoor wordt tijdig ingeschakeld als duidelijk is dat plaatsing binnen de streefnorm niet gaat lukken.</li> <li>• De coördinerend begeleider van de GGZ-behandelkliniek kan eventueel ook direct schakelen met het zorgkantoor voor ondersteuning bij doorstroomproblematiek.</li> </ul>	Vanwege het belang van een passende omgeving voor de cliënt (herstel) en de problematiek/ beïnvloeding van andere cliënten in een GGZ-Behandelkliniek, ontvangt een cliënt zo snel mogelijk passende Wlz-zorg. Zie verder algemene definitie rollen.

Tabel 2 Rollen wachtstatus Urgent plaatsen

## 2.5.7 Wachtstatus Actief plaatsen: beschrijving en rollen

### 2.5.7.1 Beschrijving wachtstatus Actief plaatsen

Classificatie Actief plaatsen	Beschrijving Actief plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Actief plaatsen	Streefnorm Actief plaatsen
Classificaties staan op volgorde van prioriteit.	<p>Deze status wordt gebruikt als bij een ongewijzigde zorginzet, een thuissituatie op korte termijn niet houdbaar blijft. Door tijdelijk extra (ondoelmatige) zorg thuis in te zetten, kan de cliëntsituatie thuis worden gestabiliseerd en een dreigende crisissituatie afgewend waardoor opname wordt voorkomen. Óf</p> <p>Inzet van DTV, (geclusterd) VPT of (andere) verblijfszorg is nodig, maar kan nog tijdelijk worden uitgesteld. Bijvoorbeeld door inzet van extra (ondoelmatige) overbruggingszorg. Dit creëert ruimte om binnen de maximale streefnorm beter aansluiting te vinden bij de voorkeur(en) van de cliënt of naasten.</p> <p>Door ontwikkelingen in een cliëntsituatie of het verlopen van de streefnorm in combinatie met de urgentie van de zorgvraag, kan er minder rekening worden gehouden met de voorkeur(en) van de cliënt of naasten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdelijke inzet van extra zorg voorkomt een onveilige, onverantwoorde situatie voor de cliënt of directe omgeving. Óf</li> <li>• Door een langere streefnorm te hanteren (maximaal 6 maanden) dan de huidige Treeknorm (maximaal 13 weken), is er meer tijd om een oplossing te zoeken die past bij de voorkeur(en) van een cliënt of naasten. Dit kan onnodige verhuisbewegingen voorkomen en mogelijke impact voor cliënt en naasten beperken (bijvoorbeeld door bereisbare afstand of kunnen doorgaan met mantelzorgactiviteiten). Voorwaarde voor deze ruimere streefnorm is wel dat de zorg tijdens de wachtperiode verantwoord kan worden geleverd.</li> </ul>	<p>Maximale streefnorm: 6 maanden.</p> <p>Per classificatie is de streefnorm verder uitgewerkt.</p>
1. Dreigende crisis thuis	<p>Een dreigende crisis (thuis) onderscheidt zich van een acute crisis door de geleidelijke wijziging of achteruitgang in een cliëntsituatie of omstandigheden/ context.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is tijdelijk extra zorg thuis nodig om een dreigende crisis af te wenden en de thuissituatie te stabiliseren zodat de cliënt thuis (voorlopig) kan blijven wonen. Óf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is sprake van een (toenemend) risico op een gevaarscriterium. Er is nog geen sprake van een crisissituatie, maar er is spoed bij het vinden van een passende oplossing. Bijvoorbeeld omdat overbelasting dreigt bij de mantelzorg thuis.</li> <li>• De thuissituatie kan worden gestabiliseerd waarbij de mantelzorg ook afdoende wordt ontlast. Dit kan door tijdelijke</li> </ul>	<p>V&amp;V: 0-6 weken GZ: 0-13 weken GGZ: 0-6 weken</p>

Classificatie Actief plaatsen	Beschrijving Actief plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Actief plaatsen	Streefnorm Actief plaatsen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>De zorg thuis is voor langere duur niet verantwoord en doelmatig in te regelen, daarom is er noodzaak voor een vorm van geclusterde zorg of verblijfszorg. De cliënt kan nog wel tijdelijk thuis blijven wonen omdat dit verantwoord te organiseren is door inzet van extra (ondoelmatige) overbruggingszorg, mantelzorg of vrijwilligerszorg.</li> </ul>	<p>inzet van extra zorg of ondersteuning (als dat noodzakelijk is mag eventueel nachtzorg of toezicht worden ingezet). Of</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De overbelaste thuissituatie is op termijn niet te compenseren. Door op korte termijn een vorm van geclusterde zorg of opname te realiseren (binnen 6 weken VV/GGZ of 13 weken GZ) kan een crisissituatie worden voorkomen. Of.</li> <li>Er is sprake van een indicatie voor een SGLVG of LVG-zorgprofiel. Voor deze cliëntsituaties geldt dat het noodzakelijk behandeltraject op korte termijn (binnen 6 tot 13 weken) moet worden opgestart in een behandelinstelling.</li> </ul>	
2. Niet passende zorg(aanbieder)	<ul style="list-style-type: none"> <li>De zorgaanbieder die nu de (verblijfs)zorg levert aan de cliënt, kan geen passende zorg meer leveren door een gewijzigde cliëntsituatie. Of</li> <li>Door een (gewijzigde) cliëntsituatie kan de veiligheid of het gevoel van veiligheid voor andere bewoners of de omgeving niet goed geborgd worden. Er is geen sprake van een acute dreiging voor de cliënt of zijn omgeving.</li> <li>Om kwaliteit van zorg of de veiligheid van andere bewoners of de omgeving te borgen, is overplaatsing naar een andere zorgaanbieder noodzakelijk. De huidige zorgaanbieder mag de zorg in deze cliëntsituaties niet eenzijdig beëindigen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Van de huidige zorgaanbieder kan niet verwacht worden dat die in staat is om passende (verblijfs)zorg te leveren bij de gewijzigde cliëntsituatie. De aanbieder motiveert dat via extra scholing van personeel, aanpassing van de leefomgeving van de cliënt of tijdelijke extra ondersteuning via experts bijvoorbeeld inzet van CCE, de ontstane situatie niet structureel is op te lossen.</li> <li>Deze status/ classificatie is ook van toepassing voor iemand die in een ADL-cluster verblijft waarbij is vastgesteld dat er, gezien de zorgvraag, een Wlz-recht ligt. De subsidieregeling ADL beschrijft dat iemand dan nog een redelijke termijn in een ADL-voorziening kan blijven wonen en gebruik kan maken van de ADL-assistentie.</li> </ul>	<p>VV: 0-6 weken GZ: 0-13 weken GGZ: 0-13 weken</p>
3. Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar	<p>Door een gewijzigde zorgvraag is een andere vorm van zorg of ondersteuning nodig. De cliënt of naaste(n) heeft, gezien de situatie, geen bezwaar tegen tijdelijke zorg of opname van een andere aanbieder dan de voorkeuraanbieder.</p>	<p>Door de noodzaak om binnen 6 maanden andere zorg of ondersteuning te realiseren, is de cliënt bereid deze tijdelijk van een andere zorgaanbieder te ontvangen. Dat geldt voor inzet voor zorg thuis, een vorm van geclusterde zorg of verblijfszorg.</p>	<p>0-6 maanden</p>

Classificatie Actief plaatsen	Beschrijving Actief plaatsen	Toegangskaders/ Criteria Actief plaatsen	Streefnorm Actief plaatsen
		In de situatie dat een cliënt tijdelijk een plaats heeft geaccepteerd bij een andere aanbieder om de wachtperiode te overbruggen, krijgt hij bij zijn voorkeuraanbieder (voorkeurlocatie) opnieuw de wachtstatus Actief plaatsen met de classificatie Voorkeuraanbieder leidend. De wachtstatus wordt niet omgezet naar Wacht op voorkeur omdat de tijdelijke oplossing noodgedwongen is geaccepteerd. Bij gelijke cliënten met deze status, krijgen deze cliënten voorrang bij plaatsing.	
4. Voorkeur-aanbieder/ cliëntwens leidend	<p>4a. Cliënt woont nog thuis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De cliënt wil, ondanks de urgentie van de zorgvraag, binnen de streefnorm zo lang mogelijk wachten op de voorkeuraanbieder. Of</li> </ul>	<p>4a. Cliënt woont nog thuis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ondanks de noodzaak voor gewijzigde zorginzet binnen 6 maanden houdt de cliënt zo lang mogelijk vast aan de voorkeuraanbieder (voorkeurlocatie). Overbruggingszorg thuis is (on)doelmatig maar verantwoord te organiseren. Eventueel door tijdelijk inzet van extra, directe zorg. Of.</li> </ul>	o-6 maanden
	<p>4b. Tijdelijk andere aanbieder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Een cliënt heeft door de urgentie van de zorgvraag noodgedwongen een ander aanbod geaccepteerd omdat de voorkeuraanbieder niet tijdig een oplossing kan bieden. Met de cliënt is afgesproken dat dit een tijdelijke situatie is, om de wachtperiode bij de voorkeuraanbieder te overbruggen. Voor doorstroom naar de voorkeuraanbieder wordt de cliënt opnieuw op de wachtlijst geplaatst met de status Actief plaatsen/ Voorkeuraanbieder leidend. (Tenzij de cliënt de zorg alsnog van deze tijdelijke aanbieder wil houden).</li> </ul>	<p>4b. Tijdelijk andere aanbieder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cliënt verblijft noodgedwongen bij een andere aanbieder (niet 1e voorkeur) en wordt zo snel mogelijk doorgeplaatst naar de voorkeuraanbieder. De cliënt had hiervoor de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen met andere classificatie.</li> <li>Cliënt wordt niet meer benaderd om tijdelijk een ander aanbod te accepteren. Wel wordt getoetst of de cliëntwens voor zijn voorkeuraanbieder ongewijzigd is/blijft.</li> </ul>	o-6 maanden

Tabel 3 Beschrijving wachtstatus Actief plaatsen

## 2.5.7.2 Rollen wachtstatus Actief plaatsen

Classificatie Actief plaatsen	Rol Zorgkantoor Actief plaatsen	Rol Zorgaanbieder Actief plaatsen	Verwachtingen cliënt Actief plaatsen
<p>Prioriteit in classificaties. Classificaties staan op volgorde van prioriteit.</p>	<p>Het zorgkantoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• heeft een proactieve rol en biedt (on)gevraagd ondersteuning bij een melding of ontvangen wachtstatus/classificatie.</li> <li>• bewaakt dat er binnen de streefnorm een adequate oplossing wordt geregeld.</li> <li>• bespreekt alternatieve mogelijkheden en eventuele vervolgstappen tijdig met betrokken partijen en de cliënt besproken.</li> <li>• neemt geen taken van de zorgaanbieder over als dat geen toegevoegde waarde heeft.</li> </ul>	<p>De voorkeuraanbieder levert bij een bekende cliënt binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing een Mutatiebericht aan bij het zorgkantoor om de status met classificatie door te geven. Bij een nieuwe cliënt (1e zorgtoewijzing voor een bepaalde agb-code, ongeacht 1<sup>e</sup> indicatie of herindicatie) heeft een DH/CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen de tijd omdat eerst met de cliënt besproken moet worden wat zijn situaties is en zijn zorgbehoefte/wens(en). De classificatie bij de wachtstatus wordt daarop afgestemd.</p>	<p>De cliënt en naasten mogen verwachten dat er zo lang mogelijk rekening wordt gehouden met een wens(en). Naarmate de noodzaak tot een adequate oplossing voor de cliëntsituatie toeneemt en/ of de streefnorm verstrijkt, bestaat de kans dat de cliënt niet direct bij de voorkeuraanbieder terecht kan en (tijdelijk) een zorgaanbod van een andere zorgaanbieder moet accepteren. Als de cliënt dat wil blijft hij/ zij op de wachtlijst staan van zijn voorkeuraanbieder voor een zo spoedig mogelijke overplaatsing.</p>
	<p>De rol van het zorgkantoor kan anders ingevuld worden bij cliëntsituaties zonder zorg en cliëntsituaties met enige vorm van zorg. Als er (ondoelmatige) overbruggingszorg wordt geleverd of toezicht kan het zorgkantoor om extra informatie vragen.</p> <p>Voor alle situaties geldt verder dat het zorgkantoor met de voorkeuraanbieder afspraken maakt over monitoring en opvolging van de cliëntsituatie. Dit kan per cliënt(groep) anders worden ingevuld.</p>	<p>De voorkeuraanbieder neemt het initiatief en vraagt actief om ondersteuning door het zorgkantoor als dat nodig is, dat kan ook voordat een zorgtoewijzing is ontvangen.</p> <p>Er wordt een duidelijk rolverdeling afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.</p> <p>Voor alle situaties geldt verder dat de zorgaanbieder met het zorgkantoor afspraken maakt over monitoring en opvolging van de cliëntsituatie. Dit kan per cliënt(groep) anders worden ingevuld.</p>	<p>De cliënt heeft de mogelijkheid om een aanbod van de voorkeuraanbieder om zwaarwegende redenen te weigeren, ook als het aanbod in overeenstemming met zijn wens is. Weigering om andere redenen is maar zeer beperkt mogelijk en niet gewenst als er sprake is van inzet van ondoelmatige overbruggingszorg of er binnen 6 maanden geen nieuw aanbod verwacht wordt van de voorkeuraanbieder. In de laatste situatie kan in overleg met de cliënt de status of inzet van ondoelmatige overbruggingszorg worden aangepast.</p>
<p>1. Dreigende crisis (thuis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze status/classificatie wordt contact gezocht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is langdurig thuis wonen een passende, verantwoorde oplossing voor de cliëntsituatie? Dan doet de dossierhouder</li> </ul>	<p>De cliënt mag verwachten dat partijen zich inspannen en zoveel mogelijk rekening houden</p>

Classificatie Actief plaatsen	Rol Zorgkantoor Actief plaatsen	Rol Zorgaanbieder Actief plaatsen	Verwachtingen cliënt Actief plaatsen
	<p>met de voorkeuraanbieder als er tot die tijd nog geen onderlinge afstemming heeft plaatsgevonden.</p>	<p>(DH) of coördinator zorg thuis (CZT) er alles aan om tijdig preventief in te grijpen óf om de thuissituatie te stabiliseren/ de-escaleren als dat nodig is. Dat kan door (tijdelijke) inzet van extra zorg, ondersteuning of toezicht thuis. Of eventueel door een expertise team in te schakelen (bijvoorbeeld een COT of FACT, na overleg met crisisregisseur).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De CZT vraagt tijdig een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan bij het zorgkantoor voor de extra zorg, ondersteuning of toezicht. Zo nodig schakelt de CZT hiervoor een andere aanbieder in. Als dat niet lukt wordt het zorgkantoor ingeschakeld om te helpen bij het zoeken naar een passende oplossing. Ligt de oplossing in de thuissituatie en levert de CZT zelf al zorg? Dan blijft de status Inzorg. Of</li> <li>• Is langdurig thuis wonen geen optie meer? Dan stemt de CZT hierover tijdig af met de DH. De DH gaat actief op zoek naar een plaats voor de cliënt. Het liefst binnen de eigen organisatie (aansluitend bij de voorkeur van de cliënt), maar eventueel ook buiten de organisatie als een oplossing op korte termijn niet gerealiseerd kan worden. Dit gebeurt in overleg met de cliënt. Zo nodig wordt het zorgkantoor ingeschakeld om te helpen bij het zoeken naar een passende oplossing.</li> <li>• De DH levert zo spoedig mogelijk een gewijzigde status Actief plaatsen of classificatie Dreigende crisis thuis aan om de cliëntsituatie bij het zorgkantoor in beeld te brengen.</li> <li>• De DH en CZT monitoren dat de situatie van de cliënt niet verslechtert en beoordelen continue welke zorg ingezet moet</li> </ul>	<p>met zijn wensen. Naarmate de noodzaak voor een adequate oplossing toeneemt, de streefnorm verstrikt én duidelijk is dat de voorkeuraanbieder binnen de gestelde termijn geen passend zorgaanbod kan doen, houdt de cliënt er rekening mee dat hij (tijdelijk) een zorgaanbod accepteert van een andere aanbieder. Gezien de situatie/ eventuele inzet van ondoelmatige overbruggingszorg (bij opname noodzaak), is het niet logisch dat een cliënt een passend zorgaanbod weigert. Tenzij de thuissituatie stabiliseert en inzet van ondoelmatige overbruggingszorg (toezicht) niet meer nodig is.</p>

Classificatie Actief plaatsen	Rol Zorgkantoor Actief plaatsen	Rol Zorgaanbieder Actief plaatsen	Verwachtingen cliënt Actief plaatsen
<p>2. Niet passende zorg (zorgaanbieder)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Binnen 5 werkdagen na ontvangst van de status/classificatie wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder om plaatsing binnen de norm door te spreken en samen naar een passende oplossing te kijken.</li> </ul>	<p>worden om de periode tot de opname voor de cliënt verantwoord te overbruggen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Als de huidige zorgaanbieder vaststelt dat er geen passende zorg meer geboden kan worden aan een cliënt (ook niet met bijvoorbeeld inzet van een expertise-team of scholing) dan gaat de DH/CZT actief op zoek naar een (tijdelijk) beter passende zorgaanbieder. Zo nodig wordt hierbij het zorgkantoor ingeschakeld.</li> <li>Woont een cliënt nog thuis en staat hij op een wachtlijst bij een DH voor opname? Is er geen sprake van een dreigende crisis thuis maar is een oplossing binnen 6 (V&amp;V) en 13 weken (GZ/GGZ) wel gewenst omdat thuis de zorg niet meer passend georganiseerd kan worden? Dan wijzigt de DH de status naar Actief Plaatsen met classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder).</li> <li>Krijgt iemand al (verblijfs-)zorg maar is er tijdelijk een andere oplossing nodig? En is de verwachting dat de cliënt daarna kan terugkeren naar de huidige aanbieder? Dan wijzigt de DH niet en blijft die verantwoordelijk voor de cliënt (dus óók tijdens de tijdelijke zorglevering door de andere aanbieder).</li> <li>Is er structureel een andere (intramurale) oplossing nodig dan gaat de rol van DH/ CZT pas over naar de nieuwe voorkeuraanbieder als die de zorg aan de cliënt ook feitelijk gaat leveren. Tot die tijd blijft de huidige DH/ CZT dus verantwoordelijk voor een cliënt.</li> </ul>	<p>De cliënt mag verwachten dat bij de doorplaatsing zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met zijn wensen. Naarmate de onveiligheid voor de cliënt zelf en/ of zijn omgeving bij de huidige zorgaanbieder toeneemt, zal dit de keuzevrijheid van de cliënt en/ of zijn omgeving (tijdelijk) beperken. Dat geldt ook voor de situatie dat de termijn van de streefnorm verstrijkt</p> <p>Als de veiligheid (kwaliteit van zorg) voor de cliënt en/ of zijn medebewoners of personeel in het geding is, is het niet logisch/ acceptabel dat een passend zorgaanbod wordt geweigerd.</p>

Classificatie Actief plaatsen	Rol Zorgkantoor Actief plaatsen	Rol Zorgaanbieder Actief plaatsen	Verwachtingen cliënt Actief plaatsen
		<ul style="list-style-type: none"> <li>De toekomstige zorgaanbieder en de huidige zorgaanbieder (DH/ CZT) stemmen onderling af over de prognose voor overname van de zorg.</li> </ul> <p>Als de nieuwe zorgaanbieder niet direct kan starten met de zorg stuurt hij zo snel mogelijk de status Actief Plaatsen met classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder) naar het zorgkantoor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dreigt de cliëntsituatie te escaleren, is de verwachting dat er binnen de streefnorm geen (tijdelijke) oplossing is geregeld? Dan neemt de huidige zorgaanbieder contact op met het zorgkantoor.</li> </ul>	
3. Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar	<p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Binnen 10 werkdagen na ontvangst van de status/classificatie wordt contact gezocht met de voorkeuraanbieder om te bespreken waarom er nog geen Wlz-zorg wordt ingezet of overbruggingszorg is aangevraagd.</li> </ul> <p>Met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Binnen 3 maanden na ontvangst van de status/classificatie wordt (nogmaals) contact gezocht met de voorkeuraanbieder om de haalbaarheid van plaatsing binnen de norm door te spreken. Het zorgkantoor checkt gelijktijdig of de aanbieder met de cliënt naar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als duidelijk is dat een cliënt niet meer (volledig) thuis kan wonen vraagt de CZT zo nodig een passende zorgtoewijzing aan (bijvoorbeeld voor verblijfszorg, VPT of DTV).</li> <li>Is wijziging van leveringsvorm binnen 6 maanden noodzakelijk? Dan levert de DH de status Actief Plaatsen aan. De DH bespreekt met de cliënt dat mogelijk tijdelijk een andere aanbieder de noodzakelijke zorg gaat leveren, als dit niet lukt door de voorkeuraanbieder binnen 6 maanden. Vindt de cliënt het geen probleem als een andere aanbieder die zorg al direct tijdelijk gaat leveren? Dan vult de DH de classificatie Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar.</li> <li>Dat geldt ook voor de situatie dat de cliënt wacht op zijn voorkeuraanbieder maar die niet binnen de streefnorm de gewenste zorg kan leveren. De voorkeuraanbieder zoekt dan in overleg met de cliënt tijdig een (tijdelijke) passende plaats binnen de eigen organisatie of elders in de (sub)regio.</li> </ul>	<p>De cliënt mag verwachten dat er zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met zijn wensen/ voorkeuraanbieder. Ook als de cliënt (direct) heeft aangegeven dat een tijdelijke plek bij een andere aanbieder bespreekbaar is.</p> <p>De cliënt kan een passend zorgaanbod om zwaarwegende redenen weigeren (afhankelijk van de situatie kan dat vaker dan 1 keer). Een cliënt mag een zorgaanbod ook weigeren omdat het aanbod niet in overeenstemming met zijn/ haar wens is én de verwachting is dat binnen de streefnorm nog een zorgaanbod gedaan kan worden (voor een tijdelijke zorgaanbieder) die hierop beter aansluit. Is dat vooruitzicht er niet dan is het niet logisch/ acceptabel dat bij de</p>



Classificatie Actief plaatsen	Rol Zorgkantoor Actief plaatsen	Rol Zorgaanbieder Actief plaatsen	Verwachtingen cliënt Actief plaatsen
	<p>een tijdelijke oplossing bij een andere aanbieder heeft gekeken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 3 maanden controleert het zorgkantoor bij de cliënt of de beschreven cliëntsituatie juist is en of het plaatsingsproces nog naar wens loopt.</li> </ul>	<p>De cliëntsituatie kan daarbij ingebracht worden in regionaal georganiseerde overlegtafels of hierover kan afstemming worden gezocht met het zorgkantoor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder schakelt actief met het zorgkantoor bij knelpunten of bij een ondersteuningsvraag. Dit gebeurt zo snel mogelijk als een knelpunt bekend is.</li> <li>• Zodra een cliënt via een tijdelijke zorgaanbieder zijn zorg krijgt, wijzigt de DH de classificatie weer naar Voorkeuraanbieder leidend bij (een ongewijzigde) wachtstatus Actief plaatsen.</li> </ul>	<p>status Actief plaatsen een aanbod geweigerd wordt.</p> <p>Gezien de status en eventuele inzet van ruime (ondoelmatige) overbruggingszorg is plaatsing binnen de streefnorm het uitgangspunt. Een weigering kan reden zijn om, in overleg met de cliënt, de status aan te passen.</p>
<p>4. Voorkeur-aanbieder/ cliëntwens leidend</p>	<p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 10 werkdagen na ontvangst van de status/classificatie zoekt het zorgkantoor contact met de voorkeuraanbieder om de cliëntsituatie te bespreken. En waarom er nog geen overbruggingszorg wordt ingezet of is aangevraagd.</li> </ul> <p>Met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 3 maanden na ontvangst van de status/classificatie wordt (nogmaals) contact gezocht met de voorkeuraanbieder om de het realiseren van de noodzakelijke zorg binnen de norm door te spreken. En eventueel samen naar een (tijdelijke) oplossing te kijken voor de cliënt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als duidelijk is dat een cliënt niet meer (volledig) thuis kan wonen vraagt de CZT zo nodig een passende zorgtoewijzing aan (bijvoorbeeld voor DTV of verblijfszorg).</li> <li>• Is de noodzakelijke zorg &lt; 6 maanden nodig? Dan levert de DH de status Actief Plaatsen aan. Wil een cliënt voorlopig alleen bij de voorkeuraanbieder op een wachtlijst staan? Dan vult de DH de classificatie Voorkeuraanbieder leidend.</li> <li>• De DH overlegt periodiek met de cliënt over de mogelijkheden voor zorg bij de voorkeurlocatie (realistische verwachtingen). Wordt hier &lt; 6 maanden geen oplossing verwacht? Dan bespreekt de DH dit zo snel mogelijk met de cliënt. En vraagt de cliënt mee te denken of een voorstel te doen voor een tijdelijke, andere zorgaanbieder. Dit gebeurt uiterlijk 3 maanden voor het verstrijken van de streefnorm.</li> </ul>	<p>Bij deze cliëntsituaties is de gewijzigde zorg noodzakelijk, maar kan die nog tijdelijk uitgesteld worden. Bijvoorbeeld door de inzet van overbruggingszorg. Er wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt. Maar naarmate de noodzaak voor bijvoorbeeld opname toeneemt en de tijd verstrijkt, kan dit betekenen dat de cliënt niet direct bij de voorkeuraanbieder terecht kan.</p> <p>De cliënt kan niet onbepaald een aanbod weigeren als het aanbod in overeenstemming is met de voorkeur. Bij een 2e weigering kan in overleg met de cliënt de status aangepast worden (behalve bij een zwaarwegende reden).</p>

Classificatie Actief plaatsen	Rol Zorgkantoor Actief plaatsen	Rol Zorgaanbieder Actief plaatsen	Verwachtingen cliënt Actief plaatsen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 3 maanden controleert het zorgkantoor bij de cliënt of de beschreven cliëntsituatie juist is en of het contact hierover met de zorgaanbieder naar wens loopt.</li> <li>• In de situatie dat een cliënt door een urgente zorgvraag tijdelijk zorg krijgt van een andere zorgaanbieder, bewaakt het zorgkantoor dat deze cliënt zo snel mogelijk zorg krijgt van de voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor bespreekt deze cliënten met de voorkeuraanbieder en de cliënt. Dit gebeurt uiterlijk 3 maanden nadat de voorkeuraanbieder de status Actief plaatsen/Voorkeuraanbieder leidend heeft aangeleverd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In overleg met de cliënt wordt gezocht naar een (tijdelijke) passende plaats binnen de eigen organisatie of een andere organisatie in de (sub)regio. De DH zoekt hiervoor eventueel afstemming met andere zorgaanbieders. Of het zorgkantoor bij een ondersteuningsvraag of knelpunt. In deze periode wijzigt de DH de classificatie naar Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar.</li> <li>• Krijgt een cliënt zorg via een tijdelijke zorgaanbieder (soort zorgtoewijzing Overbrugging)? Dan wijzigt de DH de status/classificatie op de reguliere zorgtoewijzing weer naar Actief plaatsen Voorkeuraanbieder leidend.</li> <li>• De DH toetst uiterlijk na 3 maanden bij de cliënt en de tijdelijke zorgaanbieder of de zorg naar tevredenheid wordt geleverd. Wil de cliënt geen andere oplossing meer? Dan wordt de overbruggingszorg omgezet naar reguliere zorg, wijzigt de DH en wordt de cliënt van wachtlijst gehaald bij de oorspronkelijke voorkeuraanbieder.</li> <li>• Had een cliënt de status Urgent plaatsen en is die niet direct bij zijn voorkeuraanbieder geplaatst dan geldt dezelfde werkwijze. De voorkeuraanbieder wijzigt de oorspronkelijke status Urgent plaatsen (met classificatie) dan naar Actief plaatsen met classificatie Voorkeuraanbieder leidend.</li> </ul>	

Tabel 4 Rollen wachtstatus Actief plaatsen

## 2.5.8 Wachtstatus Wacht op voorkeur: beschrijving en rollen

### 2.5.8.1 Beschrijving wachtstatus Wacht op voorkeur

Classificaties Wacht op voorkeur	Beschrijving Wacht op voorkeur	Toegangskaders/ Criteria Wacht op voorkeur	Streefnorm Wacht op voorkeur
Géén prioriteit in volgorde classificaties	Er is sprake van een opnamewens of een wens voor VPT, DTV of logeren binnen de normtijd. De voorkeur/wens van de cliënt is bepalend.	De zorg thuis kan verantwoord worden geregeld. Inzet van zorg past binnen de (extra) budgetmogelijkheden. Toezicht is niet nodig en geen onderdeel van de zorginzet. De cliënt is bereid een aanbod binnen 12 maanden te accepteren als zijn voorkeuraanbieder hiervoor binnen deze termijn een passend voorstel doet (de cliënt is bereid binnen 12 maanden te verhuizen). Als de voorkeuraanbieder niet in staat is om binnen 12 maanden een passende plaats aan te bieden is dat voor de cliënt geen bezwaar. De cliënt accepteert dan op voorhand een langere wachttijd. Ook als dit bijvoorbeeld 1,5 tot 2 jaar kan duren. Is een cliënt niet bereid om binnen 12 maanden te verhuizen, dan is de status Wacht uit voorzorg van toepassing.	Streefnorm: 0-12 maanden  Streefnorm is bij deze status voor alle classificaties gelijk.
Specifieke locatie/ gespecialiseerde zorg	Cliënt wil wachten op een locatie bij zijn voorkeuraanbieder omdat die de gewenste gespecialiseerde (verblijfs)zorg kan leveren. Het wachten veroorzaakt geen onverantwoorde thuissituatie omdat de noodzakelijke zorg en begeleiding passend kan worden ingeregeld.	Voor de acceptatie van een aanbod voldoet de zorgaanbieder aan de gewenste gespecialiseerde zorg waar de cliënt behoefte aan heeft.	0-12 maanden
Doorstroom naar geclusterd wonen VPT	Deze classificatie wordt gebruikt als een cliënt binnen een geclusterde woonvorm wil wonen met VPT, maar er nog geen woning beschikbaar is. Formeel maakt het huren van een woning (zelfstandig wonen) geen onderdeel uit van de Wlz en hebben partijen daardoor geen of minder sturingsmogelijkheden bij het toewijzen van een woning. De status Urgent plaatsen of Actief plaatsen is in deze situaties daarom niet geschikt/passend. Het niet beschikbaar zijn van een woning verklaart in deze situatie de wachtlijstproblematiek (Wacht op voorkeur). Niet het wachten op VPT bij zijn voorkeuraanbieder.	Wil een cliënt zijn zorg thuis graag via VPT krijgen, maar heeft zijn voorkeuraanbieder hiervoor een wachtlijst én is het krijgen van VPT niet afhankelijk van de beschikbaarheid van een woonvorm? Dan wordt bij de leveringsvorm VPT, de best passende wachtstatus aangeleverd met de classificatie die aansluit bij de cliëntsituatie. In deze situaties hoeft dat dus niet de wachtstatus Wacht op voorkeur te zijn met classificatie Doorstroom naar geclusterd wonen VPT.	0-12 maanden

Classificaties Wacht op voorkeur	Beschrijving Wacht op voorkeur	Toegangskaders/ Criteria Wacht op voorkeur	Streefnorm Wacht op voorkeur
Logeren	Cliënt wil graag logeren bij zijn voorkeur-aanbieder maar die heeft een wachtlijst. Logeren is onderdeel van het MPT en is binnen het MPT niet onderscheidend weer te geven. Via deze classificatie kan de behoefte aan logeren zichtbaar worden gemaakt. Let op: krijgt een cliënt zijn zorg thuis van dezelfde zorgaanbieder (zelfde agb-code) als waar hij wil gaan logeren? Dan kan iemand bij deze zorgaanbieder (zelfde agb-code) niet gelijktijdig zorg thuis krijgen (MPT met status In zorg) én op de wachtlijst staan voor logeren (MPT met wachtstatus).	N.v.t.	0-12 maanden
Specifieke geografische redenen	Cliënt wil wachten op zorgaanbod in een specifieke geografische regio. Bijvoorbeeld omdat zijn familie daar woont of omdat hij terug wil naar de regio waar hij oorspronkelijk vandaan komt. Cliënt heeft een voorkeuraanbieder maar heeft staat open voor een alternatief (andere zorgaanbieder is bespreekbaar).	N.v.t.	0-12 maanden
Specifieke locatie/ woonwens	Cliënt wil wachten op een verblijfslocatie bij zijn voorkeuraanbieder die voldoet aan zijn/haar woonwensen. Bijvoorbeeld de mogelijkheid om een huisdier mee te nemen of ligging in een bepaalde wijk van een stad.	N.v.t.	0-12 maanden
Partneropname	Cliënt wil wachten totdat hij samen met óf bij zijn/haar partner kan worden opgenomen bij hun voorkeuraanbieder.	N.v.t.	0-12 maanden
<b>Geen aanvullende wens(en)</b>	Cliënt wil wachten tot er plaats is bij zijn voorkeuraanbieder voor zorg thuis, zorg in een andere woon- of logeervoorziening en heeft daarbij verder geen aanvullende (woon)wensen.	N.v.t.	0-12 maanden

Tabel 5 Beschrijving wachtstatus Wacht op voorkeur

## 2.5.8.2 Rollen wachtstatus Wacht op voorkeur

Classificaties Wacht op voorkeur	Rol Zorgkantoor Wacht op voorkeur	Rol Zorgaanbieder Wacht op voorkeur	Verwachtingen cliënt Wacht op voorkeur
Géén prioriteit in volgorde classificaties	<p>De rol van het zorgkantoor is bij deze status voor alle classificaties gelijk.</p> <p>Het zorgkantoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• heeft een actieve houding en biedt (on)gevraagd ondersteuning aan bij een cliënt met deze wachtstatus.</li> <li>• bewaakt dat voor deze cliënten een adequate oplossing wordt gevonden binnen de streefnorm.</li> <li>• neemt geen werkzaamheden van de zorgaanbieder over als dat geen toegevoegde waarde heeft.</li> </ul> <p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 4 weken na het ophalen van de indicatiegegevens uit het Indicatieregister wordt contact gezocht met de cliënt of voorkeuraanbieder om te bespreken waarom er bij de cliënt nog geen Wlz-zorg wordt ingezet of overbruggingszorg is aangevraagd.</li> <li>• Afhankelijk van de reden wordt een nieuw contactmoment afgesproken.</li> </ul> <p>Met Zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uiterlijk na 9 maanden wordt contact gezocht met de cliënt of de voorkeuraanbieder om de stand van zaken door te spreken als de cliënt de toegewezen zorg nog niet volledig ontvangt.</li> </ul>	<p>De voorkeuraanbieder levert bij een bekende cliënt binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing een Mutatiebericht aan met de status Wacht op voorkeur als de zorg nog niet ingezet kan worden en de cliënt geen urgente zorgvraag heeft. Bij een nieuwe cliënt (alléén de 1e zorgtoewijzing voor een bepaalde agb-code, ongeacht 1e indicatie of herindicatie) heeft een DH/CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen tijd, omdat eerst de situatie van de cliënt in beeld moet worden gebracht en besproken.</p> <p>Is een cliënt niet te bereiken? Dan stuurt de DH/CZT een Mutatiebericht met de <b>wachtstatus Wacht op voorkeur en classificatie Geen aanvullende wensen</b>. Hiermee blijft blijft de cliënt in beeld op de wachtlijst van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder registreert in het cliëntdossier waarom het nog niet gelukt is om binnen de gestelde termijn met de cliënt af te stemmen.</p> <p>Bij deze status neemt de DH/CZT het initiatief en vraagt zo nodig ondersteuning van het zorgkantoor. De aanbieder monitort doorlopend de cliëntsituatie en past zo nodig, in overleg met de cliënt, de wachtstatus daarop aan.</p> <p>De DH/CZT bespreekt met een cliënt met opnamewens, dat, bij een passend aanbod, opname binnen 1 jaar zal plaatsvinden. Tenzij er zwaarwegende redenen zijn om het aanbod niet te accepteren. (Bij kinderen is uitloop mogelijk bijvoorbeeld vanwege een gewenningsperiode voor kinderen).</p>	<p>Voor alle classificaties bij deze status geldt dat de cliënt een wens(en) kan aangeven en dat de cliënt mag verwachten dat hier zoveel mogelijk rekening mee wordt gehouden. (De classificaties bij de status zijn hiervoor ook een handvat.)</p> <p>Voor de situatie dat iemand thuis woont, de zorg verantwoord en doelmatig wordt geleverd én er een opname wens is geldt dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De cliënt graag binnen 12 maanden opgenomen wil worden bij de voorkeuraanbieder. En eventueel langer kan of wil wachten als er binnen 12 maanden geen zicht is op plaatsing bij deze zorgaanbieder.</li> <li>• De cliënt een tijdelijke overbruggingsplek bij een andere zorgaanbieder kan en mag weigeren.</li> <li>• De cliënt niet onbepikt een aanbod van de voorkeuraanbieder weigeren als dat aanbod aansluit bij de voorkeur(en). Dat is bijvoorbeeld wel denkbaar als het aanbod veel eerder komt dan verwacht of bij een zwaarwegende reden (zoals het overlijden van een partner of naaste). Bij een 2e weigering wordt in overleg met de cliënt de status aangepast naar Wacht uit voorzorg (behalve bij een zwaarwegende reden).</li> </ul>

Classificaties Wacht op voorkeur	Rol Zorgkantoor Wacht op voorkeur	Rol Zorgaanbieder Wacht op voorkeur	Verwachtingen cliënt Wacht op voorkeur
	<p>Als de cliënt heeft aangegeven dat een langere wachttijd bij zijn voorkeuraanbieder acceptabel is, dan maakt het zorgkantoor hiervan een aantekening in het cliëntdossier.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afhankelijk van de cliëntsituatie wordt een nieuw contactmoment afgesproken.</li> </ul>	<p>Als een cliënt niet akkoord gaat met een passend aanbod of de zorgaanbieder heeft het idee dat een cliënt niet bereid is te verhuizen, dan wordt met de cliënt besproken of de status Wacht uit voorzorg voorlopig passender is (of eventueel de leveringsstatus Einde zorg als een cliënt toch niet wil verhuizen). In beide situaties vervalt de opgebouwde wachttijd, dit wordt met de cliënt besproken.</p> <p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder vraagt overbruggingszorg aan of stelt vast dat de cliënt dit niet wenst en dat de situatie thuis, zonder zorginzet, verantwoord is. Gelijktijdig wordt gecontroleerd of er feitelijk geen Wlz-zorg wordt ingezet vanuit de andere domeinen.</li> <li>• De voorkeuraanbieder neemt periodiek contact op met de cliënt om de thuissituatie te volgen. De frequentie wordt in overleg met de cliënt vastgesteld en is afhankelijk van de cliëntsituatie. Zo nodig wordt er overbruggingszorg thuis aangevraagd of de status/classificatie aangepast.</li> <li>• De voorkeuraanbieder bespreekt &lt; 9 maanden met de cliënt welke alternatieven er (nodig) zijn als er geen zicht is op opname.</li> </ul> <p>Met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder heeft een signaleringsfunctie vanuit de overbruggingszorg (zelf of via CZT) over de juiste status en classificatie.</li> <li>• De voorkeuraanbieder bespreekt &lt; 9 maanden met de cliënt welke alternatieven er (nodig) zijn als er geen zicht is op opname.</li> </ul>	<p>Voor de classificatie Partneropname geldt dat het kan betekenen dat de cliënt en partner niet gelijktijdig kunnen worden opgenomen of niet direct bij elkaar kunnen wonen. Dit is afhankelijk van de cliëntsituatie. (En of de partner wel of geen Wlz-indicatie heeft.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De cliënt eventueel een andere voorkeuraanbieder kan zoeken.</li> </ul>

Tabel 6 Rollen wachtstatus Wacht op voorkeur

## 2.5.9 Wachtstatus Wacht uit voorzorg: beschrijving en rollen

### 2.5.9.1 Beschrijving wachtstatus Wacht uit voorzorg

Classificaties Wacht uit voorzorg	Beschrijving Wacht uit voorzorg	Toegangskaders/ Criteria Wacht uit voorzorg	Streefnorm Wacht uit voorzorg
Géén prioriteit in volgorde classificaties	De cliënt woont thuis en heeft geen directe wens voor een andere vorm van zorg. De thuissituatie is verantwoord maar de cliënt wil graag uit voorzorg op een wachtlijst staan en daardoor in beeld zijn bij de voorkeuraanbieder (vangnetfunctie). De cliënt bouwt geen wachttijd op bij deze status. Bij deze status zijn de voorkeur/ wens(en) van de cliënt bepalend.	Cliënt wil voorlopig nog geen (verblijfs)zorg of alleen zorg thuis. De situatie thuis is verantwoord. De noodzakelijke Wlz-zorg en begeleiding kan passend worden ingeregeld en past binnen de budgetmogelijkheden. Cliënt wil voor de zekerheid op een wachtlijst staan voor een eventueel toekomstige zorgvraag voor verblijfszorg, (geclusterd wonen) VPT, DTV of MPT/logeren.	N.v.t.
Specifieke locatie/ gespecialiseerde zorg	Cliënt staat uit voorzorg op de wachtlijst bij zijn voorkeuraanbieder voor een locatie die gespecialiseerde verblijfszorg, VPT of DTV kan leveren. De cliënt heeft een zorgbehoefte/ wens voor deze gespecialiseerde zorg. Wlz-zorg thuis is adequaat ingeregeld.	Een eventueel toekomstig zorgaanbod moet voldoen aan de voorwaarden voor de gewenste, gespecialiseerde zorg.	N.v.t.
Doorstroom naar geclusterd wonen VPT	Cliënt wil zijn zorg in de toekomst mogelijk via een VPT binnen een geclusterde woonvorm ontvangen (zelfstandig wonen). En heeft daarbij een wens voor een bepaalde geclusterde woonvorm waarbij het VPT geleverd wordt door zijn voorkeuraanbieder.	Wil een cliënt graag in de toekomst VPT ontvangen van zijn voorkeuraanbieder (en ligt er géén relatie met de beschikbaarheid van een woonvorm)? Dan wordt bij de leveringsvorm VPT, de wachtstatus Wacht uit voorzorg aangeleverd met de classificatie die dan het best passend is. Bijvoorbeeld: Geen aanvullende wensen.	N.v.t.
Logeren	Cliënt wil in de toekomst mogelijk gebruik maken van logeren. Logeren is onderdeel van het MPT en is binnen het MPT niet onderscheidend weer te geven. Via deze classificatie kan de toekomstige wens voor logeren zichtbaar worden gemaakt bij zijn voorkeuraanbieder.		N.v.t.

Classificaties Wacht uit voorzorg	Beschrijving Wacht uit voorzorg	Toegangskaders/ Criteria Wacht uit voorzorg	Streefnorm Wacht uit voorzorg
	Let op: krijgt een cliënt zijn zorg thuis/ MPT van dezelfde zorgaanbieder (zelfde agb-code) als waar hij in de toekomst wil gaan logeren? Dan kan iemand bij deze zorgaanbieder (zelfde agb-code) niet gelijktijdig zorg thuis krijgen (MPT met status In zorg) én op de wachtlijst staan voor logeren (MPT met wachtstatus).		
Specifieke geografische redenen	Cliënt wil in de toekomst mogelijk zijn zorgbehoefte verzilveren in een specifieke geografische regio omdat zijn familie daar bijvoorbeeld woont of omdat hij terug wil naar de regio waar hij oorspronkelijk vandaan komt. Cliënt heeft een voorkeur aangegeven maar dit mag ook een andere zorgaanbieder zijn. De cliënt en staat open voor een alternatief (dit is bespreekbaar).	N.v.t.	N.v.t.
Specifieke locatie/ woonwens	Cliënt wil in de toekomst mogelijk verblijfszorg ontvangen bij zijn voorkeuraanbieder, op een locatie die voldoet aan zijn specifieke woonwensen. Bijvoorbeeld ligging in een buitengebied of bepaald dorp.	N.v.t.	N.v.t.
Partneropname	Cliënt wil in de toekomst mogelijk samen met zijn/haar partner óf bij zijn/haar partner opgenomen worden bij hun voorkeuraanbieder.	N.v.t.	N.v.t.
Geen aanvullende wens(en)	Cliënt wil in de toekomst mogelijk zorg (thuis) van zijn voorkeuraanbieder en heeft daarbij verder geen aanvullende (woon)wensen.	N.v.t.	N.v.t.

Tabel 7 Beschrijving wachtstatus Wacht uit voorzorg



## 2.5.9.2 Rollen wachtstatus Wacht uit voorzorg

Classificaties Wacht uit voorzorg	Rol Zorgkantoor Wacht uit voorzorg	Rol Zorgaanbieder Wacht uit voorzorg	Verwachtingen cliënt Wacht uit voorzorg
Géén prioriteit in volgorde classificaties	<p>Het zorgkantoor neemt bij inzet van zorg geen actieve houding aan, maar is wel alert op eventuele veranderingen die gemeld worden door de cliënt, zijn vertegenwoordiger of betrokken zorgaanbieder(s). De rol van het zorgkantoor is voor alle classificaties bij deze status verder gelijk (en wordt daarom niet per classificatie apart beschreven).</p> <p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen 4 weken na ophalen van de indicatiegegevens uit het Indicatieregister wordt contact gezocht met de cliënt of voorkeuraanbieder. Het zorgkantoor gaat in dit gesprek na of het klopt dat de cliënt nog geen Wlz-zorg ontvangt of nodig heeft.</li> <li>• Afhankelijk van de reden wordt een nieuw contactmoment afgesproken.</li> </ul> <p>Met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het zorgkantoor informeert de cliënt jaarlijks via e-mail/brief of neemt met de cliënt contact op om te informeren of de situatie ongewijzigd is.</li> <li>• Het zorgkantoor bespreekt jaarlijks de cliënten op de lijst Wacht uit voorzorg met de zorgaanbieder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder levert bij een bekende cliënt binnen 5 werkdagen, na ontvangst van de zorgtoewijzing, een Mutatiebericht aan met de status Wacht uit voorzorg/classificatie als de gevraagde zorg voorlopig niet geleverd hoeft te worden maar iemand wel in beeld wil blijven bij de voorkeuraanbieder. Bij een nieuwe cliënt (1e zorgtoewijzing voor een bepaalde agb-code, ongeacht 1e indicatie of herindicatie) heeft een DH/CZT hiervoor maximaal 10 werkdagen omdat eerst met de cliënt besproken moet worden wat zijn situaties is en zijn zorgbehoefte/wens (en).</li> <li>• Met de cliënt wordt ook besproken wat zijn eventuele toekomstige wensen zijn. De classificatie bij de wachtstatus wordt daarop ingevuld.</li> <li>• Kiest de cliënt voor de status Wacht uit voorzorg dan vertelt de zorgaanbieder dat er geen wachttijd wordt opgebouwd bij deze status.</li> <li>• De voorkeuraanbieder monitort periodiek of de cliëntsituatie thuis nog verantwoord is. De frequentie hiervan wordt afgestemd met de cliënt en is afhankelijk van de cliëntsituatie. Uitgangspunt is dat dit contact minimaal 2x per jaar plaats vindt, tenzij met de cliënt hierover een andere afspraak wordt gemaakt (bijvoorbeeld zelf initiatief nemen). De voorkeuraanbieder neemt het initiatief en vraagt waar nodig actief ondersteuning door het zorgkantoor. Er wordt dan een duidelijk rolverdeling afgesproken.</li> </ul>	<p>Voor alle classificaties bij de status Wacht uit voorzorg geldt dat de cliënt mag verwachten dat zijn wens(en) leidend zijn.</p> <p>De cliënt mag verwachten dat de voorkeuraanbieder regelmatig contact opneemt om zijn situatie te bespreken. De cliënt en de zorgaanbieder stemmen samen af wat hiervoor een passende frequentie is gezien de cliëntsituatie.</p> <p>De cliënt of zijn/haar (wettelijk) vertegenwoordiger neemt, als dat haalbaar is, bij een gewijzigde zorgbehoefte of opnamewens contact op met de voorkeuraanbieder om de verandering in de situatie te bespreken.</p>

Classificaties Wacht uit voorzorg	Rol Zorgkantoor Wacht uit voorzorg	Rol Zorgaanbieder Wacht uit voorzorg	Verwachtingen cliënt Wacht uit voorzorg
		<p>Zonder zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder zorgt voor reguliere zorg of stelt vast dat de cliënt dit niet wenst en dat de situatie thuis verantwoord is zonder zorginzet. En controleert hierbij of er feitelijk geen Wlz-zorg wordt ingezet vanuit de andere domeinen.</li> <li>• De voorkeuraanbieder neemt periodiek contact op met de cliënt om de thuissituatie zonder zorg te volgen. Hij maakt hierover concrete afspraken met de cliënt. De cliënt kan daarbij ook zelf het initiatief nemen.</li> <li>• Bij wijzingen in de zorgvraag wordt zo nodig een andere leveringsvorm of (overbruggings)zorg thuis aangevraagd of de status met bijbehorende classificatie aangepast.</li> </ul> <p>Met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De voorkeuraanbieder heeft een signaleringsfunctie vanuit de reguliere zorg (zelf of via de CZT) over de juiste status en classificatie. Iemand kan namelijk gelijktijdig zorg thuis ontvangen vanuit de Wlz én Uit voorzorg op een wachtlijst staan voor bijvoorbeeld leveringsvorm Verblijf of DTV.</li> </ul>	

Tabel 8 Rollen wachtstatus Wacht uit voorzorg

## 2.5.10 Overzicht streefnormen wachtstatus/classificatie

Wachtstatus	Classificatie	Streefnorm
<b>Urgent plaatsen</b>	VV Geen crisisbed beschikbaar	0-24 uur
	GZ Geen crisisbed beschikbaar	0-48 uur
	GGZ Geen crisisbed beschikbaar	0-72 uur
	PTZ - Instroom	0-5 dagen
	PTZ - Doorstroom	0-4 weken
	Wet zorg en dwang (Wzd) Art. 28a	0-5 dagen
	VV Doorstroom crisisbed	0-4 weken
	GZ Doorstroom crisisbed	0-12 weken
	GGZ Doorstroom crisisbed	0-2 weken
	Ingediende aanvraag Rechterlijke Machtiging (RM)	0-6 weken
	Afgegeven Rechterlijke Machtiging (RM)	0-4 weken
	Doorstroom Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	0-4 weken
	Doorstroom Eerstelijnsverblijf (ELV)	0-4 weken
	Doorstroom Ziekenhuis (ZH)	0-4 weken
	Doorstroom Klinische GGZ	0-4 weken
	<b>Actief plaatsen</b>	VV Dreigende crisis thuis
GZ Dreigende crisis thuis		0-13 weken
GGZ Dreigende crisis thuis		0-6 weken
VV Niet passende zorg(aanbieder)		0-6 weken
GZ Niet passende zorg(aanbieder)		0-13 weken
GGZ Niet passende zorg(aanbieder)		0-13 weken
Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar		0-6 maanden
Voorkeuraanbieder leidend		0-6 maanden
<b>Wacht op voorkeur</b>	Specifieke locatie/gespecialiseerde zorg	0-12 maanden
	Doorstroom geclusterd wonen VPT	0-12 maanden
	Logeren	0-12 maanden
	Specifieke geografische redenen	0-12 maanden
	Specifieke locatie/woonwens	0-12 maanden
	Partneropname	0-12 maanden
	Geen aanvullende wens(en)	0-12 maanden
<b>Wacht uit voorzorg</b>	Specifieke locatie/gespecialiseerde zorg	n.v.t.
	Doorstroom geclusterd wonen VPT	n.v.t.
	Logeren	n.v.t.
	Specifieke geografische redenen	n.v.t.
	Specifieke locatie/woonwens	n.v.t.
	Partneropname	n.v.t.
Geen aanvullende wens(en)	n.v.t.	

Tabel 9 overzicht streefnormen wachtstatus/classificatie

### 2.5.11 Aanvullend wachtlijstbeheer zorgkantoor

Extra processtappen van het zorgkantoor in het wachtlijstbeheer:

- Kan het zorgkantoor, na ontvangst van de indicatiegegevens van een cliënt, niet meteen een zorgtoewijzing aanmaken omdat bijvoorbeeld de voorkeuraanbieder nog niet bekend is? Dan krijgt een cliënt op de (landelijke) wachtlijst automatisch de wachtstatus Actief plaatsen zónder classificatie. Dat gebeurt omdat er nog geen zorgaanbieder is die een status met classificatie kan aanleveren.
- Als een voorkeur van een cliënt niet bekend is en het zorgkantoor hierdoor geen zorgtoewijzing kan aanmaken, registreert het zorgkantoor dat de cliënt tijdelijk afziet van zorg. Dit gebeurt uiterlijk 3 weken na het ophalen van de indicatiegegevens. De registratie Ziet af van zorg wordt (landelijk) vertaald naar de wachtstatus Wacht uit voorzorg zónder classificatie. Het zorgkantoor kan deze cliënten (via een rapportage) gericht blijven monitoren door de ontbrekende classificatie bij de status.
- Blijkt uit het contact dat het zorgkantoor met de cliënt heeft, dat iemand voorlopig echt afziet van Wlz-zorg én wordt er geen beroep gedaan op zorg uit een ander domein die feitelijk onder de Wlz valt? Dan krijgt deze cliënt in het landelijke wachtlijstbericht (AW317) ook de status Wacht uit voorzorg. Ontbreekt in deze situatie nog een zorgtoewijzing, dan vult het zorgkantoor daarvoor handmatig informatie in het eigen systeem ('Ziet af van zorg'). Als er ondertussen wel een zorgtoewijzing is aangemaakt, levert de betrokken zorgaanbieder via het berichtenverkeer een passende status aan (Einde zorg of Wacht uit voorzorg met de best passende classificatie).
- Het zorgkantoor onderhoudt ook contact met wachtende cliënten en maakt afspraken over eventuele zorgbemiddeling en de wijze/ frequentie voor vervolcontact. Hierbij wordt rekening gehouden met de wens van zelfregie door de cliënt (de cliënt kan in deze situatie zelf contact opnemen met het zorgkantoor als dat nodig is). Ook de ervaring van de cliënt over de wijze waarop de CZT of DH hun rol invullen, wordt hierin meegenomen.
- Heeft een cliënt Wlz-zorg gehad maar zijn er op een bepaald moment geen actuele zorgtoewijzingen meer omdat de zorg is afgesloten? En is er nog sprake van een geldig indicatiebesluit, dan neemt het zorgkantoor contact op met de cliënt om na te gaan of er echt geen Wlz-zorg meer nodig is. Als er geen Wlz-zorg nodig is vult het zorgkantoor dit handmatig in het systeem (Ziet af van zorg). Hierdoor komt een cliënt niet opnieuw op de landelijke wachtlijst met de status Actief plaatsen, maar met de status Wacht uit voorzorg (zonder classificatie).
- Het regionale zorgkantoor is verantwoordelijk voor tijdige en juiste aanlevering van informatie aan het Zorginstituut voor publicatie van de landelijke wachtlijstinformatie (AW317-bericht). Dit gebeurt iedere maand.

## 2.6 Wet zorg en dwang en Wet verplichte GGZ

De problematiek in de Wlz-doelgroep is divers. Voor iemand kan onvrijwillige zorg nodig zijn. Voor de uitvoering hiervan moeten zorgaanbieders zich houden aan de Wet zorg en dwang (Wzd) of de Wet verplichte ggz (Wvvgz)<sup>40</sup>. Een zorgaanbieder mag een of beide wetten uitvoeren als aan de wettelijke eisen wordt voldaan.

Voor cliënten met een indicatie voor een GGZW-zorgprofiel (GGZ-Wonen) en cliënten met combinatieproblematiek (bijvoorbeeld VG/ GGZ of PG/ GGZ), kunnen uitvoeringsprocessen door zowel de Wzd als de Wvvgz<sup>41</sup> worden geraakt.

De Wvvgz kan gelden voor cliënten waarbij tijdens de indicatiestelling is vastgesteld dat een van de grondslagen psychische aandoening/ stoornis is. De Wvvgz kan ook van toepassing zijn voor iemand met een indicatie voor een VG-zorgprofiel die te maken heeft met bijvoorbeeld verslavingsproblematiek of een psychose. In deze situaties beoordeelt een medische deskundige welke zorgsetting en welke wet voorliggend is.

### Register Dwang in de zorg

Zorgaanbieders die verplichte of onvrijwillige zorg leveren moeten ingeschreven staan in het openbare locatieregister Wzd/ Wvvgz (<https://dwangindezorg.nl/locatieregister>). De zorgaanbieder moet zichzelf in dit register registreren, inclusief alle locaties waar of van waaruit (ambulante) gedwongen zorg wordt verleend. Dat geldt zowel voor zorgaanbieders of zorgverleners die ZIN leveren of waar zorg ingekocht wordt met Pgb. Cliënten met een RM, IBS of Besluit tot opname en verblijf (zie paragraaf 2.6.1) mogen alleen worden opgenomen in een locatie die als accommodatie is ingeschreven in het locatieregister.

Staat een zorgaanbieder niet in het locatieregister geregistreerd? Bijvoorbeeld omdat deze geen onvrijwillige zorg wil verlenen of omdat het niet lukt om onvrijwillige zorg goed te organiseren? Dan bemiddelt de zorgaanbieder de cliënt naar een andere zorgaanbieder/ accommodatie die wel staat ingeschreven in het locatieregister. Lukt dat niet, dan geldt de procedure zoals beschreven in hoofdstuk 6 Zorgweigering en zorgbeëindiging als de aanbieder wel gecontracteerd is voor de geïndiceerde zorg.

### Onvrijwillige zorg thuis

Door de Wzd en Wvvgz kan iemand ook onvrijwillige zorg thuis krijgen als hij minder goed kan beslissen of zorg thuis nodig is of deze weigert. Het gaat dan om bepaalde (medische) handelingen, toezicht of controle op medicijngebruik, beperken van bewegingsvrijheid, insluiten, onderzoek van kleding of lichaam of controle op aanwezigheid van beïnvloedende middelen. Dat kan bijvoorbeeld als thuis wonen zonder zorg of begeleiding niet meer veilig (verantwoord) is en een ernstig nadeel oplevert voor een cliënt of zijn omgeving omdat er sprake is van erge verwaarlozing, veelvuldig dwaalgedrag, problematisch drugs of medicijngebruik. Het CIZ, een rechter of burgemeester heeft geen formele rol bij (inzet van) onvrijwillige zorg thuis. De beslissing of dit noodzakelijk is, en of er geen alternatieve oplossingen zijn, wordt genomen door de betrokken behandelaar(en) of zorgprofessional(s).

<sup>40</sup> Vanaf 1 januari 2020 is de Wet Bopz vervangen door de Wet zorg en dwang (Wzd) én de Wet verplichte ggz (Wvvgz). Zie [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl). In de Wzd is de Bopz artikel 60-toets vervangen door het Besluit tot opname en verblijf.

<sup>41</sup> Zie <https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/producten-wvvgz/samenloop-tussen-wvvgz-en-wzd---vws>

Is een zorgaanbieder van mening dat een cliënt moet worden opgenomen omdat de thuissituatie niet veilig of verantwoord is? Dan is als eerste de (wettelijk) vertegenwoordiger van een cliënt bevoegd om hiervoor een verzoek in te dienen bij het CIZ. Weigert de (wettelijk) vertegenwoordiger om dit verzoek in te dienen? Of heeft de cliënt geen (wettelijk) vertegenwoordiger én is de cliënt wilsonbekwaam? Dan kan de zorgaanbieder een verzoek tot mentorschap indienen bij de rechtbank en in de rol van mentor het verzoek tot opname en verblijf bij het CIZ aanvragen. In de situatie dat de (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt zich verzet tegen opname kan er geen besluit tot opname en verblijf worden afgegeven, en is er een RM, ZM, IBS of Ggz-crisismaatregel nodig.

### **2.6.1 Besluit tot opname en verblijf Wzd Art. 21**

Voor iemand met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, die zelf geen weloverwogen beslissing kan nemen over zijn zorg omdat hij de gevolgen van zijn keuze niet goed overziet, kan het CIZ onderzoeken of verblijfszorg de beste oplossing is. Een aanvraag hiervoor kan, zonder machtiging, worden gedaan door een van de volgende personen (>18 jaar):

- De wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt
- De echtgenoot of (geregistreerd) partner van de cliënt
- (Groot)ouders, (klein)kinderen, broers of zussen van de cliënt
- (Groot)ouders, (klein)kinderen, broers of zussen van de partner van de cliënt
- De verblijfszorgaanbieder waar een cliënt al is opgenomen in een accommodatie
- De Wzd-functionaris als iemand al in een accommodatie is opgenomen en er sprake is van onvrijwillige zorg (die is vastgelegd in een zorgplan)

Het CIZ onderzoekt in deze situaties of de cliënt ernstig nadeel ondervindt van zijn huidige situatie of dat hij een gevaar is voor zichzelf of zijn omgeving. Bijvoorbeeld omdat er sprake is van ernstige verwaarlozing (niet goed eten, drinken of zichzelf verzorgen) of omdat hij het gas niet meer uitzet. Het CIZ onderzoekt vervolgens ook of dit nadeel (alleen) weggenomen kan worden door opname in een instelling. Als dat de beste oplossing is, maar de cliënt kan bij de indicatiestelling niet meer aangeven of hij het eens of oneens is met een opname én er is geen verzet tegen een opname, dan geeft het CIZ een Besluit tot opname en verblijf af vanuit de Wet zorg en dwang (Wzd artikel 21).

Geeft het CIZ het Besluit tot opname en verblijf Wzd art. 21 gelijktijdig af met het indicatiebesluit voor een zorgprofiel? Dan neemt het CIZ over beide besluiten informatie op in het Indicatieregister. Het zorgkantoor geeft deze informatie dan door aan de zorgaanbieder via het zorgtoewijzingsbericht (AW33-bericht).

Geeft het CIZ een Besluit tot opname en verblijf af ná het indicatiebesluit voor een zorgprofiel én wijzigt het zorgprofiel niet? Dan deelt het CIZ een kopie van het besluit met de vertegenwoordiger van de cliënt en de cliënt zelf. De zorgaanbieder en de Wzd-functionaris krijgen ook een kopie als er al verblijfszorg of onvrijwillige zorg thuis wordt geleverd (in de periode tot opname). Het zorgkantoor ontvangt hiervan géén afschrift (kopie). Het zorgkantoor weet in deze cliëntsituaties dus niet dat er een besluit Wzd. Art. 21 is afgegeven door het CIZ.

### 2.6.2 Dwangopname Wzd via Rechterlijke machtiging (RM)

Kan een cliënt niet meer verantwoord thuis wonen en is een Wlz-opname voor de veiligheid van de cliënt of voor de veiligheid van anderen nodig, maar weigert of verzet de cliënt zich tegen opname<sup>42</sup>? Dan kan familie, wettelijk vertegenwoordiger of een zorgaanbieder aan het CIZ vragen om een aanvraag in te dienen voor een RM bij de rechtbank voor een dwangopname. Via een RM is het mogelijk om iemand niet vrijwillig (tegen zijn zin) op te nemen, maar is er geen directe haast bij een dwangopname. Het gaat bij een RM dus niet om een spoedprocedure zoals bij een IBS. Het CIZ beoordeelt de aanvraag op basis van het cliëntdossier van de zorgaanbieder binnen 3 weken en vraagt daarbij ook een medische verklaring op bij een specialistische arts. Het CIZ dient vervolgens het verzoek tot afgifte van de rechterlijke machtiging in bij de rechtbank.

Wordt er een Rechterlijke machtiging afgegeven (zo spoedig mogelijk na de aanvraag), dan moet de cliënt binnen 4 weken na dagtekening van de RM worden opgenomen. Na 4 weken vervalt de RM voor een dwangopname en moet er weer een nieuwe RM worden aangevraagd. Dit geldt niet voor een Zorgmachtiging (zie paragraaf 2.6.3).

Een RM die wordt afgegeven heeft bij de eerste opname een duur van maximaal 6 maanden. Bij voortzetting van de RM geldt een duur van maximaal 2 jaar voor iemand met een verstandelijke beperking en een duur van maximaal 5 jaar voor iemand met een geriatrische aandoening. Uitzondering hierop vormen mensen van wie van tevoren al duidelijk is dat hun situatie niet zal wijzigen. Voor deze personen kan na de 1<sup>e</sup> machtiging een nieuwe machtiging worden afgegeven met een maximale duur van 5 jaar.

Een RM vervalt als:

- De vervaldatum is verlopen.
- Een aanvraag voor verlenging wordt afgewezen.
- De zorgaanbieder een cliënt ontslaat omdat het verblijf niet langer nodig is: in deze situaties vormt iemand dan geen (ernstig) gevaar meer voor zichzelf of anderen. De aanbieder volgt hiervoor een bij de Wzd-gestelde procedure<sup>43</sup>.
- Het verblijf op vrijwillige basis kan worden voortgezet.

### 2.6.3 Dwangopname Wvggz via Zorgmachtiging (ZM)

Kan een cliënt met een indicatie voor een GGZ-zorgprofiel en psychiatrische problematiek niet meer verantwoord thuis wonen? En is een Wlz-opname voor de veiligheid van de cliënt of voor de veiligheid van anderen nodig, maar weigert of verzet de cliënt zich tegen opname? Dan loopt inzet van deze verplichte (gedwongen/onvrijwillige) zorg via de Wvggz. Tenzij er sprake is van combinatieproblematiek, dan wordt apart beoordeeld of de Wvggz of Wzd van toepassing is.

Een zorgmachtiging op grond van de Wvggz kan, afhankelijk van de omstandigheden, worden afgegeven voor de duur van maximaal 6 maanden, één of twee jaar. De eerste machtiging is meestal voor de duur van 6 maanden, de tweede (herhaling) meestal voor de duur van 12 maanden.

---

<sup>42</sup> Weigering of verzet kan ook optreden nadat bijvoorbeeld al een Besluit tot opname en verblijf Wzd Art. 21 is afgegeven.

<sup>43</sup> Bron: <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/brochure-rm>

In bijzondere situaties kan direct een machtiging van één of twee jaar worden afgegeven. Bijvoorbeeld als iemand in de afgelopen 5 jaar al eerder een RM heeft gehad onder de oude Wet BOPZ (Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen).

Een afgegeven Zorgmachtiging eindigt door het verlopen van de vervaldatum of doordat een rechter of psychiater onherroepelijk beslist tot het beëindigen van alle vormen van verplichte zorg of door het afgeven van een nieuwe Zorgmachtiging.

### **Wachtstatus met classificatie tijdens aanvraagperiode RM/ZM**

De wachtstatus Urgent plaatsen met classificatie RM /ZM wordt alleen gebruikt als de dossierhouder verwacht dat er niet op tijd een passende plaats beschikbaar is voor de cliënt. Dit kan al tijdens de aanvraagprocedure voor een RM/ZM bekend zijn. In alle andere gevallen levert de dossierhouder de **wachtstatus Actief plaatsen met classificatie Dreigende crisis thuis** aan. De combinatie Actief plaatsen/Dreigende crisis thuis geeft de urgentie in de thuissituatie aan en biedt ruimte om extra zorg (en/ of toezicht) in te zetten. Escaleert de thuissituatie eerder en treedt er een acute crisissituatie op (acuut gevaarscriterium)? Dan geldt de route van een IBS of Zorgmachtiging als de cliënt zich blijft verzetten tegen opname.

#### **2.6.4 Wet zorg en dwang en beschikking tot Inbewaringstelling (IBS)**

Zijn mensen uit de omgeving van een cliënt bang dat die zichzelf, andere mensen of de omgeving iets kan aandoen én dat hiervoor een acuut, dreigend gevaar is? Dan kan op bevel van de burgemeester een IBS worden afgegeven voor gedwongen opname. Een cliëntsituatie is zo spoedeisend dat niet meer gewacht kan worden op een Rechterlijke machtiging (zie hoofdstuk 5). Kan een aanbieder niet direct zorg leveren? Dan is het, net zoals bij de RM, van belang om hierover zo snel mogelijk contact te zoeken met het zorgkantoor. De zorgaanbieder levert in deze situaties de **status Urgent plaatsen** aan met de **classificatie Geen crisisbed beschikbaar**.

#### **2.6.5 Onvrijwillige opname via strafrechter (Wzd Art. 28a)**

De Wzd beschrijft ook een Onvrijwillige opname als gevolg van een strafrechtelijke procedure (Artikel 28a). Dit is een vorm van een RM. In deze situaties is altijd het Openbaar Ministerie (OM) of een rechter betrokken die een verdachte vervolgt en van mening is dat deze geen straf nodig heeft maar zorg. Het gaat dan om onvrijwillige zorg, niet om een Terbeschikkingstelling (TBS).

Bij een Wzd Art. 28a procedure hebben partijen maximaal 4 weken tijd om een passende oplossing te zoeken voor deze persoon nadat de uitspraak door de rechter is gedaan. De periode loopt vanaf de ingangsdatum van de rechtelijke machtiging. Omdat er niet direct sprake is van een onmiddellijk, dreigende situatie met een risico voor ernstig nadeel voor iemand zelf of (personen in) zijn omgeving, vallen deze situaties niet onder crisiszorg. De cliënt verblijft vaak nog in een instelling of een Penitentiaire Inrichting (PI). Een crisisplaatsing kan wel geregeld worden als het zorgkantoor op grond van individuele casuïstiek hierover anders besluit.

### **Processtappen**

- Het OM bereidt een verzoekschrift voor om de rechter te vragen de verdachte onvrijwillig te laten opnemen. Het gaat bij een verzoekschrift Wzd art. 28a altijd om een onvrijwillige opname van 6 maanden. Moet de opname na 6 maanden gecontinueerd worden, dan wordt er als dat nodig is een reguliere Rechterlijke Machtiging (RM) aangevraagd.



- Het verzoekschrift van het OM bevat een advies van het CIZ. Dit advies is leidend. Het CIZ adviseert het best passende domein. De strafrechter besluit op basis van dit verzoekschrift.
- Is er een actuele Wlz-indicatie aanwezig, dan adviseert het CIZ altijd de Wlz. Anders kan het ook een onvrijwillige opname worden in het Wmo- of Zvw-domein als niet wordt voldaan aan de toegangscriteria voor de Wlz.
- Is er sprake van gedwongen opname in de Wlz dan stuurt het OM de beschikking met rechterlijke machtiging via een beveiligde route naar het verantwoordelijke zorgkantoor.
- Het zorgkantoor dat de machtiging ontvangt, voert eerst een controle uit op het BRP-adres van de cliënt. Woont de cliënt in een andere zorgkantorregio, dan informeert het zorgkantoor het OM over het juiste zorgkantoor. Het OM is verantwoordelijk<sup>44</sup> voor het toezenden van deze Rechterlijke Machtiging aan het juiste zorgkantoor.
- Het zorgkantoor voert vervolgens een zorginhoudelijke beoordeling uit op de beschikking en het ontvangen dossier. Voor plaatsing bij een passende zorgaanbieder is zicht op de onderliggende problematiek van belang, welke zorg er nodig is en wat het vereiste beveiligingsniveau is. Zorgkantoren hebben hiervoor specifieke bedden ingekocht.
- Beschikt iemand op het moment van afgifte van deze RM nog niet over een Wlz-indicatie? Beoordeelt het CIZ dat de Wlz het best passend is? Dan schakelen het zorgkantoor, de (beoogde) zorgaanbieder en het CIZ onderling over de af te geven ambtshalve indicatie.
- Is er (al) een actueel indicatiebesluit en een voorkeuraanbieder bekend? Dan zoekt het zorgkantoor afstemming met deze zorgaanbieder en bespreekt of die de gedwongen opname kan realiseren.
- Is deze zorgaanbieder in staat om passende zorg aan de cliënt te leveren én beschikt de locatie over een Wzd-registratie in het Locatieregister met het vereiste beveiligingsniveau? Dan routeert het zorgkantoor de indicatiegegevens via het zorgtoewijzingsbericht (iWlz) naar de zorgaanbieder. De Wzd Art. 28a machtiging wordt via het Notitieverkeer naar de zorgaanbieder gestuurd. Het cliëntdossier wordt hieraan toegevoegd als de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger daarvoor vóóraf (schriftelijk) toestemming heeft gegeven.
- Is er geen indicatiebesluit of voorkeuraanbieder bekend óf mag de huidige zorgaanbieder deze zorg niet leveren? Dan zoekt het zorgkantoor zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen de geldigheidstermijn van de rechterlijke machtiging, een passende Wlz-zorgaanbieder die beschikt over een Wzd-registratie en het juiste beveiligingsniveau. Het zorgkantoor spant zich daarbij in om afstemming te zoeken met de beoogde zorgaanbieder over de cliënt.
- Het zorgkantoor zoekt geen afstemming met de cliënt over de gekozen aanbieder. De zorgaanbieder neemt zelf contact op met de cliënt of een contactpersoon van de instelling of Penitentiare Inrichting waar de cliënt verblijft, om de opname te realiseren.
- Vanuit Wzd Art. 28a is de zorgaanbieder verplicht om een cliënt binnen 7 dagen nadat de zorg is toegewezen (of aangemeld) op te nemen. Lukt dat niet dan koppelt de aanbieder dit rechtstreeks terug aan het zorgkantoor. Is er een zorgtoewijzing voor verblijfszorg aanwezig dan wordt **de status Urgent plaatsen** aangeleverd met **classificatie RM/ Wzd Art. 28a**.
- Het zorgkantoor moet volgens de Wzd de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) informeren als opname binnen deze periode niet lukt en stelt de betrokken zorgaanbieder daarvan op de hoogte. De IGJ kan in deze situatie een handhavingsmaatregel opleggen aan de betrokken zorgaanbieder.

---

<sup>44</sup> In het kader van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) mag een zorgkantoor de gegevens niet doorsturen naar het juiste verantwoordelijke zorgkantoor.

## 2.7 Leveringsstatus In zorg en Einde zorgvraag

Naast de statussen Urgent plaatsen, Actief plaatsen, Wacht op voorkeur en Wacht uit voorzorg kent iWlz de statussen In zorg en Einde zorgvraag. Bij deze statussen wordt niet gewacht op zorg. De iWlz-term Leveringsstatus (status van de zorglevering) is daarom een logische term.

### 2.7.1 Leveringsstatus In Zorg

De zorgaanbieder stuurt een leveringsstatus In zorg als gestart wordt met het leveren van zorg die past bij een ontvangen zorgtoewijzing.

#### Leveringsstatus In zorg - Melding aanvang zorg (MAZ)

- Leveringsstatus In zorg wordt aangeleverd via een **Melding Aanvang Zorg**-bericht.
- Een MAZ-bericht wordt een AW35-bericht genoemd (iWlz-berichtenverkeer).
- Een MAZ wordt per toegewezen leveringsvorm aangeleverd.
- Een MAZ/AW35-bericht bevat altijd de **begindatum** van de zorg en de leveringsstatus In zorg.
- Bij de leveringsstatus In zorg wordt nooit een classificatie doorgegeven.
- Een MAZ wordt **binnen 5 werkdagen nadat de zorg is gestart aangeleverd** als de zorgaanbieder hiervoor al over een zorgtoewijzing van het zorgkantoor beschikt.
- Is zorg al gestart maar heeft de aanbieder hiervoor **nog geen zorgtoewijzing ontvangen? Dan wordt de MAZ binnen 5 werkdagen na ontvangst van deze zorgtoewijzing aangeleverd.** Het zorgkantoor houdt hier rekening mee bij controle op tijdige aanlevering van de MAZ en kijkt in deze situaties naar de afgiftedatum van de zorgtoewijzing.
- Door tijdige aanlevering van een juiste MAZ staat een cliënt niet onterecht op een wachtlijst voor de bijbehorende leveringsvorm. En heeft dit geen negatief effect op (het opstarten van) het eigen bijdrage traject door het CAK (zie paragraaf 2.9).
- Een MAZ kan **géén datum in de toekomst** bevatten. Dit voorkomt het onterecht of te vroeg opleggen van een eigen bijdrage door het CAK.
- Is een MAZ onterecht of met verkeerde ingangsdatum aangeleverd? Verwijder deze MAZ dan via iWlz en lever eventueel een nieuwe MAZ aan met de juiste ingangsdatum. Laat de oude MAZ **niet** staan. Een foutieve ingangsdatum wordt **niet verwijderd of automatisch** overschreven door een nieuwe MAZ aan te leveren.
- Is een MAZ onterecht of met verkeerde ingangsdatum aangeleverd? Stuur dan ook **géén** Melding einde zorg (MEZ) na deze MAZ. Het zorgkantoor ziet deze situaties niet als een foutief aangeleverde MAZ en stuurt de begindatum en einddatum van de zorg door naar het CAK.
- Via de MAZ een sleuteldatum worden doorgegeven. Dit is de datum waarop iemand de sleutel voor intramurale woonruimte krijgt. Dit veld wordt alleen gevuld bij leveringsvorm Verblijf, Opname Ja. De sleuteldatum ligt vaak voor de feitelijke startdatum van de verblijfszorg. Die datum is belangrijk voor het opleggen van de eigen bijdrage door het CAK (zie paragraaf 2.9).
- Via de MAZ op Verblijf kan worden doorgegeven of het gaat om verblijfszorg mét behandeling of zonder behandeling. Dit hoeft alleen bij de start van verblijfszorg (zie paragraaf 2.7.2).
- Om geleverde zorg te kunnen declareren bij het zorgkantoor is voor vrijwel alle prestaties een MAZ nodig op de bijbehorende zorgtoewijzing (zie Vektis - business intelligence centrum voor de zorg, controle set declaratiebericht/AW319).
- Is een cliënt verhuisd en is er een nieuw verantwoordelijk zorgkantoor? Dan worden alle actuele zorgtoewijzingen door het oude zorgkantoor afgesloten en opnieuw toegewezen door het nieuwe zorgkantoor. Op alle nieuwe zorgtoewijzingen moet weer een MAZ worden aangeleverd, als de zorg doorloopt of start na deze overdracht (zie paragraaf 2.4).

Tabel 10 Melding Aanvang Zorg

### 2.7.2 Doorgeven van behandeling bij verblijfszorg via Melding Aanvang Zorg

- Bij de start van verblijfszorg geeft de zorgaanbieder eenmalig door of de verblijfszorg inclusief behandeling of exclusief behandeling wordt geleverd. Hiervoor is in de MAZ het veld Behandeling (J/N) opgenomen. Dit veld kan alleen worden gevuld bij een zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf, Opname Ja. (En niet bij een zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf, Opname Nee. Voor bijvoorbeeld dagbesteding naast verblijfszorg).
- Deze informatie is van belang voor uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als iemand een Wlz-indicatie heeft en verblijfszorg met behandeling krijgt, wordt bepaalde zorg of een verstrekking niet vanuit de Zvw vergoed, maar moet die betaald worden vanuit de Wlz (bijvoorbeeld medicijnen of mondzorg). De zorgverzekeraars voeren hierop een controle uit (Samenloopcontrole). Deze controle kijkt niet alleen naar onterechte samenloop bij verblijfszorg maar controleert hier ook op bij inzet van zorg thuis.
- Informatie in de MAZ geeft een eerste beeld van de verblijfszorg bij opname. Start iemand met verblijfszorg inclusief behandeling en wordt dit later verblijfszorg exclusief behandeling (of andersom), dan geeft de aanbieder dit **niet** opnieuw door via een MAZ. Deze informatie wordt opgehaald uit de later gedeclareerde Wlz-zorg. Een declaratie overruled dan de eerder aangeleverde informatie uit de MAZ. Informatie uit de MAZ wordt initieel gebruikt omdat die sneller beschikbaar is bij het zorgkantoor dan de 1<sup>e</sup> declaratie voor Wlz-zorg.
- Het zorgkantoor kan achteraf controleren of een aanbieder de juiste informatie aanlevert in de MAZ voor verblijf (door een vergelijking te maken met de gedeclareerde zorg).

### 2.7.3 Mutatiebericht en leveringsstatus Einde zorg(vraag)

De zorgaanbieder stuurt een Mutatiebericht met leveringsstatus Einde zorg(vraag) als iemand geen zorg wil, gestopt wordt met het leveren van de (volledige) zorg of de zorg van een andere aanbieder wil krijgen.

#### Leveringsstatus Einde zorg(vraag) - Melding einde zorg (MEZ)

- Leveringsstatus Einde zorg(vraag) wordt aangeleverd via een **Melding Einde Zorg**-bericht.
- Een MEZ-bericht wordt een Mutatiebericht/AW39-bericht genoemd (iWlz-berichtenverkeer).
- Een MEZ/AW39-bericht bevat **de mutatedatum** (datum van wijziging), een **mutatiecode** (zie tabel 12) en de leveringsstatus Einde zorg(vraag).
- Bij een leveringsstatus Einde zorg(vraag) wordt nooit een classificatie doorgegeven.
- De zorgaanbieder levert een MEZ aan per toegewezen leveringsvorm.
- Een MEZ kan worden aangeleverd als er voor de zorgtoewijzing een MAZ aanwezig is.
- Een MEZ mag alleen worden aangeleverd als er een zorgtoewijzing is die (tijdelijk) beëindigd wordt of overgedragen wordt aan een andere zorgaanbieder. In de laatste situatie eindigt de zorgtoewijzing bij de overdragende aanbieder.
- De zorgaanbieder levert een MEZ zo snel mogelijk na het afsluiten van de zorg(toewijzing) aan bij het zorgkantoor. Dit gebeurt binnen **5 werkdagen na beëindiging van de zorg(toewijzing/levering)**. Óf binnen 5 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing als die met terugwerkende kracht ingaat én de zorg voor de toewijsdatum al is gewijzigd of beëindigd.
- Stopt een CZT/DH met het leveren van zorg? Regel als huidige CZT/DH eerst dat er een nieuwe CZT/DH bekend is, als de cliënt nog Wlz-zorg nodig heeft (ZIN). Lever pas daarna een MEZ-bericht aan. Als de rol CZT/DH vooraf niet is overgedragen aan een andere aanbieder, dan is het

niet mogelijk om via iWlz een aanpassing voor een zorgtoewijzing aan te vragen bij het zorgkantoor. Daarvoor moet eerst contact met het zorgkantoor worden opgenomen.

- Is er per ongeluk een zorgtoewijzing aangevraagd voor een zorgaanbieder die niet bij een cliënt betrokken is, bijvoorbeeld door keuze voor de verkeerde agb-code? Stuur als niet-betrokken aanbieder dan geen MEZ-bericht naar het zorgkantoor om de zorgtoewijzing 'terug te geven'. Neem contact op met de CZT/DH en laat die een nieuwe zorgtoewijzing aanvragen voor de juiste aanbieder (de onterechte zorgtoewijzing wordt dan automatisch ingetrokken).

#### **Lever géén MEZ aan als:**

- De zorg(toewijzing) stopt door overlijden van een cliënt.
- De zorg eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing (zie paragraaf 2.7.4).
- Een cliënt verblijfszorg, VPT of DTV krijgt en tijdelijk afwezig<sup>45</sup> is door bijvoorbeeld een ziekenhuisopname voor medisch specialistische zorg, geriatrische revalidatiezorg (Zvw) of gespecialiseerde GGZ. Zie ook paragraaf 3.3.16, 3.3.17 en 4.3.9 voor situaties dat iemand tijdelijk gaat logeren of naar een andere Wlz-instelling gaat (voor Wlz-zorg met behandeling).
- Er een nieuwe indicatie is afgegeven én de zorg doorloopt tot en met de einddatum van de zorgtoewijzing op het vorige indicatiebesluit (zie paragraaf 2.7.4).
- Vanaf de ingangsdatum van het nieuwe indicatiebesluit, dezelfde zorg blijft doorlopen. (Door het nieuwe indicatiebesluit krijgt de zorgaanbieder hiervoor opnieuw een zorgtoewijzing, daarop moet dan wel weer een MAZ worden aangeleverd).
- Een cliënt verhuist naar een andere regio én na verhuizing dezelfde zorg krijgt van dezelfde zorgaanbieder. (Er moet dan wel een MAZ worden aangeleverd op de nieuwe zorgtoewijzing, zie paragraaf 2.4 en 2.7.1).
- Er een onterechte MAZ is verstuurd. De zorgaanbieder moet deze MAZ verwijderen via een iWlz-bericht (correctie).

#### **Een Mutatiebericht**

- Wordt niet alleen gebruikt om een MEZ/Einde zorgvraag door te geven maar bijvoorbeeld ook om wachtstatus door te geven (zorg nog niet gestart) of een gewijzigde wachtstatus of classificatie (zie paragraaf 2.5).
- Wordt ook gebruikt om een nieuwe of gewijzigde zorgtoewijzing aan te vragen door de CZT of DH (zie paragraaf 2.8)

Tabel 11 Melding Einde Zorg

#### **Mutatiecode**

- Is er sprake van een wijziging in de zorgsituatie bij een cliënt? Dan kan dit via een mutatiebericht worden doorgegeven met een mutatiecode. De aan te leveren mutatiecode (MUT-code) is afhankelijk van de reden van de wijziging.
- Er zijn 6 verschillende mutatie-codes (MUT-code): 12, 17, 18, 19, 20 of 21.
- In een mutatie-bericht kan altijd maar één mutatiecode worden doorgegeven.
- Mutatiecodes 12,17, 19, 20 of 21 worden gebruikt om een MEZ (Einde zorg) door te geven.

<sup>45</sup> Let op: In deze situaties blijft de eigen bijdrage voor de Wlz gewoon doorlopen. Zie <https://www.hetcak.nl/veelgestelde-vragen/eigen-bijdrage/eigen-bijdrage-doorbetalen-tijdens/>

- Mutatiecode 12, 18 of 20 wordt (ook) gebruikt om een (gewijzigde) wachtstatus of classificatie door te geven. Mutatiecodes 12 en 20 hebben daarmee een 'dubbele functie'. Dit wordt toegelicht in tabel 12.

### Mutatiecodes Mutatiebericht (AW39-bericht)

#### MUT-codes

- **MUT12:** Cliënt wil geen Wlz-zorg ontvangen. Omdat levering van de toegewezen zorg niet gewenst is, stuurt de aanbieder gelijktijdig leveringsstatus Einde zorg(vraag) naar het zorgkantoor. De zorgtoewijzing wordt hierdoor beëindigd (ingetrokken). De cliënt komt niet op een wachtlijst te staan voor deze zorgtoewijzing.
- **MUT12:** Cliënt wil (nog) geen Wlz-zorg ontvangen. Levering van de toegewezen zorg wordt nu niet opgestart, maar is later mogelijk wel nodig. De cliënt wil daarom alvast uit voorzorg op de wachtlijst staan voor de toegewezen leveringsvorm. De aanbieder levert via het Mutatiebericht een wachtstatus/classificatie aan (Wacht uit voorzorg/classificatie) waardoor de zorgtoewijzing niet wordt ingetrokken maar open blijft staan.
- **MUT17:** Overplaatsing, leveringsstatus Einde zorg(vraag). Cliënt is al in zorg, er is een MAZ aanwezig. Overplaatsing via MUT17 gaat altijd over **dezelfde zorg/ leveringsvorm**, die bij een andere zorgaanbieder wordt voortgezet. Voorwaarde voor het gebruik van MUT17 is dat de zorg bij de andere aanbieder direct start. De eigen bijdrage blijft in deze situatie gewoon doorlopen. Start de zorg bij de andere aanbieder niet direct? Lever dan een MUT19 aan.
- **MUT19:** Levering zorg is beëindigd door de huidige zorgaanbieder (leveringsstatus Einde zorg(vraag)). De zorgtoewijzing wordt afgesloten omdat de zorgvraag voor deze zorg/leveringsvorm is gestopt.
- **MUT19:** Levering zorg is beëindigd door de huidige zorgaanbieder. De cliënt wordt overgedragen aan een andere zorgaanbieder (zelfde zorg/leveringsvorm), maar de nieuwe zorgaanbieder kan deze zorg niet direct starten. In deze situatie levert de huidige zorgaanbieder niet alleen een MUT19 aan bij het zorgkantoor maar vraagt ook een zorgtoewijzing aan voor de nieuwe zorgaanbieder. De cliënt wordt zo tijdelijk afgemeld bij het CAK voor het opleggen van de eigen bijdrage (bij aanlevering van een MUT17 blijft de eigen bijdrage doorlopen.)
- **MUT20:** Levering zorg is (tijdelijk) beëindigd, maar de zorgtoewijzing wordt aangehouden omdat de aanbieder verwacht dat de cliënt later (toch weer) Wlz-zorg nodig heeft. De zorgaanbieder levert daarom bij deze MUT-code niet de leveringsstatus Einde Zorg(vraag) aan maar een wachtstatus/classificatie. De zorgtoewijzing blijft hierdoor open staan. De aanbieder kan de zorg zo direct (op)starten als dat nodig is.
- **MUT21:** Overdracht zorgtoewijzing. Cliënt is nog niet in zorg, geen MAZ aanwezig. Overdracht via MUT21 gaat altijd over **dezelfde zorg/ leveringsvorm**, maar dan bij andere (voorkeur)aanbieder
- **MUT18:** Zorgaanbieder kan de zorg (nog) niet leveren/starten. Cliënt wil **wel** zorg krijgen van deze aanbieder, maar die heeft een wachtlijst. De zorgaanbieder geeft bij deze MUT-code altijd een wachtstatus/classificatie door aan het zorgkantoor. Zie paragraaf 2.8

### Voorbeelden

- Een cliënt vraagt een indicatie aan voor verblijfszorg. De cliënt wist niet dat in de Wlz ook zorg thuis wordt geleverd, dat heeft de voorkeur. De voorkeuraanbieder kan zorg thuis leveren via VPT. De cliënt stemt hiermee in. De al toegewezen verblijfszorg moet daarvoor worden omgezet naar VPT, anders kan de aanbieder deze zorg niet leveren en declareren. De aanbieder (DH) regelt dit via een Mutatiebericht (MUT<sub>12</sub>/leveringsstatus Einde zorg) op de huidige zorgtoewijzing voor verblijfszorg en vraagt gelijktijdig een nieuwe zorgtoewijzing aan voor VPT. Het zorgkantoor trekt de oude zorgtoewijzing in en stuurt een nieuwe zorgtoewijzing voor hetzelfde zorgprofiel met leveringsvorm VPT.
- Een cliënt krijgt zorg thuis via een MPT. Cliënt wil alle zorg thuis liever zelf inkopen via een Pgb. De aanvraag hiervoor loopt bij het zorgkantoor (de cliënt moet een Pgb altijd zelf aanvragen, een aanbieder kan dit niet voor de cliënt doen). Zodra de cliënt toestemming krijgt voor een Pgb, stopt de cliënt het MPT bij de zorgaanbieder vanaf de ingangsdatum Pgb. De aanbieder levert een Mutatiebericht aan, met de juiste einddatum/mutatiedatum en mutatie-code, om de zorg stop te zetten (MUT<sub>19</sub>/Einde zorg). Het zorgkantoor trekt vervolgens de zorgtoewijzing voor het MPT in met de juiste einddatum.
- Een cliënt krijgt verblijfszorg van aanbieder A, maar wil graag dichterbij familie gaan wonen. Zijn nieuwe voorkeuraanbieder heeft direct plaats. Zorgaanbieder A (huidige DH) regelt de overplaatsing naar de nieuwe voorkeuraanbieder (nieuwe DH). Zorgaanbieder A levert hiervoor bij de zorgtoewijzing voor Verblijf een Mutatiebericht aan en vult Mutatiecode 17 (Einde zorg: de cliënt maakt al gebruik van verblijfszorg/er is een MAZ aanwezig). Zorgaanbieder A vult daarnaast in het Mutatiebericht de Instelling van bestemming (agb-code). Het zorgkantoor weet dan naar welke zorgaanbieder de cliënt verhuist en maakt voor deze nieuwe zorgtoewijzing automatisch een zorgtoewijzing aan. Omdat de huidige DH de MUT<sub>17</sub> aanlevert, vult het zorgkantoor de nieuwe aanbieder ook in het veld dossierhouder.

Tabel 12 Voorbeeldsituaties Mutatiebericht/AW39-bericht

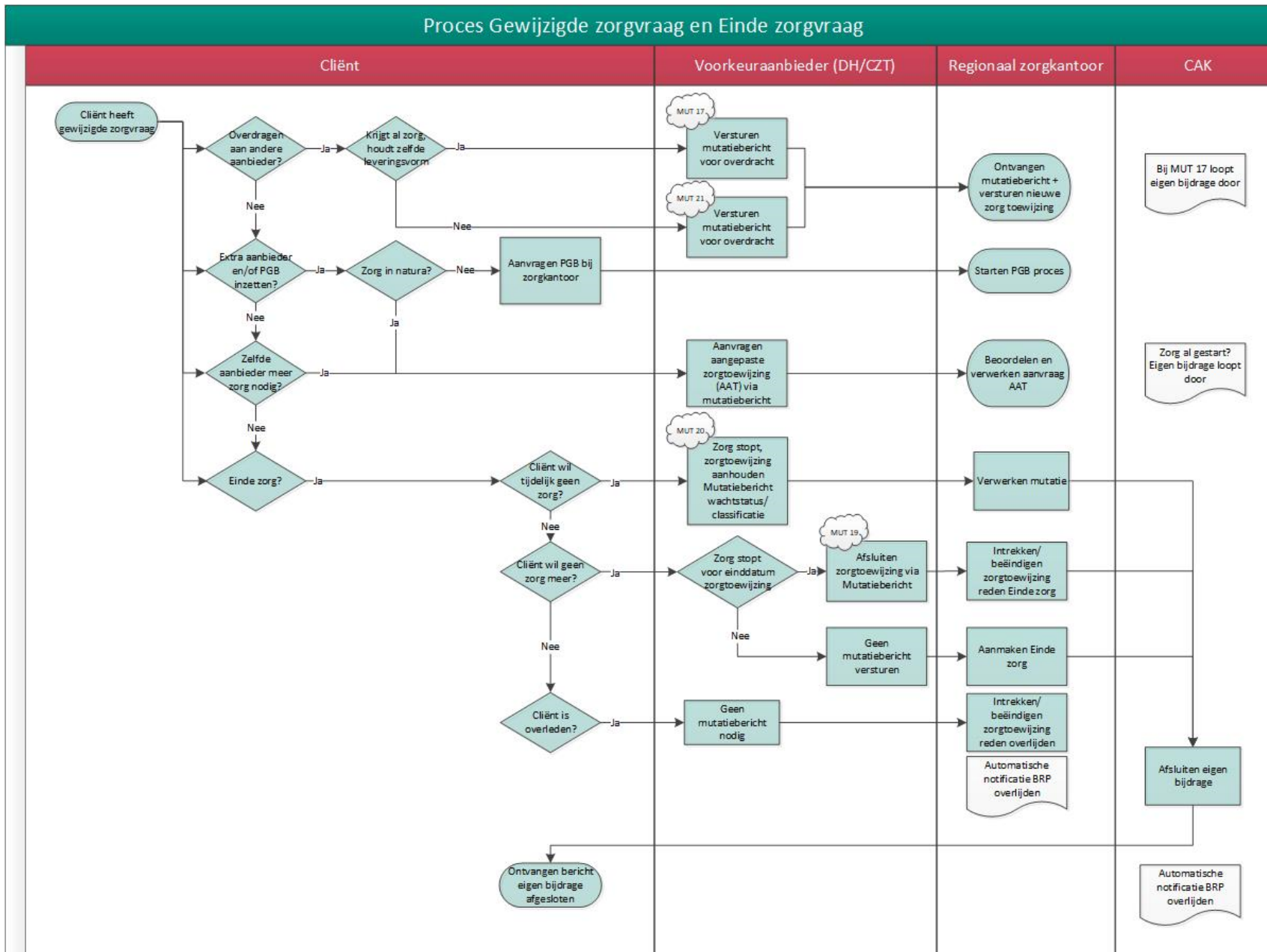
#### 2.7.4 Procesafspraken voor het Mutatiebericht/Einde zorg-bericht

- Via een Mutatiebericht met MUT-code 17, 19 of 21 geeft de zorgaanbieder aan dat de zorgvraag is beëindigd. Het zorgkantoor stuurt in deze situaties géén nieuwe zorgtoewijzing met gewijzigde einddatum naar de aanbieder. Dat gebeurt wel als een zorgtoewijzing op initiatief van het zorgkantoor wordt ingetrokken. In dit bericht staat voor de zorgaanbieder dan de reden van intrekking: herindicatie, negatief indicatiebesluit, cliënt overleden, overplaatsing, verhuizing of andere aanbieder heeft cliënt in zorg genomen.
- Na intrekking van een zorgtoewijzing, kan er een zorgtoewijzing over blijven van 1 dag. (Een zorgtoewijzing wordt na een Mutatiebericht nooit volledig verwijderd). De zorgaanbieder kan deze 1-dags zorgtoewijzing negeren als er op die dag geen zorg is geleverd. Zorgtoewijzingen van 1 dag worden uitgesloten van de (landelijke) wachtlijstinformatie.
- Is er op deze 1-dags zorgtoewijzing zorg geleverd? Dan stuurt de zorgaanbieder een MAZ, zodat de zorg op deze dag gedeclareerd worden (dat lukt niet zonder MAZ). Een Melding Einde Zorg (MEZ) aanleveren is niet nodig, omdat de zorgtoewijzing eindigt op die dag.
- Is er op de dag van de 1-dags zorgtoewijzing géén zorg geleverd, maar per ongeluk al wel een MAZ aangeleverd? Dan verwijdert de zorgaanbieder deze MAZ zodat er niet onterecht een eigen bijdrage (door)loopt.

- Een zorgaanbieder **levert géén mutatie-bericht (MEZ)** aan voor alle situaties waar de zorg eindigt op de einddatum van de zorgtoewijzing. Het zorgkantoor maakt voor deze situaties zelf een 'MEZ' aan in het eigen systeem en bepaalt vervolgens of deze informatie naar het CAK moet worden gestuurd voor het beëindigen van de eigen bijdrage oplegging. Dat gebeurt alleen als alle Wlz-zorg bij een cliënt is stopt. De zorgaanbieder kan in deze situaties natuurlijk wel (handmatig) een MEZ in het eigen systeem zetten om de zorg af te sluiten als dit voor de interne processen of verantwoording nodig is.
- Stopt de zorg eerder dan de einddatum van de zorgtoewijzing? Dan levert de zorgaanbieder altijd een Mutatiebericht (MEZ) aan om een Einde zorg kenbaar te maken bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor bepaalt of deze informatie naar het CAK moet worden gestuurd om het opleggen van de eigen bijdrage te beëindigen.
- Overlijdt een cliënt en eindigt de zorg daardoor eerder dan de einddatum van de zorgtoewijzing? Dan stuurt een zorgaanbieder géén Mutatiebericht (MEZ). Zorgkantoren en het CAK ontvangen overlijdensdata rechtstreeks vanuit het Basisregistratie Personen (BRP). Het CAK gebruikt deze BRP-meldingen voor een juiste beëindiging van de eigen bijdrage<sup>46</sup>. Doordat de aanbieder bij het overlijden geen Mutatiebericht (MEZ) aanlevert, kan er geen verschil in overlijdensdata ontstaan. Het CAK handelt het beëindigen van de eigen bijdrage bij overlijden met aangepaste communicatie af.
- Eindigt de zorg (thuis) voor een terminale cliënt eerder omdat iemand bijvoorbeeld in het ziekenhuis of een hospice is opgenomen en niet meer thuishoort of terugkeert naar de instelling? Dan levert de zorgaanbieder wel een Mutatiebericht (MEZ) aan. De eigen bijdrage voor een cliënt kan dan eerder stoppen.

---

<sup>46</sup> Om deze reden wordt mutatiecode 02 (Overlijden) niet meer gebruikt in het mutatie bericht (AW39).



Figuur 7 Processtappen Gewijzigde zorgvraag en Einde zorgvraag



## 2.7.5 Rollen leveringsstatus In zorg en Einde Zorgvraag

### 2.7.5.1 Leveringsstatus In zorg

Rol Zorgkantoor	Rol Zorgaanbieder
Monitoren tijdige en juiste aanlevering MAZ-bericht.	Tijdige en juiste aanlevering van MAZ-bericht. Binnen 5 werkdagen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nadat de zorg is gestart én de zorgaanbieder hiervoor al een zorgtoewijzing heeft ontvangen.</li><li>• Na overdracht van de sleutel (bij opname).</li><li>• Na ontvangst van de zorgtoewijzing als de zorg al is gestart vóór ontvangst van de zorgtoewijzing. De zorgtoewijzing gaat dan met terugwerkende kracht in.</li></ul>

Tabel 12a Rollen leveringsstatus In zorg

### 2.7.5.2 Leveringsstatus Einde zorg

Rol Zorgkantoor	Rol Zorgaanbieder
<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoren tijdige en juiste aanlevering MUT/ MEZ-bericht.</li><li>• Afstemmen met cliënt of aanbieder als er geen enkele vorm van zorg gewenst is óf alle Wlz-zorg volledig is gestopt. En iemand niet in beeld wil blijven bij een aanbieder (Wacht uit voorzorg). Afhankelijk van de reden wordt een nieuw contactmoment met de cliënt afgesproken.</li><li>• In deze situaties registreert het zorgkantoor bij een nog geldig indicatiebesluit dat de cliënt voorlopig afziet van zorg. Anders wordt deze cliënt meegeteld in de landelijke wachtlijst-informatie.</li></ul>	Tijdige en juiste aanlevering van MEZ-bericht. Binnen 5 werkdagen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Na beëindiging van de zorglevering én de zorgaanbieder hiervoor al een zorgtoewijzing heeft ontvangen (alleen als de zorg eerder eindigt dan de einddatum van de zorgtoewijzing).</li><li>• Na ontvangst van de zorgtoewijzing als deze met terugwerkende kracht ingaat én de zorg al voor de toewijzdatum is gewijzigd of beëindigd.</li></ul>

Tabel 12b Rollen leveringsstatus Einde zorgvraag

## 2.8 Mutatiebericht en Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing

Een **Mutatiebericht (AW39-bericht)** wordt gebruikt om:

- Leveringsstatus Einde zorg(vraag) door te geven (zie paragraaf 2.7) of
- Een wachtstatus/classificatie door te geven (zie paragraaf 2.5).
- In beide situaties kan gelijktijdig een nieuwe of aangepaste zorgtoewijzing worden aangevraagd (AAT). AAT staat voor Aanvraag Aangepaste (zorg)Toewijzing.
- Alleen een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) aan te vragen.

### 2.8.1 Wanneer een Aanvraag Aangepaste (zorg)Toewijzing indienen?

- Het CIZ registreert bij de indicatiestelling maximaal één voorkeuraanbieder bij de cliënt (of leveringsvorm Pgb). Wil een cliënt de zorg graag van deze aanbieder krijgen? En is de toegewezen leveringsvorm ook de beste passende (of gewenste) leveringsvorm? Dan is er géén aangepaste (nieuwe) zorgtoewijzing nodig. De zorgaanbieder gebruikt de informatie in de zorgtoewijzing om het gesprek met de cliënt over de zorgbehoefte op te starten.
- Is een andere leveringsvorm (later) beter passend (of gewenst)? Wil de cliënt (later) de voorkeuraanbieder wijzigen, zorg van meerdere aanbieders krijgen of is er meer budget? Dan wordt hiervoor een **Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT)** ingediend bij het zorgkantoor. Een Aangepaste zorgtoewijzing kan op ieder moment worden aangevraagd.
- Is er een zorgtoewijzing nodig voor een ander zorgprofiel, omdat de zorgaanbieder niet voor dit profiel gecontracteerd is/ wordt? Dan dient de zorgaanbieder een AAT in voor een gecontracteerd, instellings-eigen zorgprofiel (zie H4 en bijlage C). Anders kan de aanbieder de geleverde zorg niet declareren. Deze situatie geldt alleen voor VPT, DTV of Verblijf.

iWlz- bericht	Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT) via Mutatiebericht
MUT-code en AAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutatiecode waarbij gelijktijdig een aanvraag voor een aangepaste zorgtoewijzing (AAT) kan worden ingediend:  <b>MUT12:</b> Cliënt wil de zorg (nog) niet  <b>MUT18:</b> Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren  <b>MUT19:</b> Einde zorg</li> <li>• Mutatiecode waarmee alléén de voorkeuraanbieder wordt gewijzigd:  <b>MUT17:</b> Overplaatsing (altijd dezelfde zorg)  <b>MUT21:</b> Overdracht (altijd dezelfde zorg)</li> </ul>
Alleen AAT (géén MUT-code)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutatie-bericht gebruiken voor alléén een aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT).</li> </ul>
Wel MUT/Géén AAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutatiecode waarmee de zorgtoewijzing ongewijzigd blijft:  <b>MUT20:</b> Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing aanhouden</li> </ul>
<p><b>Eerste contact nieuwe (onbekende) cliënt</b>  Voor elke cliënt die de 1<sup>e</sup> keer wordt toegewezen aan een zorgaanbieder (agb-code) heeft deze aanbieder, na ontvangst van de zorgtoewijzing, <b>maximaal 10 werkdagen</b> tijd om een leveringsstatus (In zorg of Einde zorg) óf een mutatiebericht (wachtstatus en/of AAT) aan te leveren. Let op: het gaat om de 1<sup>e</sup> zorgtoewijzing van een cliënt aan deze zorgaanbieder/ agb-code ongeacht 1<sup>e</sup> indicatie of herindicatie(s).  Een mutatiebericht wordt aangeleverd als iemand niet direct in zorg kan worden genomen. Lukt het een aanbieder niet om <b>binnen 10 werkdagen</b> contact te leggen met een nieuwe cliënt? Om een reden die bij de cliënt ligt (zoals niet bereikbaar)? Dan stuurt de zorgaanbieder voorlopig een <b>MUT18 met wachtstatus Wacht op voorkeur en classificatie Geen aanvullende wensen</b>.</p>	

iWlz- bericht	Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT) via Mutatiebericht
	<p>Voor onderstaande situaties (wachlijstproblematiek) <b>geldt altijd een aanlevertermijn van maximaal 5 werkdagen</b> na ontvangst van de zorgtoewijzing (<b>nieuwe cliënt en bekende cliënt</b>). Uitgangspunt daarbij is dat de voorkeuraanbieder al eerder contact opneemt met het zorgkantoor doordat de urgentie van een cliëntsituatie hier om vraagt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgent plaatsen, Geen crisisbed beschikbaar</li> <li>• Urgent plaatsen, PTZ</li> <li>• Urgent plaatsen, Wzd Art. 28a</li> </ul> <p><b>Bij een bekende cliënt wordt een mutatie op een zorgtoewijzing binnen 5 werkdagen na de mutatie-dag</b> (verandering in zorg of wachtstatus/classificatie) doorgegeven aan het zorgkantoor.</p>
Voorbeelden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een cliënt heeft verblijfszorg nodig. De voorkeuraanbieder heeft een wachtlijst. Om de wachtperiode tot opname verantwoord te overbruggen, is zorg thuis nodig in de vorm van een Modulair pakket thuis (MPT). Het MPT wordt door een andere aanbieder geleverd. De voorkeuraanbieder (dossierhouder) meldt via een Mutatiebericht met MUT-code 18, dat de verblijfszorg nog niet kan worden geleverd. En geeft de wachtstatus/classificatie door die van toepassing is bij de cliënt. Tegelijkertijd vraagt de dossierhouder via dit mutatie-bericht de overbruggingszorg aan voor de andere zorgaanbieder.</li> <li>• Een cliënt krijgt zorg thuis via een MPT. De zorg is thuis niet meer verantwoord te organiseren. Er is nog geen zorgtoewijzing voor verblijfszorg voor de cliënt. In overleg met de cliënt vraagt de coördinator zorg thuis (CZT) een zorgtoewijzing voor verblijfszorg aan via een Mutatiebericht. Omdat de zorg thuis ongewijzigd doorloopt hoeft er geen Mutatiecode aangeleverd te worden, alleen een AAT.</li> </ul>

Tabel 13 Voorbeeldsituaties voor AAT en/of mutatie in AW39-bericht

## 2.8.2 Voorkeuraanbieder(s), leveringsvorm en percentage

### Zorgtoewijzing bevat leveringsvorm én percentage (weekbudget)

- Via een zorgtoewijzing geeft het zorgkantoor indirect het budget mee dat beschikbaar is voor de in te zetten zorg per week. De hoogte van het weekbudget varieert. Dit hangt af van het geïndiceerde of toegewezen profiel én de leveringsvorm. Dit budget is cliëntvolgend.
- In de zorgtoewijzing is het beschikbare weekbudget niet als een bedrag opgenomen maar wordt dit uitgedrukt in een percentage (%)<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> Door te werken met een percentage (%) proberen zorgkantoren te voorkomen dat er een nieuwe zorgtoewijzing moet worden aangevraagd om het beschikbare budget opnieuw kloppend te maken, als een landelijk tarief voor een of meer prestaties wijzigt.

- Het beschikbare weekbudget voor een bepaald zorgprofiel bij een bepaalde leveringsvorm noemen we het basisbudget. Dit basisbudget wordt altijd uitgedrukt in een percentage van 100%, ongeacht de leveringsvorm.
- Via de Rekenmodule is het weekbudget per zorgprofiel/leveringsvorm op te halen. Vul daarvoor de gewenste combinatie in de Rekenmodule (zie paragraaf 2.8.3).

### **Toegewezen % in zorgtoewijzing**

- Het basisbudget (100%) wordt door de zorgaanbieder(s) gebruikt voor de inzet van zorg, ook als er minder budget nodig is voor de noodzakelijke zorg bij de cliënt.
- Is er één zorgaanbieder betrokken bij een cliënt? En past de zorg binnen het basisbudget? Dan hoeft er géén lager % te worden aangevraagd dan 100%. Dit maakt de inzet van zorg flexibeler, eenvoudiger en geeft minder administratieve last omdat er minder vaak een AAT nodig is. Minder zorg declareren kan altijd. Declaratie vindt plaats op basis van de geleverde zorg, dat kan minder zijn dan het toegewezen percentage.
- Wordt er een extra aanbieder bij de cliënt betrokken dan is vrijwel altijd<sup>48</sup> een AAT nodig. Zonder zorgtoewijzing kan een nieuwe aanbieder de geleverde zorg anders niet declareren. Denk aan de situatie dat een cliënt dagbesteding van een andere zorgaanbieder wil dan de zorgaanbieder die het MPT thuis levert. In deze situatie vraagt de coördinator zorg thuis (CZT) hiervoor een AAT aan bij het zorgkantoor.
- Zijn er meerdere zorgaanbidders bij een cliënt betrokken en blijft de verdeling van het budget onder de 100 %? Verdeel het resterende budget dan op een logische manier over de aanbieders. Vraag geen lager percentage aan dan 100 %. Dat beperkt de flexibiliteit bij een stijgende zorgvraag. Minder zorg declareren kan altijd.
- Past de zorg binnen het (totaal) toegewezen %, dan kan de zorgaanbieder direct een Melding aanvang zorg (MAZ/AW35-bericht) aanleveren voor de toegewezen leveringsvorm. Is er meer budget nodig (>100%) dan is er altijd een AAT nodig om dit aan te vragen.
- Wordt ZIN gecombineerd met Pgb? Dan is er altijd een AAT en Rekenmodule nodig om een juiste verdeling te maken van het budget tussen ZIN en Pgb. Zorg die met Pgb<sup>49</sup> wordt ingekocht kan een zorgaanbieder niet in een AAT opnemen (zie H3 en H4). Het proces voor het aanvragen van een Pgb loopt buiten iWlz om. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor het opstarten van een Pgb en meldt zich daarvoor rechtstreeks bij het zorgkantoor.

### **Wat is belangrijk voor een Aanvraag Aangepaste (zorg)Toewijzing?**

- Alleen een zorgaanbieder die de rol van coördinator zorg thuis (CZT) of dossierhouder (DH) heeft, kan een AAT aanvragen. Een zorgaanbieder die een van deze rollen niet heeft, kan dus zelf géén AAT aanvragen. Zo houdt de zorgaanbieder die het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt is voor een cliënt overzicht over de zorg (in natura) die een cliënt krijgt.
- In één AAT kunnen alleen zorgtoewijzingen worden aangevraagd voor één leveringsvorm: bijvoorbeeld óf leveringsvorm MPT óf leveringsvorm VPT, niet allebei tegelijkertijd.

<sup>48</sup> Er is niet altijd een AAT nodig voor een aanbieder die behandeling levert. Denk aan inzet van behandeling door een Borg-instelling of een behandel-consult. Dit loopt buiten het iWlz-berichten verkeer om.

<sup>49</sup> Voor Pgb geldt dat in de toekenningsbeschikking een bedrag wordt opgenomen, geen percentage.

- De AAT moet voor één leveringsvorm altijd alle actuele zorg bevatten. Ook als er voor een van de betrokken zorgaanbieders niets wijzigt in zijn zorgtoewijzingen. Ontbreekt in een AAT voor MPT bijvoorbeeld een bepaalde periode voor een thuiszorgaanbieder? Dan wordt het MPT voor deze periode niet opnieuw toegewezen aan die zorgaanbieder. Over de ingezette zorg in deze periode loopt de aanbieder een financieel risico omdat geleverde zorg, zonder bijbehorende zorgtoewijzing, niet gedeclareerd<sup>50</sup> kan worden.
- Uitzondering: in een AAT voor leveringsvorm Verblijf wordt alléén een wijziging aangevraagd. Een bestaande en nog actuele zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf wordt dus niet in de AAT opgenomen als hier voor een aanbieder niets is veranderd. Deze wordt dan niet ingetrokken als die 'ontbreekt' in een AAT voor Verblijf (Opname Ja of Nee).
- Een aanbieder is zelf verantwoordelijk voor het regelen van een passende zorgtoewijzing via de CZT of DH. Vanzelfsprekend bewaakt de CZT/ DH of alle actuele zorg in de aanvraag voorkomt. Bij twijfel wordt daarover afgestemd met de betrokken aanbieder(s).
- Ontvangt een zorgaanbieder dezelfde (ongewijzigde) zorgtoewijzing nog een keer dan is dat **een informatieve zorgtoewijzing**. Op deze zorgtoewijzing hoeft de aanbieder niet opnieuw een MAZ- of MUT-bericht te sturen als die al is aangeleverd en de situatie niet is veranderd. Zorgaanbieder(s) die een gewijzigde zorgtoewijzing ontvangen moeten wel opnieuw een MAZ- of MUT-bericht sturen als dit van toepassing is.
- Een **informatieve zorgtoewijzing behoudt zijn oorspronkelijke zorgtoewijzingsdatum en zorgtoewijzingstijd (die worden overgenomen in de nieuwe zorgtoewijzing)**.
- Via de AAT wordt ook de Soort zorgtoewijzing aangevraagd: Regulier of Overbrugging. Soort zorgtoewijzing Regulier is van toepassing voor de zorg/leveringsvorm die een passende oplossing biedt voor iemand en is toegewezen aan de voorkeuraanbieder. Is er sprake is van een wachtlijst voor bij de voorkeuraanbieder, dan wordt voor de zorg tijdens de wachtperiode soort zorgtoewijzing Overbrugging gebruikt.
- Naast soort zorgtoewijzing Regulier en Overbrugging bestaat soort zorgtoewijzing Administratief. Deze wordt niet via een AAT aangevraagd maar via het Notitieverkeer. In welke situaties een zorgaanbieder deze aanvraagt, staat in paragraaf 4.3.9.
- Verandert de wachtstatus (leveringsstatus) of classificatie voor een cliënt? Dan wordt dit altijd aan het zorgkantoor doorgegeven via een Mutatiebericht. Anders klopt de (landelijke) wachtlijstinformatie niet en het bijbehorende wachtlijstbeheer (zie paragraaf 2.5).
- Het zorgkantoor beoordeelt een AAT binnen 2 werkdagen na ontvangst van het Mutatiebericht of laat de zorgaanbieder weten hier extra tijd voor nodig te hebben.

### 2.8.3 AAT en Rekenmodule met vragenlijst

Zorgkantoren stellen landelijk een Rekenmodule beschikbaar met een vragenlijst (adviesgedeelte) om zorgaanbieders, OCO's, budgethouders en zorgkantoren te ondersteunen in het zorgtoewijzingsproces. Deze Rekenmodule is rechtstreeks te benaderen via een openbare webapplicatie<sup>51</sup> via <https://apps.vecozo.nl/RekenmoduleWLZ/>

<sup>50</sup> Met uitzondering van bepaalde vormen van behandeling die wel zonder zorgtoewijzing gedeclareerd kunnen worden.

<sup>51</sup> Voor het benaderen van de Rekenmodule is geen login of certificaat nodig omdat in de Rekenmodule geen privacy gevoelige cliëntgegevens worden ingevuld.

## Doel Rekenmodule

De Rekenmodule is een hulpmiddel voor:

- Het gesprek met de cliënt over doelmatige zorg inzet, bij alleen ZIN.
- Het gesprek met de budgethouder of budgetbeheerder bij een combinatie ZIN met Pgb.
- Partijen om het budget (%) voor de noodzakelijke zorg te berekenen of opnieuw te berekenen bij een gewijzigde zorgvraag.
- De verdeling van het budget (%) over meerdere zorgaanbieder(s) en/of Pgb.
- De zorgaanbieder bij het indienen van een AAT: het berekende budget wordt uitgedrukt in een %, dit percentage wordt gevuld in de AAT.
- De zorgaanbieder en het zorgkantoor om te berekenen of het benodigde zorgarrangement thuis doelmatig is en past binnen het basisbudget. Of dat er extra budget moet worden aangevraagd bij een cliënt met een intensieve zorgvraag (zie paragraaf 3.3.6 en 3.3.7).
- Onderlinge afstemming tussen partijen. Download daarvoor eerst de Rekenmodule (met Adviesformulier). Via de download wordt een ZIP-bestand<sup>52</sup> aangemaakt dat kan worden verstuurd. Het ZIP-bestand bevat een leesbaar PDF- en een technisch JSON-bestand. Is de Rekenmodule volledig ingevuld? Verstuur het ZIP- bestand dan naar het zorgkantoor via het Notitieverkeer<sup>53</sup>, als bijlage in een notitie Cliënt. Stuur gelijktijdig ook de bijbehorende AAT via iWlz als die nodig is. Het JSON-bestand kan later ook opnieuw geïmporteerd worden in de Rekenmodule (Upload) om gegevens aan te passen en een nieuwe berekening te maken.
- De eigen administratie van een partij. Na het invullen van de Rekenmodule kan deze worden gedownload en opgeslagen in de eigen administratie.

## Berekening Rekenmodule

- In het zorginkoopbeleid bepalen zorgkantoren welk tarief een zorgaanbieder maximaal mag declareren voor een bepaalde prestatie. Zorginkoop stelt daarvoor elk jaar een richttariefpercentage<sup>54</sup> vast. Per sector (VV, GZ of GGZ) geldt een eigen richttariefpercentage.
- In de Rekenmodule worden elk jaar de actuele, te leveren zorgprestaties ingelezen voor de Wlz (NZa-beleidsregels). Vervolgens wordt het maximale NZa-tarief voor een zorgprestatie omgezet naar een Rezentarief. Dit Rezentarief is gebaseerd op de verschillende richttariefpercentages per sector. Alleen voor de prestaties die horen bij de leveringsvorm MPT wordt voor alle sectoren gerekend met hetzelfde gewogen, gemiddeld Rezentarief<sup>55</sup>.
- De Rekenmodule rekent met **vaste Rezentarieven** en **niet met de individuele tarieven** die het zorgkantoor met een zorgorganisatie heeft afgesproken. Dit vereenvoudigt het gebruik van de Rekenmodule. Bijvoorbeeld als meerdere zorgaanbieders bij een cliënt zorg leveren, die afwijkende tarieven hebben voor een prestatie(s). Is het afgesproken tarief lager of hoger dan het tarief in de Rekenmodule? Dan is er respectievelijk meer of minder ruimte

<sup>52</sup> Een ZIP-bestand is een kleiner gemaakt bestand, waarin een of meer bestanden zitten.

<sup>53</sup> Voor het versturen van een Rekenmodule via Notitieverkeer is wel een Vecozo certificaat nodig omdat in de notitie Cliënt aanvullende, privacygevoelige cliëntgegevens worden gevuld (beveiligde communicatie).

<sup>54</sup> Inkoop van langdurige zorg - Zorgverzekeraars Nederland (zn.nl)

<sup>55</sup> In de Rekenmodule is aan een sector een bijbehorende groep zorgprofielen gekoppeld. Deze indeling kan afwijken van de inkoopmethodiek waarbij wordt ingeschreven voor één sector: het richttarief% voor deze sector geldt voor alle te leveren zorg, ongeacht het zorgprofiel. Voorbeeld: schrijft een zorgaanbieder zich in het inkooptraject in voor de sector VV, maar levert deze aanbieder ook zorg aan iemand met een indicatie voor een VG-zorgprofiel? Dan wordt het richttarief% voor de sector VV ook toegepast op dit VG-profiel. De Rekenmodule houdt geen rekening met deze inkoopmethodiek. Dat kan verwarrend zijn voor een zorgaanbieder als die, afhankelijk van het gekozen zorgprofiel, in de Rekenmodule te maken krijgt met verschillende Rezentarieven bij dezelfde MPT-prestaties.

voor de in te zetten zorg. Zorgaanbieders moeten dit zelf doorrekenen, omdat er nog geen afwijkende tarieven in de Rekenmodule kunnen worden ingevoerd.

- Welk basisbudget er beschikbaar is voor een cliënt, wordt zichtbaar als in de Rekenmodule de startdatum van de te leveren zorg wordt gevuld, de leveringsvorm, de sector en het geïndiceerde zorgprofiel. Vervolgens kunnen de prestaties van het benodigde zorgarrangement worden gevuld en wordt duidelijk of er extra budget moet worden aangevraagd of niet. Hoe dat precies in de Rekenmodule werkt, wordt toegelicht in de handleiding bij de Rekenmodule. Deze is terug te vinden boven de blauwe menubalk van de Rekenmodule (onder Over de Rekenmodule).

De CZT/DH levert een Rekenmodule aan bij het zorgkantoor als:

- De kosten voor (overbruggings)zorg thuis minimaal 25% hoger liggen dan het beschikbare basisbudget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel. Dat hoeft niet in elke situatie. Zie paragraaf 3.3 (toeslagen zorg thuis).
- Er sprake is van een combinatie ZIN en Pgb.
- Het zorgkantoor hier om vraagt. Bijvoorbeeld vanwege lopende casuïstiek bij het zorgkantoor of een ontvangen vraag of klacht van een cliënt over de zorg. De zorgaanbieder levert de Rekenmodule uiterlijk 2 werkdagen na dit verzoek aan bij het zorgkantoor.
- Het zorgkantoor hier om vraagt, om gemaakte kosten te verantwoorden. Bijvoorbeeld omdat gedeclareerde zorg het toegewezen budget overschrijdt. (Het zorgkantoor voert hier periodiek een achteraf controle op uit). Overschrijding van het budget is voor risico van de aanbieder en kan niet afgewenteld worden op een cliënt. Tenzij nadrukkelijk met de cliënt is overeengekomen dat iemand zelf extra (niet noodzakelijke) zorg of begeleiding wil inkopen. Deze kosten mogen dan niet bij het zorgkantoor worden gedeclareerd. De gemaakte afspraken worden in deze situaties expliciet vastgelegd in de zorgovereenkomst.

### **Doel Adviesgedeelte in de Rekenmodule**

In de Rekenmodule is een vragenlijst beschikbaar voor de zorgaanbieder om te onderbouwen of de zorg thuis voor een cliënt verantwoord kan worden georganiseerd. Met deze onderbouwing kan het zorgkantoor ook beoordelen of een cliënt verantwoord thuis kan blijven wonen.

De aanbieder vult de vragenlijst in het Adviesformulier en stuurt deze naar het zorgkantoor als:

- Er een inhoudelijke onderbouwing wordt gevraagd bij de aanvraag voor extra budget (maatwerktoeslag of Meertzorg zie paragraaf 3.3.7).
- (Een van) de betrokken aanbieder(s) twijfelt over verantwoorde inzet van zorg thuis of van mening is dat de zorg thuis niet verantwoord<sup>56</sup> geleverd kan worden. Deze situaties kunnen ook voorkomen als zorg thuis nog past binnen het basisbudget.

Denk aan zorgmijders, cliënten met verminderd zelfregie of een (dreigend) overbelast mantelzorg-systeem, cliënten waarbij sprake is van onvrijwillige zorg thuis (Wzd) of cliënten waarbij het noodzakelijke 24 uren toezicht of zorg in nabijheid niet 'goed' ingeregeld kan worden. Het zorgkantoor gebruikt het formulier om met betrokken partijen het gesprek aan te gaan en voor besluitvorming over deze situatie.

---

<sup>56</sup> Er kan dan ook sprake zijn van afweging voor een aanvraag voor Besluit tot opname en verblijf (Wzd).

- Het zorgkantoor hier gemotiveerd om vraagt. Dat kan bijvoorbeeld op basis van een signaal van derden, op basis van lopende casuïstiek bij het zorgkantoor of op basis van een aangevraagde zorgtoewijzing met een (erg) hoog percentage. De zorgaanbieder levert het formulier uiterlijk 2 werkdagen na dit verzoek aan bij het zorgkantoor.

#### **Procesafspraken rond verantwoorde zorg thuis**

- Bij ontoreikende zelfregie van een cliënt en de aanwezigheid van een gevaarscriterium<sup>57</sup> registreert de zorgaanbieder in het cliëntdossier hoe het noodzakelijke, toezicht (24/7) of zorg in de nabijheid is geregeld. En hoe (gezondheid)risico's voor de cliënt worden voorkomen. Datzelfde geldt voor de situatie van onvrijwillige zorg thuis (Wzd). Een advies van de huisarts over verantwoorde medische zorg thuis wordt daarbij ook opgevraagd.
- De huisarts is in principe altijd de betrokken eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar. De SO, AVG-arts, medisch specialist of orthopedagoog zijn in deze situaties ondersteunend aan de huisarts. Tenzij anders overeengekomen tussen betrokken medische behandelaars.
- Als het zorgkantoor een situatie wil laten beoordelen door de medisch adviseur van het zorgkantoor dan mag die alleen met toestemming van de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger contact opnemen met de eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar.
- In de situatie van Ademhalingsproblematiek en zeer intensieve zorg (Meerzorg MPT), is bij de zorgverlening altijd een gekwalificeerd zorgprofessional betrokken (bijvoorbeeld een verpleegkundige of SPH'er). Dit geldt zowel voor ZIN als Pgb. Is de zorgaanbieder van mening dat inzet van een hoger deskundigheidsniveau in deze situaties niet noodzakelijk is, dan wordt dit gemotiveerd vastgelegd in het cliëntdossier. Bij andere toeslagen thuis wordt de noodzaak hiervan ook zorgvuldig afgewogen (zie paragraaf 3.3.6 en 3.3.7).
- In de situatie van verpleegtechnisch handelen, kan het zorgkantoor (achteraf) toetsen op aantoonbaar geschoold personeel bij de betrokken Wlz-zorgaanbieder. In alle andere gevallen, zoals Pgb, ligt de regie hiervoor bij de cliënt, zijn (wettelijk) vertegenwoordiger of betrokken medische professional. In de situatie van een Pgb is de vereiste bekwaamheid onderdeel van het bewuste keuze gesprek of periodiek huisbezoek door het zorgkantoor.
- In de situatie van een (medisch) gevaarscriterium wordt ernaar gestreefd dat een (betrokken) zorgprofessional binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn. Tenzij mantelzorg of informele zorg direct en adequaat kan ingrijpen op het (gezondheid)risico. De afspraken hierover zijn vastgelegd in het cliëntdossier. Een (huis)arts moet binnen 10 minuten reageren en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn.

---

<sup>57</sup> Zie bijlage A.



## 2.9 Verantwoordelijk zorgkantoor, CAK en eigen bijdrage

Krijgt iemand Wlz-zorg dan wordt hiervoor vanaf 18 jaar een eigen bijdrage opgelegd. Het verantwoordelijke zorgkantoor regelt dat voor het opleggen van de eigen bijdrage informatie naar het CAK gaat via iWlz-berichten (CA-berichten). Informatie in het MAZ-bericht (AW35-bericht) en Mutatiebericht (MEZ/ AW39-bericht) zijn hiervoor essentieel. Zorgkantoren sturen daarom op een tijdige en juiste aanlevering van deze berichten door de zorgaanbieders aan het zorgkantoor. Dit voorkomt dat er een verkeerde eigen bijdrage wordt opgelegd, dat een cliënt geconfronteerd wordt met een achterstand in de eigen bijdrage betaling (stapelfactuur) of dat de cliënt te lang een eigen bijdrage moet betalen.

### Eigen bijdrage en Melding aanvang zorg, Mutatie/ Melding einde zorg

- Voor het opleggen van de juiste eigen bijdrage<sup>58</sup> zijn de leveringsvorm, de ingangsdatum, de sleuteldatum (verblijfszorg) en de einddatum van belang. Voor elke leveringsvorm (MPT, Pgb, VPT, Deeltijdverblijf of Verblijf) geldt een andere eigen bijdrage systematiek. Het CAK vermeldt daarom de leveringsvorm op de factuur aan de cliënt.
- Bij een aantal leveringsvormen is de hoogte van de eigen bijdrage afhankelijk van de omvang van de geleverde zorg. Zo kan Deeltijdverblijf wekelijks worden geleverd voor 3,5 of 4 of 4,5 etmaal. Voor 3,5 etmaal geldt een andere eigen bijdrage dan voor 4 of 4,5 etmaal, daarom moet het veld Etmalen goed gevuld worden in het MAZ-bericht (AW35). In hoofdstuk 4 wordt deeltijdverblijf (DTV) verder uitgewerkt.
- Ook bij het MPT beïnvloedt de omvang van de geleverde zorg de hoogte van de eigen bijdrage. Als iemand minder dan 20 uur MPT-zorg per maand krijgt, geldt een lage MPT-bijdrage. Anders geldt de hoge MPT-eigen bijdrage. De MPT-eigen bijdrage (laag of hoog) kan per maand wisselen als de omvang van de zorginzet wisselt. Bij start van het MPT legt het CAK in eerste instantie een hoge MPT-eigen bijdrage op aan de cliënt. Die kan later worden aangepast als het CAK voor een cliënt informatie gaat ontvangen van Vektis<sup>59</sup>. Vektis geeft maandelijks de omvang van de geleverd MPT-zorg door, dit gebeurt op basis van de zorg<sup>60</sup> die zorgaanbieders voor deze cliënt declareren bij het zorgkantoor(en).
- Is er sprake van een combinatie van MPT met Pgb. Dan geldt de eigen bijdrage methodiek voor Pgb. Deze is vergelijkbaar met de hogere MPT-eigen bijdrage, omdat bij Pgb niet goed kan worden vastgesteld hoeveel zorg er per maand is ingezet. (Dat kan bij MPT wel aan de hand van de gedeclareerde prestaties door een zorgaanbieder).
- De leveringsvorm Verblijf is van toepassing bij 5 of 6 of 7 etmalen verblijfszorg per week. Het CAK maakt voor het opleggen van de eigen bijdrage geen onderscheid in het aantal ontvangen etmalen verblijfszorg en hanteert altijd 7 etmalen. Dat betekent dat zowel voor 5 of 6 of 7 etmalen de (hoge) intramurale eigen bijdrage van toepassing is.

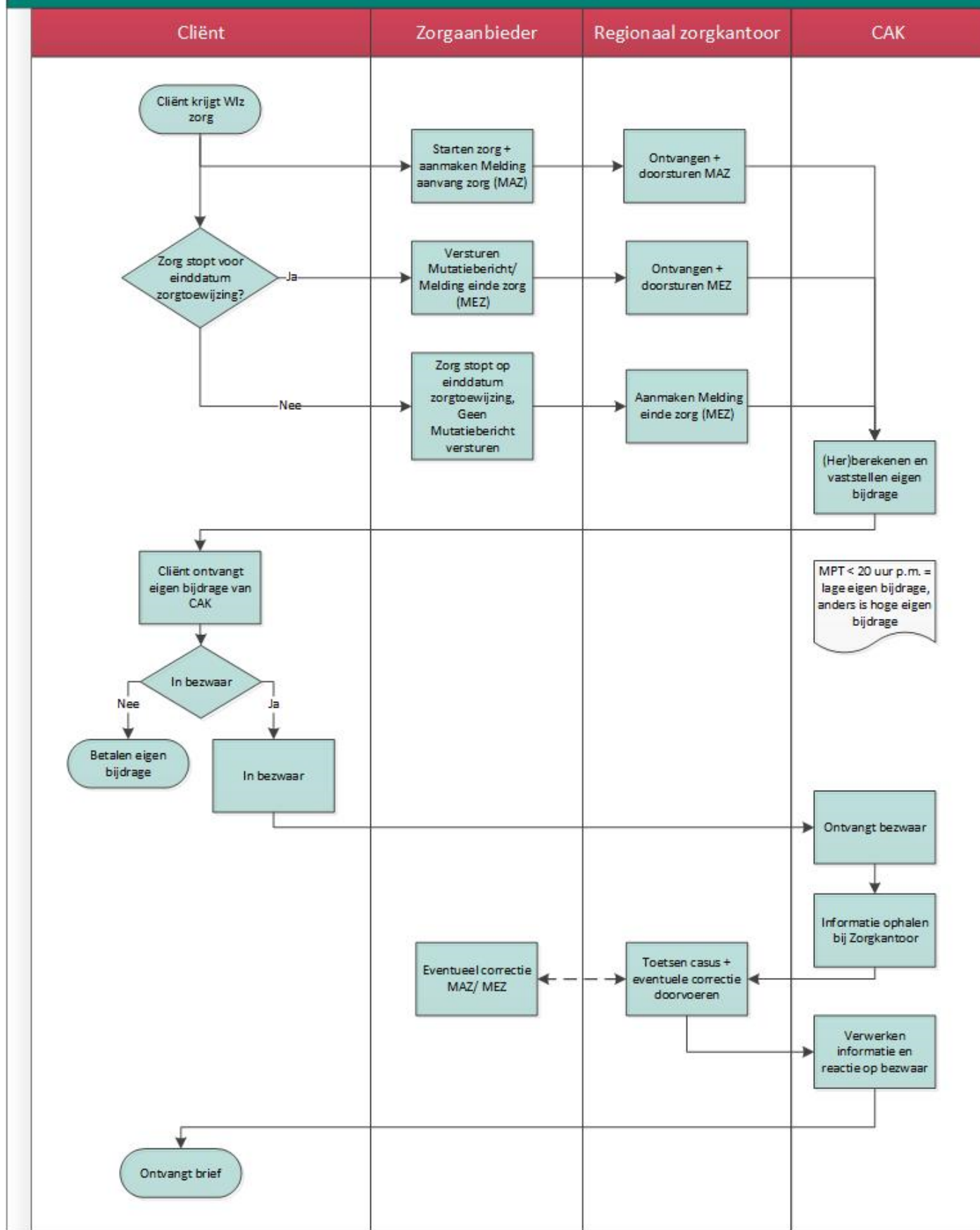
<sup>58</sup> Informatie over de eigen bijdrage heffing is terug te vinden op de website van het CAK.

<sup>59</sup> Vektis verwerkt voor zorgverzekeraars en zorgkantoren de declaratiegegevens van verzekeren en gegevens van zorgaanbieders in het AGB-register. Deze gegevens worden gebruikt voor analyses naar bijvoorbeeld de zorgkosten en voor ondersteuning bij het uitvoeren van wettelijke taken.

<sup>60</sup> Omrekenfactor: 1 dagdeel (4 uur) in groepsverband = 1 uur/ 1 etmaal (24 uur) logeren = 6 uur.

- Voor Verblijfszorg geldt de eerste 4 maanden altijd een lage eigen bijdrage. Daarna wordt meestal een hoge eigen bijdrage betaald maar het CAK kijkt daarvoor eerst naar de situatie van de cliënt. Op de website van het CAK staat hierover meer informatie Moet ik een lage of hoge eigen bijdrage betalen? - CAK
- Voor de leveringsvorm VPT geldt dat het CAK voor het opleggen van de eigen bijdrage net zoals bij verblijfszorg altijd uitgaat van 7 etmalen.
- Het zorgkantoor bepaalt of informatie uit een ontvangen MAZ-bericht wordt doorgestuurd naar het CAK. Belangrijk daarin is of het de eerste MAZ is (juiste ingangsdatum en leveringsvorm) of een MAZ na wijziging van een leveringsvorm (dan kan een andere eigen bijdrage van toepassing zijn).
- Het zorgkantoor bepaalt ook of informatie uit een MUT/ MEZ -bericht wordt doorgestuurd naar het CAK. Daarvoor kan een ontvangen MEZ van een zorgaanbieder worden gebruikt (zie paragraaf 2.7) of een 'Einde zorg' die het zorgkantoor zelf heeft aangemaakt.
- Is het voor het zorgkantoor, door overlappende zorgtoewijzingsperiodes, niet duidelijk welke informatie naar het CAK moet worden gestuurd? Dan kan het zorgkantoor bij de zorgaanbieder om aanvullende informatie vragen (via Notitieverkeer).
- Wordt er een nieuw indicatiebesluit afgegeven voor iemand die Wlz-zorg krijgt? Dan wordt de actuele zorgtoewijzing(en) ingetrokken met reden Herindicatie. Op het nieuwe indicatiebesluit volgt dan weer een zorgtoewijzing(en). Krijgt de cliënt direct Wlz-zorg? Dan levert deze zorgaanbieder alléén een MAZ aan op de zorgtoewijzing. Zo weet het zorgkantoor dat de eigen bijdrage moet doorlopen bij een cliënt. Wordt dezelfde zorg (leveringsvorm) gecontinueerd? Dan levert het zorgkantoor geen nieuw In zorg-bericht bij het CAK aan. Anders wel zodat de eigen bijdrage wordt aangepast op de gewijzigde zorg.
- Is een cliënt het niet eens met een opgelegde eigen bijdrage (soort zorg, omvang zorg, begindatum of einddatum)? Dan kan de cliënt een bezwaar indienen bij het CAK. Het CAK toetst via het zorgkantoor, die de betrokken aanbieder heeft gecontracteerd, of het bezwaar terecht is. Het CAK benadert hiervoor niet zelf een zorgaanbieder.
- Om er zeker van te zijn dat het CAK en het zorgkantoor allebei over dezelfde informatie beschikken die belangrijk is voor de eigen bijdrage oplegging aan een cliënt, wordt regelmatig een vergelijking uitgevoerd van beide administraties.
- Het zorgkantoor levert tijdig informatie aan bij het CAK over de ingangsdatum van een beschikking voor Pgb. Wanneer het Pgb is beëindigd of afgelopen, levert het zorgkantoor deze informatie ook aan bij het CAK. Dit proces wordt hier verder niet beschreven.

## Cliënt niet akkoord met eigen bijdrage CAK



Figuur 8 Eigen bijdrage Wlz

# 3 Wlz-zorg bij thuis wonen

## 3.1 Inleiding

### **Meer cliënten ontvangen hun Wlz-zorg thuis**

Het is niet meer vanzelfsprekend dat een cliënt met een Wlz-indicatie intramuraal wordt opgenomen. Het aantal indicaties neemt toe en er is sprake van schaarste aan zorgpersoneel. Het anders organiseren van zorg en ondersteuning, waaronder de ontwikkeling van nieuwe woonvormen, maken het mogelijk dat Wlz-cliënten langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

De mogelijkheden voor zorg thuis zijn afhankelijk van een aantal factoren:

- De draagkracht van mantelzorger(s) en/of de sociale omgeving.
- De zorgbehoefte (eigen regie, planbaarheid, gedrag en draaglast).
- De woning en fysieke woonomgeving en mogelijkheden om in de eigen buurt ondersteuning te vinden.
- In te zetten (individuele) hulpmiddelen, digitale zorg en ondersteuning (op afstand) of slimme technologische toepassingen.
- Doelmatige inzet van zorg en ondersteuning.

### **Het gezamenlijk werken aan meer en betere samenhang in de zorgketen**

Randvoorwaardelijk voor het verantwoord en doelmatig organiseren van passende langdurige zorg buiten de muren van een zorginstelling zijn goede gesprekken over behoeften, mogelijkheden en grenzen aan zorg thuis. Het is van cruciaal belang om op tijd in gesprek te gaan en te blijven over wat mensen zelf nog kunnen, waar hulpmiddelen bij kunnen helpen en wat mantelzorgers en andere mensen in de omgeving voor iemand kunnen betekenen. Hierdoor wordt de zelf- en samenredzaamheid behouden en/of versterkt en wordt duidelijk waar toch nog een professional voor nodig is. Al dan niet tijdelijk. En welke nabijheid daarvan gewenst is. Beperkingen aan de huidige woonvorm of thuissituatie zijn ook onderwerp van gesprek tussen zorgaanbieder en cliënt.

Het uitbreiden en verbeteren van de mogelijkheden van zorg in de eigen omgeving, maakt het mogelijk om de beperkt beschikbare intramurale plaatsen in te zetten voor de meest kwetsbare doelgroepen. Innovaties, zowel digitaal, technologisch, sociaal als organisatorisch, dragen ook bij aan duurzame toegang.

## 3.2 Algemene uitgangspunten zorg thuis

### Algemene uitgangspunten voor zorg thuis

- Wlz-zorg die iemand in de thuissituatie kan krijgen (extramuraal zorg) bevat: individuele zorg thuis, zorg en begeleiding in groepsverband (dagbesteding), (dag)behandeling en logeren in een instelling.
- Iemand met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (V&V), de Gehandicaptenzorg (GZ)<sup>61</sup> of Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kan thuis langdurig zorg krijgen als dit een passende (of gewenste) zorgvorm is. Uitzondering hierop zijn mensen met een indicatie voor een zorgprofiel gVVb, GGZB, SGLVG, LVG of een laag zorgprofiel (bijvoorbeeld VV1, VV2, VG1 of LG1). Deze uitzonderingen worden verder toegelicht in hoofdstuk 4 (verblijfszorg) en bijlage D (lage zorgprofielen).
- In de Wlz kan een GGZB-zorgprofiel alleen worden geïndiceerd voor iemand vanaf 18 jaar. Dit profiel wordt altijd verzilverd in een GGZ-instelling die gericht is op behandeling. Als de noodzaak voor deze verblijfszorg vervalt, is er geen recht meer op Wlz-zorg tenzij er een indicatie is voor een ander zorgprofiel. Is dat niet het geval en is er nog zorg, begeleiding of behandeling thuis nodig? Dan is een van de andere domeinen voorliggend (Wmo of Zvw<sup>62</sup>).
- Een SGLVG of LVG-zorgprofiel wordt alleen geïndiceerd als er noodzaak is voor verblijfszorg in een (SG)LVG-behandelcentrum én een cliënt nog niet is uitbehandeld<sup>63</sup>. Deze indicaties mogen daarom alleen kortdurende via overbruggingszorg thuis (ZIN) worden verzilverd, niet langdurig. Pgb<sup>64</sup> is in deze situaties niet mogelijk.

### Zorgarrangement thuis

Bij het samenstellen van een zorgarrangement thuis:

- Weegt de zorgaanbieder mee of de cliënt of naaste(n) een afgewogen beslissing kan maken en kan overzien wat de consequenties of risico's zijn van een beslissing over het in te zetten zorgarrangement.
- Kijkt de zorgaanbieder naar de feitelijke zorgbehoefte van een cliënt (noodzakelijke zorg) en houdt hierbij zoveel mogelijk rekening met de wensen van een cliënt (maatwerk). Een zorgaanbieder zet bij het geïndiceerde zorgprofiel dus geen standaard zorgpakket in.
- Zorg thuis, via ZIN, is mogelijk via een Modulair Pakket Thuis (MPT) of een Volledig Pakket Thuis (VPT). Deze leveringsvormen zijn daarnaast, net zoals Pgb, in te zetten om een wachtpriode voor opname te overbruggen.
- Bij MPT kan (dezelfde) zorg geleverd én gedeclareerd worden door meerdere aanbieders of gecombineerd worden met Pgb. Zo kan persoonlijke verzorging door 2 verschillende zorgaanbieders worden ingezet of kan een deel hiervan met Pgb worden ingekocht. Alleen (dag) behandeling<sup>65</sup> mag nooit met Pgb worden ingekocht.

<sup>61</sup> De gehandicaptenzorg onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

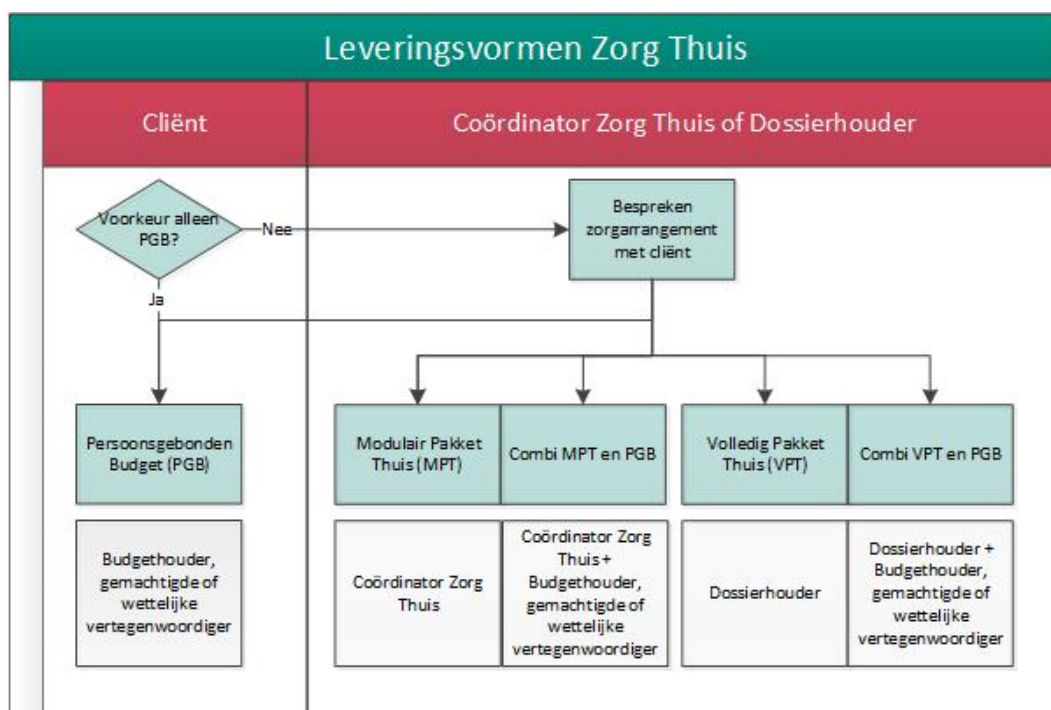
<sup>62</sup> Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Zorgverzekeringswet (Zvw).

<sup>63</sup> Besluit het CIZ een indicatie voor Wlz-zorg af te geven en is opname in een behandelinstelling niet in het belang van een individuele cliënt? Handhaaft het CIZ het indicatiebesluit na overleg? Dan kan alleen op dringend advies van het CCE, het zorgkantoor besluiten een uitzondering te maken voor deze cliënt en Wlz-zorg thuis toe te staan.

<sup>64</sup> Had iemand op 31 december 2019 nog een Pgb voor een zorgprofiel LVG1 of LVG2? Dan mag de budgethouder dit Pgb houden tot uiterlijk de einddatum van dat indicatiebesluit. Dit recht is vastgelegd in de Rlz, artikel 5.5.

<sup>65</sup> Koopt iemand al zijn zorg thuis in via een Pgb en is er ook behandeling nodig? Dan kan een budgethouder (Pgb) altijd contact opnemen met het zorgkantoor voor bemiddeling naar een zorgaanbieder (ZIN).

- Bij VPT wordt de zorg in principe geleverd en gedeclareerd door één zorgaanbieder. Alleen bij bepaalde GZ en GGZ-zorgprofielen mag dagbesteding of (dag)behandeling naast het VPT worden geleverd door een andere zorgaanbieder of worden ingekocht met Pgb (alleen dagbesteding). Bij VV-zorgprofielen kan dat alleen voor (dag)behandeling. Dagbesteding is integraal (volledig) onderdeel van het tarief dat de VPT-aanbieder krijgt vergoed.
- Zorg thuis kan ook gecombineerd worden met Deeltijdverblijf (DTV) om naaste(n) of mantelzorg te ontlasten. Het zwaartepunt van de zorg ligt dan bij Deeltijdverblijf. DTV is een vorm van verblijfszorg. Daarom wordt het zorgtoewijzingsproces voor DTV uitgewerkt in hoofdstuk 4, net zoals die voor Verblijfszorg.



Figuur 9 Leveringsvormen zorg thuis en 1<sup>e</sup> aanspreekpunt

### 3.2.1 Coördinator zorg thuis

De rol coördinator zorg thuis (CZT) bij MPT wordt op vrijwel gelijke wijze ingevuld als de rol dossierhouder (DH)<sup>66</sup> bij VPT. Alleen is de VPT-aanbieder volledig verantwoordelijk voor inzet van het VPT.

De Coördinator zorg thuis (CZT)

- Is direct betrokken bij de zorg of ondersteuning van een cliënt in de dagelijkse thuissituatie en levert (een deel van de) zorg. Dat geldt ook voor een VPT-aanbieder in de rol van DH.
- Is, in de situatie dat er meerdere zorgaanbieders betrokken zijn, bij voorkeur de aanbieder die het beste zicht heeft op de thuissituatie van de cliënt en ook zorg thuis levert. Denk aan een cliënt die naast zorg thuis ook dagbesteding heeft (van een andere zorgaanbieder).

<sup>66</sup> De rol dossierhouder geldt voor VPT, Deeltijdverblijf en Verblijfszorg (zie hoofdstuk 4).

- Is verantwoordelijk voor het tijdig organiseren en coördineren van alle Wlz-zorg thuis (MPT) én de communicatie daarover met de cliënt en naaste(en). Ook als er meerdere Wlz-zorgaanbieders bij deze cliënt zijn betrokken of later (tijdelijk) een aanbieder moet worden ingeschakeld. Het maakt in deze cliëntsituaties niet uit of iemand wel/niet wacht op een andere, beschermde woonvorm.
- Neemt na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt om afspraken te maken over de zorg. Dit gebeurt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen twee werkdagen ná de dag waarop de zorgtoewijzing is ontvangen. Bij het overleg over de samenstelling van een zorgarrangement kan een derde partij betrokken zijn, zoals een naaste, (wettelijk) vertegenwoordiger of cliëntondersteuner (OCO).
- Is verantwoordelijk voor het onderhouden van contact met andere betrokken (medische) zorg of hulpverleners bij de cliënt in de thuissituatie. De CZT bewaakt de urgentie van de cliëntsituatie en onderneemt actie als dit noodzakelijk is.
- Signaleert tijdig dat er problemen zijn in de zorg en bespreekt deze met de cliënt en eventuele andere betrokken aanbieders. Deze andere aanbieders hebben ook een signalerende rol en koppelen bijzonderheden terug aan de cliënt en de CZT.
- Overlegt met het zorgkantoor als inzet van een extramurale toeslag geen oplossing biedt om thuis te blijven wonen met een MPT (en Pgb). (Of de kosten voor zorg thuis hoger zijn dan de zorgkosten voor deze cliënt bij verblijf in een instelling.) Het zorgkantoor kan in deze cliëntsituaties alsnog besluiten om extra budget toe te kennen als dit in het belang is van een individuele cliënt, zorg thuis verantwoord is en die zorg door het zorgkantoor als 'doelmatig' wordt beoordeeld. Zorgkantoren hebben een eigenstandige rol bij beoordeling van dit soort individuele casuïstiek.
- Bespreekt met een cliënt hoe en met welke frequentie iemand het zorg(plan) wil evalueren. En voert de evaluatie volgens afspraak uit. Onderdeel van de evaluatie is de vraag of partijen tevreden zijn met de ingezette (integrale) zorg, wat er eventueel extra nodig is om iemand verantwoord en doelmatig thuis te laten wonen. Het resultaat van dit gesprek wordt vastgelegd in het (centraal) zorgplan.
- Neemt minimaal 2 keer per jaar contact op met de cliënt om de thuissituatie door te spreken als een cliënt voorkeur heeft aangegeven voor zorg thuis, nog geen zorg wil krijgen maar wel in beeld wil blijven bij de CZT. (Zie paragraaf 2.5: wachtstatus Wacht uit voorzorg). Afhankelijk van de cliëntsituatie kan een andere frequentie worden afgesproken. Maar dit is altijd 1x per jaar om de actualiteit van de cliëntsituatie en de wachtstatus te toetsen, omdat iemand toch met reden een Wlz-indicatie heeft.
- Bespreekt dat de cliënt of vertegenwoordiger zelf contact opneemt met de CZT (of het zorgkantoor) wanneer hulp bij zorg actueel wordt, als iemand nog geen Wlz-zorg wil én er geen behoefte is aan periodiek contact.
- Is (inhoudelijk) niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die een andere aanbieder levert of die met een Pgb wordt ingekocht. Twijfelt de CZT of bepaalde zorg aan de professionele standaard voldoet (bijvoorbeeld als een cliënt er verwaarloost uit ziet)? En kan dit leiden tot een onverantwoorde thuissituatie? Dan meldt de CZT dit altijd aan de cliënt en het zorgkantoor.

- Is niet verantwoordelijk voor de te leveren zorg door andere betrokken Wlz-zorgaanbieders<sup>67</sup>. Elke zorgaanbieder heeft een eigen verantwoordelijkheid in het naleven van afspraken over de te leveren zorg.

#### **iWlz en coördinator zorg thuis**

- De CZT vraagt als dat nodig is een nieuwe zorgtoewijzing (AAT) aan bij het zorgkantoor. Bijvoorbeeld als er meer budget nodig is voor zorg thuis en daarvoor een beroep wordt gedaan op een van de extramurale toeslagen (zie paragraaf 3.3.6 en 3.3.7). De CZT levert hierbij eventueel ook een Rekenmodule en Adviesformulier aan. Zijn er meerdere zorgaanbieders betrokken bij een cliënt, dan regelt de CZT dat de informatie in de Rekenmodule en het Adviesformulier één integraal beeld geven van de cliëntsituatie.
- De CZT dient een AAT in voor VPT of Verblijf als die nog niet is toegewezen én zorg thuis via MPT niet meer verantwoord (of doelmatig) kan worden geleverd. De CZT onderhoudt in deze situaties regelmatig contact met de DH.
- Heeft een cliënt tijdens de wachtperiode voor VPT of Verblijf overbruggingszorg thuis nodig, dan vraagt de DH dit de eerste keer aan. Daarna loopt het organiseren van zorg thuis (MPT met soort zorgtoewijzing Overbrugging) weer via de CZT.
- Gaat een andere zorgaanbieder de rol CZT (of DH) overnemen? En is er een AAT nodig vanwege een gewijzigde zorgvraag? Dan geeft de huidige CZT via de AAT ook de nieuwe CZT (of DH) door. Deze aanbieder wordt gevuld in een daarvoor bestemd veld. Het zorgkantoor deelt alle wijzigingen via de nieuwe zorgtoewijzing met de betrokken Wlz-partijen zodat deze automatisch in het systeem kunnen worden verwerkt.
- Neemt een andere zorgaanbieder de rol CZT (of DH) over én is er geen AAT nodig? Dan wordt deze wijziging via het Notitieverkeer gedeeld met de andere betrokken partijen. Die kunnen de gewijzigde CZT (of DH) handmatig in het eigen systeem/ cliëntdossier zetten. Zo blijft duidelijk wie benaderd kan worden bij vragen of wijzigingen voor een cliëntsituatie.

De rol van een CZT (of DH) stopt als:

- Een cliënt bewust afziet van Wlz-zorg. En uit voorzorg ook niet in beeld wil blijven bij een Wlz-zorgaanbieder (via Wacht uit voorzorg).
- Een cliënt zijn zorg volledig omzet van ZIN naar Pgb.
- In overleg met de cliënt, deze rol wordt overgedragen aan een andere MPT-zorgaanbieder.
- De cliënt blijvend een andere leveringsvorm krijgt.

#### **3.2.2 Beschikking zorg thuis**

Zorgkantoren zijn verplicht om te beoordelen of inzet van zorg thuis een verantwoorde en/of doelmatige oplossing is voor de cliënt (MPT, VPT of deel zorg thuis DTV). Dat geldt ook voor situaties waar een MPT of VPT gecombineerd wordt met een toeslag, bijvoorbeeld Palliatief terminale zorg (PTZ) of een ademhalingstoelage. Het zorgkantoor moet het resultaat van deze beoordeling aan een cliënt laten weten via het afgeven van een beschikking.

<sup>67</sup> Tenzij de coördinator zorg thuis zelf een zorgaanbieder als onderaannemer heeft ingezet.



## Algemeen

- Het verantwoordelijke zorgkantoor geeft de beschikking af voor een cliënt.
- Zijn er meerdere zorgkantoren bij een cliëntsituatie betrokken, dan stemmen die zo nodig onderling af over de inhoud van de beschikking. Bijvoorbeeld omdat het Pgb nog via een ander zorgkantoor loopt of omdat zorg thuis niet verantwoord geregeld kan worden.
- Zorgkantoren geven alleen een beschikking af voor reguliere zorg thuis. Er wordt géén beschikking afgegeven voor overbruggingszorg thuis.
- Voor de beoordeling van een aanvraag maakt het niet uit of een cliënt zijn zorg krijgt in een geclusterde- of niet geclusterde woonvorm. Wonen er meerdere cliënten op één adres of in één geclusterd woonvorm? Dan kijkt het zorgkantoor bij de (achteraf) beoordeling wel of de zorg efficiënt (doelmatig) wordt georganiseerd.
- De beoordeling kan leiden tot een positieve of negatieve beschikking<sup>68</sup>. Die wordt rechtstreeks naar de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger gestuurd. (Zie paragraaf 4.5 voor specifieke afspraken rondom de toekenning van 'intramurale' Meerzorg).
- Een cliënt kan bezwaar & beroep aantekenen tegen een beschikking als hij het niet eens is met de beslissing van het zorgkantoor. Dit staat in de beschikking.
- In de beschikking staat ook dat de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger een relevante wijziging van de cliëntsituatie bij het zorgkantoor moet melden. De CZT of DH heeft hierin ook een signalerende functie naar de cliënt<sup>69</sup> en het zorgkantoor als er sprake is van ondoelmatige of onverantwoorde zorg thuis of als die situatie dreigt te ontstaan.

## Positieve beschikking

- Een positieve beschikking wordt voor de duur van het indicatiebesluit afgegeven. Tenzij het zorgkantoor hier gemotiveerd van wil afwijken. Bijvoorbeeld als een betrokken zorgaanbieder twijfelt over verantwoorde zorg thuis.
- Wordt Pgb gecombineerd met een MPT of VPT, dan krijgt de budgethouder voor de zorg via ZIN én Pgb een aparte beschikking. (Bij meerdere leveringsvormen kan er dus per leveringsvorm een beschikking worden afgegeven).
- Voor zorg die wordt ingekocht met een Pgb wordt per kalenderjaar altijd een nieuwe toekenningsbeschikking voor het Pgb afgegeven. Dat gebeurt ook als de zorg in een kalenderjaar wijzigt waardoor er meer of minder Pgb nodig is.
- Een toeslag Meerzorg MPT of het Persoonlijk assistentie budget (PAB) wordt altijd apart beschikt. Er is dan dus zowel een beschikking voor het MPT<sup>70</sup> als voor Meerzorg MPT. Voor de beschikking Meerzorg MPT geldt in zijn algemeenheid een maximale periode van 3 jaar. Voor de beschikking PAB geldt dat zolang de situatie hetzelfde blijft, het PAB behouden blijft. Tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt met het zorgkantoor.
- Een beschikking heeft een directe relatie met het zorgtoewijzingsproces: de zorgaanbieder(s) ontvangt een (nieuwe) zorgtoewijzing(en) van het zorgkantoor voor de leveringsvorm die in de beschikking staat. De periode van de zorgtoewijzing is gelijk aan de duur van de beschikking.

<sup>68</sup> Het zorgkantoor heeft formeel 8 weken tijd voor de beoordeling en het afgeven van de beschikking aan een cliënt.

<sup>69</sup> Cliënt lezen als wettelijk vertegenwoordiger als dat van toepassing is.

<sup>70</sup> In de beschikking voor Meerzorg thuis (ZIN) wordt geen budget vermeld.

- Een deel van de aanvragen voor zorg thuis wordt niet 1:1 beoordeeld door het zorgkantoor. Bijvoorbeeld als de aanbieder bij de aanvraag aangeeft dat zorg thuis doelmatig en verantwoord wordt ingezet. De Melding aanvang zorg (MAZ) op een reguliere zorgtoewijzing is dan een trigger voor zorgkantoren voor het afgeven van een beschikking. Het tijdig aanleveren van een MAZ is dus niet alleen belangrijk voor het opleggen van de eigen bijdrage maar ook voor het tijdig afgeven van een beschikking.

#### Negatieve beschikking

Een negatieve beschikking voor zorg thuis (ZIN):

- Kan volgen op een negatief advies over doelmatige of verantwoorde zorg thuis door een partij die betrokken is bij de cliëntsituatie. Dat gebeurt alleen na zorgvuldig overleg met alle betrokken partijen. Het zorgkantoor bespreekt het besluit om een negatieve beschikking af te geven altijd vóóraf met de cliënt en zijn CZT (MPT) of DH (VPT of DTV). In dit gesprek worden ook de gevolgen besproken van een negatieve beoordeling voor zorg thuis.
- Wordt niet direct afgegeven. De cliënt krijgt tijd om met een alternatief (persoonlijk) zorgplan te komen en hierover af te stemmen met de CZT of DH. Eventueel kan er een andere aanbieder worden gezocht of een oplossing via Pgb worden ingeregeld.
- Kan gevolgd worden door een positieve beschikking voor een Pgb. Dit kan bijvoorbeeld als een aanbieder de noodzakelijke (niet planbare) zorgmomenten niet kan inregelen door de hoge frequentie of de locatie van het woonadres waarbij dit via een Pgb wel mogelijk is.
- Ontslaat zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders niet van hun zorgplicht. Een negatieve beschikking is nooit reden om zorg te weigeren of zorg te beëindigen (zie hoofdstuk 6). Er moet op professionele wijze zorg worden geleverd binnen de afgesproken mogelijkheden.
- Wordt voor bepaalde duur afgegeven. In deze periode wordt de cliëntsituatie actief gevolgd door alle betrokken partijen.
- Bevat de redenen met onderbouwing voor dit besluit. De cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger is verantwoordelijk voor eventuele (gezondheids)risico's die volgen uit de keuze om de thuissituatie van de cliënt te handhaven. De afspraken hierover worden ook opgenomen in de motivatie bij de beschikking.
- Beschrijft daarom ook op welke wijze invulling wordt gegeven aan de zorg thuis en welke verantwoordelijkheid daarin ligt bij de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger, de betrokken zorgaanbieder(s) en het zorgkantoor.
- Heeft een directe relatie met het zorgtoewijzingsproces: de zorgaanbieder(s) ontvangt een (nieuwe) zorgtoewijzing(en) voor een bepaalde periode. Via het Notitieverkeer ontvangen betrokken zorgaanbieder(s) van het zorgkantoor de gemaakte afspraken en bijbehorende voorwaarden.

### 3.3 Mogelijkheden voor zorg thuis

Mogelijkheden voor zorg thuis in de V&V, GZ of GGZ:

1. Volledig pakket thuis (VPT).
2. VPT gecombineerd met behandeling (ZIN) en/of dagbesteding (ZIN/ Pgb).
3. VPT met intramurale toeslag.
4. Deeltijdverblijf (DTV) met Modulair pakket thuis (en PGB) (zie hoofdstuk 4).
5. Modulair pakket thuis (MPT).
6. MPT (en Pgb) met Module behandeling<sup>71</sup>.
7. MPT (en Pgb) met toeslag Extra kosten thuis.
8. MPT (en Pgb) met toeslag Extra kosten thuis en Module behandeling.
9. MPT (en Pgb) met een andere Maatwerktoeslag thuis.
10. Volledig Pgb (met toeslag).

#### 3.3.1 Volledig pakket thuis (VPT)

Bij een VPT is de inhoud van de zorg vergelijkbaar met de zorg die een cliënt in een instelling krijgt. Met als belangrijkste verschil dat die zorg thuis in een zelfstandige wooneenheid of in een geclusterde woonvorm wordt geleverd en de cliënt zelf zijn woonkosten betaalt. De cliënt is vrij in zijn keuze voor een VPT, daar gelden geen specifieke voorwaarden voor.

Het VPT

- Het VPT kan worden ingezet bij iemand die een dagelijks zorgbehoefte heeft maar nog geen opnamebehoefte. Waarbij zorg thuis passend, verantwoord maar ook rechtmatig (voldoet aan wet- en regelgeving) en doelmatig (kosteneffectief) wordt ingezet.
- Bij het VPT heeft één zorgaanbieder, samen met de cliënt, de regie over invulling van zijn zorgvraag. Deze aanbieder is, in de rol van dossierhouder (DH), integraal verantwoordelijk voor het VPT en daarom automatisch het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor de cliënt.
- Het VPT is een integraal pakket voor ZIN, daarvoor geldt één vast tarief waarmee alle (individuele) zorg voor een cliënt betaald kan worden. De cliënt en zijn DH kunnen afspreken dat een deel van de individuele zorg (bijvoorbeeld verpleging) door een andere zorgaanbieder wordt geleverd. Omdat er sprake is van één vast VPT-tarief, kan dat alleen via de constructie van onderaannemer.
- Specifiek voor **Dagbesteding en behandeling geldt een uitzondering**. Bij VG-, LG- en ZG-zorgprofielen onderscheidt het VPT-tarief aparte budgetcomponenten voor dagbesteding en behandeling. Bij de GGZW- zorgprofielen geldt dit alleen voor de dagbesteding. Bij de VV-zorgprofielen alleen voor behandeling<sup>72</sup>. Een cliënt kan in deze situaties dagbesteding en/of behandeling rechtstreeks bij een andere zorgaanbieder(s) verzilveren via ZIN. (Een deel van de) Dagbesteding kan ook via Pgb worden ingekocht.

<sup>71</sup> Voor de zorgprofielen GGZW loopt de specifieke GGZ-behandeling nog via de Zvw.

<sup>72</sup> Bij GGZ-W zorgprofielen is behandeling integraal onderdeel van het VPT- en ZZP-tarief, dat geldt ook voor dagbesteding bij VV-zorgprofielen

Een VPT kan de volgende zorgvormen omvatten:

- Verpleging, inclusief gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH).
- Persoonlijke verzorging.
- Begeleiding (individueel of in groepsverband).
- Wlz-behandeling (individueel of in groepsverband).
- Vervoer naar dagbehandeling of dagbesteding.
- Verstrekken van eten en drinken.
- Schoonhouden van de woonruimte.
- Logeren.

Bij een VPT<sup>73</sup>:

- Is de cliënt voor behandeling van algemeen medische aard aangewezen op de huisarts (Zvw). De huisarts blijft primair eindverantwoordelijk voor de cliënt. Ook voor behandeling van een psychiatrische aandoening, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, mondzorg, paramedische zorg van algemene aard, individuele mobiliteitshulpmiddelen en eventueel (speciale) kleding is de cliënt aangewezen op de Zvw, Wmo of Jeugdwet (JW).
- 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.
- Is de Specialist ouderen geneeskunde (SO) of Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG-arts<sup>74</sup>) verantwoordelijk voor de Wlz-behandeling die voortkomt uit de specifieke aandoening van de cliënt, als de cliënt hierop is aangewezen. De huisarts stemt met de SO of AVG-arts af over eventuele medebehandeling.
- Kan logeeropvang in een instelling worden ingezet om de mantelzorg te ontlasten.
- Heeft de cliënt recht op vervoer van en naar de dagbesteding of dagbehandeling als dit (medisch) noodzakelijk is door zijn/haar mogelijkheden en beperkingen.
- Heeft de cliënt recht op het schoonhouden van de woonruimte als de cliënt dit niet zelf kan en iemand anders in het huishouden ook niet.
- Heeft de cliënt, net zoals bij verblijfszorg, recht op (het gebruikelijke) eten en drinken. Dit wordt verstrekt door de zorgaanbieder, tenzij anders met de cliënt wordt afgesproken. Boodschappen doen en bereiden van de maaltijd zijn onderdeel van deze aanspraak.
- Kan de cliënt gebruik maken van de welzijnsvoorzieningen in een instelling maar het initiatief hiervoor ligt bij de cliënt.
- Is de cliënt zelf verantwoordelijk voor vervanging/reparatie van aan huis gerelateerde zaken (bijvoorbeeld het vervangen van een lamp).
- Kan de cliënt voor eventuele woningaanpassingen een beroep doen op de Wmo.
- Worden hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen<sup>75</sup> voor individueel gebruik die nodig zijn bij het zelfstandig thuis wonen vergoed vanuit de Zvw of Wmo (niet vanuit de Wlz).

---

<sup>73</sup> Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het VPT inhoudt. Meer informatie over het VPT is ook terug te vinden in de actuele NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven Volledig Pakket Thuis.

<sup>74</sup> In de GZ kan de eindverantwoordelijkheid voor een cliënt ook bij een gedragskundige liggen.

<sup>75</sup> Op de website van het Zorginstituut staat hierover meer informatie in het Wlz-kompas op de pagina Hulpmiddelen.

### 3.3.2 Modulair pakket thuis (MPT)

Een MPT is de meest passende leveringsvorm als een cliënt verantwoord thuis kan wonen en/of niet het volledige zorgaanbod nodig heeft dat hoort bij opname in een instelling of bij een VPT. De zorg thuis wordt modulair opgebouwd naar de zorgbehoefte van een cliënt (bijvoorbeeld alleen verpleging of verzorging). Een MPT wordt ingezet als dit doelmatig en verantwoord is.

Verschillen tussen MPT<sup>76</sup> en VPT:

- Bij een gelijk zorgprofiel is het beschikbare budget voor MPT of Pgb altijd lager dan het budget voor VPT, omdat eten en drinken en gebruikelijke zorg voor thuiswonende kinderen geen onderdeel uitmaakt van de tarieven (wel inbegrepen in VPT-aanspraak en VPT-tarief).
- Bij keuze voor een MPT moet de cliënt zelf voor zijn eten en drinken zorgen. Daarom geldt voor het MPT (en het Pgb), een ruimere aanspraak voor huishoudelijke hulp: naast het schoonhouden van de woonruimte kan iemand bij MPT (en Pgb) hulp krijgen bij het doen van boodschappen en het klaarmaken van de maaltijd.
- Alle vormen van zorg thuis zijn samengevoegd onder de leveringsvorm MPT en flexibel (uitwisselbaar) in te zetten binnen het beschikbare budget (zoals persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, dagbesteding of logeren).
- Een cliënt kan er bij het MPT bewust voor kiezen om dezelfde (individuele) zorg te krijgen van verschillende zorgaanbieders en/of via Pgb. Bij het VPT is individuele zorg, zoals persoonlijke verzorging, altijd in het geheel onderdeel van het VPT en wordt aan één zorgaanbieder betaald.
- Voorbeeld: De persoonlijke verzorging voor een terminale cliënt kan in het MPT gesplitst worden over twee zorgaanbieders. Zo kan een aanbieder overdag komen voor de persoonlijke verzorging en de andere aanbieder voor de nachtzorg (ook persoonlijke verzorging). Allebei de aanbieders zijn gecontracteerd voor deze zorg en kunnen afzonderlijk (dezelfde) prestaties declareren bij het zorgkantoor.
- MPT kan worden ingezet als een cliënt niet iedere dag dezelfde soort zorg of dezelfde omvang van zorg nodig heeft. Bijvoorbeeld als een cliënt maar 3x in de week hulp nodig heeft bij het douchen en zich op de andere dagen zelf redt (samen met zijn mantelzorg). Of als hij 2x in de week wil douchen en op de andere dagen hulp wil bij wassen aan de wastafel.
- De keuze voor leveringsvorm MPT en omvang van wekelijkse zorg heeft invloed op de hoogte van de eigen bijdrage die een cliënt moet betalen. Voor het MPT geldt bovendien een andere eigen bijdrage dan voor het VPT (zie paragraaf 2.9).

### 3.3.3 Zorgtoewijzingsproces voor VPT en MPT

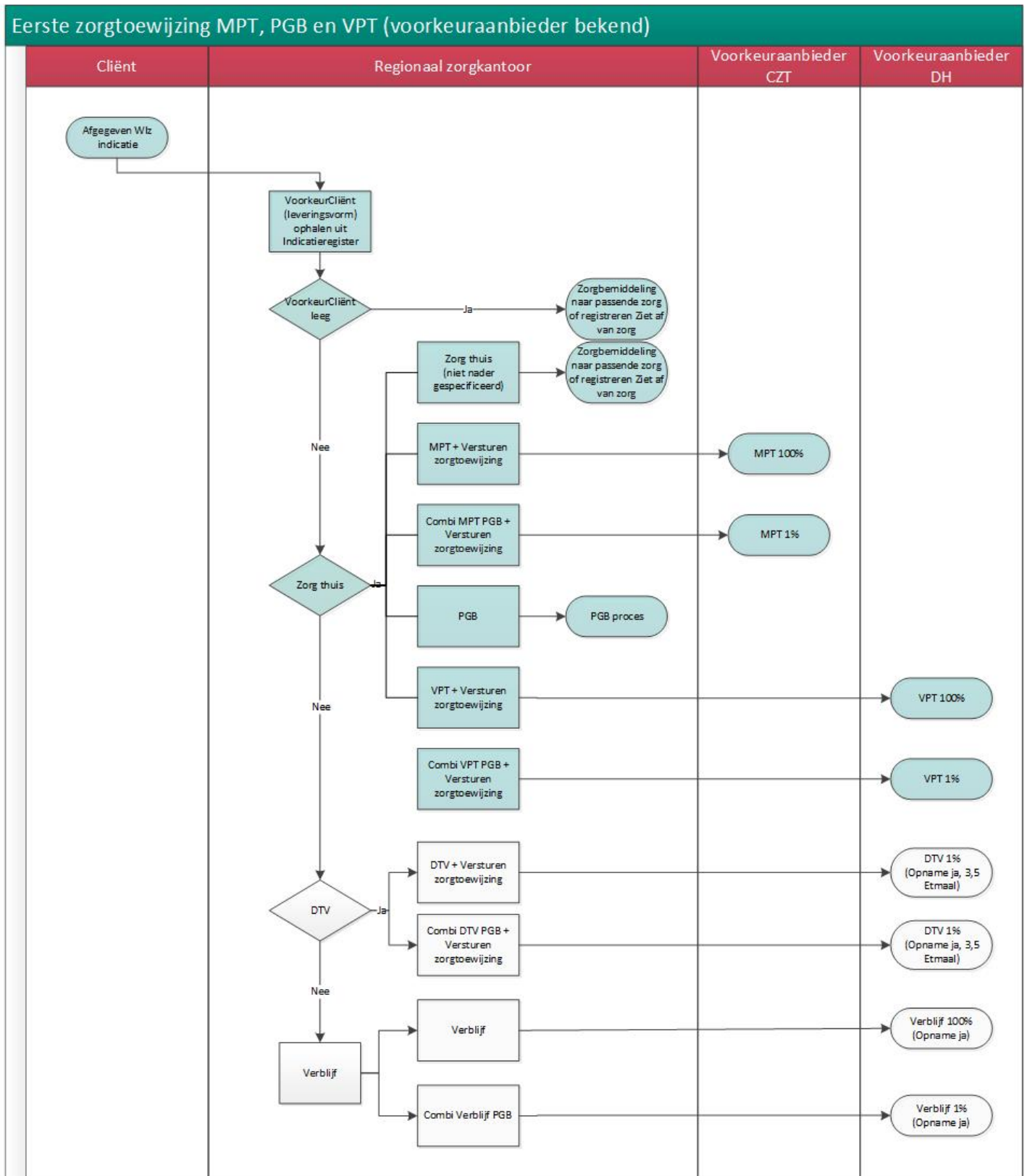
Processtappen aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT)

- Nadat het zorgkantoor indicatiegegevens heeft opgehaald uit het Indicatieregister, wordt een zorgtoewijzing(en) aangemaakt die past bij de voorkeur(en) van een cliënt. Heeft de cliënt voorkeur voor alléén ZIN, dan wordt de gewenste leveringsvorm toegewezen aan de voorkeuraanbieder. En wordt standaard 100% toegewezen (basisbudget, zie paragraaf 2.8).
- Bij voorkeur van de cliënt voor VPT/ Pgb of MPT/ Pgb, wordt bij het MPT of VPT een percentage van 1% toegewezen. De verdeling van het percentage tussen ZIN en Pgb moet dan eerst met de cliënt worden afgestemd door de zorgaanbieder (zie paragraaf 3.4).

<sup>76</sup> Op de website van Zorginstituut Nederland staat beschreven wat het MPT inhoudt.

- De aanbieder bespreekt met de cliënt of de gewenste leveringsvorm, de best passende leveringsvorm is. Of de zorgaanbieder deze kan leveren en of er eventueel een extra zorgaanbieder bij de zorg wordt betrokken. Zo nodig wordt een andere leveringsvorm of zorgprofiel aangevraagd. Een verslag van dit gesprek wordt vastgelegd in het zorgplan.
- Om te berekenen of het toegewezen %/ (basis)budget genoeg is voor de benodigde zorg thuis, kan de zorgaanbieder de Rekenmodule gebruiken.
- Wordt er een extra zorgaanbieder(s) betrokken bij de zorg thuis? Dan wordt per aanbieder de in te zetten zorg (NZa-prestaties) gevuld in de Rekenmodule. De Rekenmodule berekent per zorgaanbieder automatisch het aan te vragen %. Vervolgens vraagt de CZT of DH via één AAT alle zorgtoewijzingen aan voor de betrokken zorgaanbieders.
- De CZT (of DH) geeft via de AAT ook door of zorg thuis doelmatig en verantwoord kan worden geleverd. Zo ja, dan kan het zorgkantoor deze AAT direct afhandelen.
- De CZT (of DH) kan ook doorgeven dat er sprake is van ondoelmatige, maar verantwoorde zorg thuis. Óf van ondoelmatige en onverantwoorde zorg thuis. En of er eventueel sprake is van een bijzondere situatie. In het Mutatiebericht zijn daarvoor aparte velden opgenomen: Doelmatig Ja/Nee, Verantwoord Ja/Nee en Bijzondere situatie (bijvoorbeeld Palliatief terminale zorg of Extra kosten thuis, zie paragraaf 3.6 en 3.7 voor de processtappen).

Wat is het toegewezen % in de zorgtoewijzing direct na een indicatiebesluit?



Figuur 10 Standaard percentage in 1<sup>e</sup> zorgtoewijzing

### 3.3.3.1 Voorbeeld zorgtoewijzingsproces

#### Voorbeeld mevrouw Tuin

Mevrouw Tuin heeft een ernstige longaandoening. Het CIZ indiceert daarom zorgprofiel 6VV (Beschut wonen met intensieve verzorging en verpleging). Mevrouw wil graag thuis persoonlijke verzorging en individuele begeleiding krijgen van zorgaanbieder De Fruitmand. De Fruitmand ontvangt de zorgtoewijzing (AW33-bericht) en kan de benodigde zorg binnen het basisbudget (100%) voor 6VV leveren. Persoonlijke verzorging en individuele begeleiding worden niet apart toegewezen, maar samen in één leveringsvorm (MPT) met één percentage.

Zorgkantoor haalt Indicatiegegevens op uit Indicatieregister op 04-04-2022	AW33 (verzonden op 04-04-2022) Van Zorgkantoor naar De Fruitmand
<b>Indicatie</b> Besluitnummer: 101 Soort indicatie: CIZ Grondslag: somatische ziekte/aandoening Afgiftedatum IB: 04-04-2022 Ingangsdatum IB: 04-04-2022 Einddatum IB: geen Meerzorg: nee Financiering: Wlz	<b>Toegewezen: zorgprofiel 6VV</b> Instelling: De Fruitmand (agb: 75751234) Soort zorgtoewijzing (zwt): Regulier Toewijzingsdatum: 04-04-2022 ToewijzingPercentage: 100% Ingangsdatum zwt: 04-04-2022 Einddatum zwt: geen Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Fruitmand
<b>Geïndiceerd: zorgprofiel 6VV</b> Ingangsdatum: 04-04-2022 Einddatum: geen VoorkeurCliënt: MPT Voorkeuraanbieder: De Fruitmand	

Voorbeeld 1

De Fruitmand kan direct starten met de zorglevering aan mevrouw Tuin. De volgende dag wordt een MAZ (AW35-bericht) met leveringsvorm MPT naar het zorgkantoor gestuurd. In de MAZ wordt géén percentage doorgegeven en ook niet welke zorg precies wordt geleverd. Het zorgkantoor meldt bij het CAK (via een CA317-bericht) de start van het MPT voor mevrouw Tuin zodat een eigen bijdrage voor Wlz-zorg kan worden opgelegd.

AW35 (verzonden op 05-04-2022) Van De Fruitmand naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 05-04-2022) Van Zorgkantoor naar CAK
Geleverd zorgprofiel: 6VV Begindatum: 04-04-2022 Instelling: De Fruitmand Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: MPT	Geleverde zorg: zorgprofiel 6VV Startdatum: 04-04-2022 Leveringsvorm: MPT Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)

Vervolg Voorbeeld 1



### 3.3.3.2 Zorgtoewijzingsproces voor VPT

- VPT kan thuis in de wijk worden geleverd of in een geclusterde setting.
- VPT kan, net zoals MPT (of Pgb), worden ingezet als reguliere zorg of overbruggingszorg voor iemand die op de wachtlijst staat voor verblijfszorg.
- Het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor een cliënt over het VPT is altijd de zorgaanbieder (dossierhouder) die de individuele zorg of begeleiding thuis levert.
- Wordt VPT in een geclusterde setting geleverd, dan kan er een wachtlijst zijn voor een zelfstandige woning, terwijl voor het VPT geen wachtlijst is. Wachtlijstbeheer van woningen waarvoor iemand zelf zijn woonlasten betaalt, valt niet onder de Wlz. Bij een niet-urgente zorgvraag kunnen deze wachtenden in beeld worden gebracht door voor de leveringsvorm VPT een Mutatiebericht (MUT18) aan te leveren met wachtstatus Wacht op voorkeur en classificatie Doorstroom naar geclusterd wonen VPT. Hebben partijen regionaal goede afspraken gemaakt over instroom van cliënten met een urgente zorgvraag in een geclusterd VPT, dan kan een cliënt ook de status Urgent Plaatsen of Actief plaatsen krijgen voor leveringsvorm VPT bij deze VPT-zorgaanbieder.
- Voor het VPT geldt een vast tarief per dag. Als het gehele VPT door een zorgaanbieder wordt geleverd, is het niet nodig om een Rekenmodule aan te leveren. De aanbieder beoordeelt wel of het VPT (thuis of in geclusterde woonvorm) verantwoord kan worden geleverd. Voor deze beoordeling is het Adviesformulier als handvat te gebruiken.
- Wordt het VPT aan één aanbieder toegewezen, dan is het toewijzingspercentage 100%.
- Wil een cliënt dagbesteding van een andere aanbieder(s) krijgen en/of via Pgb<sup>77</sup>? Dan blijft voor het toe te wijzen VPT-deel, exclusief dagbesteding, een lager percentage over (<100 %). Gebruik de Rekenmodule om het aan te vragen percentage(s) te berekenen voor de betrokken aanbieder(s) zowel voor het VPT-deel als de dagdelen dagbesteding. Het vervoer naar de dagbesteding wordt van de berekening uitgesloten<sup>78</sup>. Het totaal toe te wijzen percentage voor het VPT-zorgarrangement kan op óf boven 100 % uitkomen (zie voorbeeld 2). Vul deze % verdeling in de AAT voor leveringsvorm VPT<sup>79</sup>.
- Wordt (een deel) van de dagbesteding via Pgb ingekocht? Lever de verdeling van het aantal dagdelen dagbesteding voor ZIN via de Rekenmodule aan bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor weet zo hoeveel dagdelen eventueel via Pgb ingeregeld moeten worden en of dit is afgestemd met de budgethouder.
- Wordt alle dagbesteding naast het VPT door een andere aanbieder(s) en/of via Pgb geleverd? Dan declareert de VPT-aanbieder een VPT-tarief exclusief dagbesteding. De dagbesteding wordt in deze situaties altijd apart gedeclareerd naast het VPT.
- Levert de VPT-aanbieder wel een deel van de dagbesteding (bijvoorbeeld 4 dagdelen) en een andere aanbieder 5 dagdelen? Dan declareert de VPT-aanbieder op alle dagen het VPT-tarief exclusief dagbesteding (In voorbeeld 2 hieronder is dat een VPT voor zorgprofiel 5VG). Daarnaast worden apart de losse prestaties voor de dagbesteding gedeclareerd. Bij het declareren van VPT-zorg wordt gecontroleerd of in de declaratieperiode een geldige zorgtoewijzing aanwezig is voor de leveringsvorm VPT.

<sup>77</sup> Dit kan alleen bij zorgprofielen voor de gehandicaptenzorg (GZ) of GGZ wonen, niet voor VV-zorgprofielen.

<sup>78</sup> Let op: bij Pgb wordt deze wel meegenomen in het te berekenen budget voor Pgb.

<sup>79</sup> Bij leveringsvorm Verblijf en Deeltijdverblijf is er een onderscheid naar Opname Ja of Opname Nee. Dat geldt niet voor VPT omdat er geen sprake is van een intramurale opname.

### Voorbeeld ingevulde Rekenmodule

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

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

### Voorbeeld 2 Ingevulde aanvraag Rekenmodule VPT en dagbesteding

- Is er (tijdelijk) behandeling nodig voor een cliënt die zijn zorg via een VPT exclusief behandeling krijgt (zie paragraaf 3.3.5)? Vraag die behandeling dan aan bij het zorgkantoor. Volg de aanvraagprocedure zoals hierboven beschreven is voor dagbesteding naast VPT.
- Is er sprake van een intensieve zorgvraag bij een cliënt met VPT? En is voor het inzetten van de noodzakelijke zorg extra budget nodig? Dan kan hiervoor een beroep worden gedaan op de intramurale toeslagen (dus niet via de toeslagen thuis die gelden voor MPT of Pgb).
- Een intramurale toeslag naast VPT, bijvoorbeeld een ademhalingstoeslag of toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg, kan worden ingezet als wordt voldaan aan de inkoopvoorwaarden of voorwaarden in de NZa-beleidsregels. Zo mag inzet van een ademhalingstoeslag alleen als er aantoonbare contacten zijn met medisch-specialisten of het Centrum Voor Thuisbeademing, aantoonbaar geschoold personeel ingezet wordt en er samenwerkingsafspraken zijn met een ziekenhuis bij een crisissituatie (snel handelen).
- Voor inzet van een intramurale toeslag bij VPT (of verblijfszorg) is geen aangepaste zorgtoewijzing nodig. Deze toeslagen worden via één vast tarief aan één zorgaanbieder vergoed. (Via onder aanneming kan eventueel wel een andere zorgaanbieder worden ingeschakeld om een deel van de zorg te leveren.) Zorgkantoren kunnen achteraf controleren op juiste inzet van een intramurale toeslag.

#### 3.3.3.3 Zorgtoewijzingsproces voor MPT

- MPT kan, net zoals VPT of Pgb, langdurig worden ingezet of tijdelijk om bijvoorbeeld de wachttijd tot opname te overbruggen.
- Uit de toewijzing voor MPT is niet op te maken uit welke zorg het zorgarrangement voor een cliënt bestaat. Bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, verpleging of dagbesteding. Informatie over (omvang van) de geleverde zorg is op te halen via de gedeclareerde zorg.

- Een coördinator zorg thuis (CZT) kan, na ontvangst van een MPT-zorgtoewijzing, daar zelf een wijziging op aanvragen. De CZT is hiervoor niet afhankelijk van een dossierhouder. Had de cliënt geen opnamewens maar is dit toch noodzakelijk? Dan kan de CZT ook een zorgtoewijzing voor een verblijfszorgaanbieder aanvragen bij het zorgkantoor.

#### Toegewezen percentage bij MPT

- Het basisbudget bij MPT hangt af van het geïndiceerde zorgprofiel. Dit is het maximaal beschikbare Pgb -tarief voor dit zorgprofiel. Een Pgb -tarief is altijd exclusief behandeling.
- Uit het basisbudget (100%) wordt ook logeren, dagbesteding en inzet van een casemanager/ trajectbegeleider betaald. Het noodzakelijke vervoer voor de dagbesteding hoeft bij ZIN niet te worden betaald uit het beschikbare weekbudget (wel bij Pgb).
- De zorgaanbieder zet het toegewezen (basis)budget in voor noodzakelijke zorg. Het toegewezen budget (%) wordt niet volledig benut als dat niet nodig is.
- Is voor de zorginzet minder budget nodig dan het basisbudget? Vraag dan geen lager percentage aan dan 100 %. Dat beperkt de flexibiliteit om stijging van de zorgvraag op te vangen en geeft onnodige administratieve last (zie paragraaf 2.8.2).
- Is andere zorginzet of een andere verdeling van het budget over betrokken zorgaanbieders nodig? Dan kan dit binnen de 100% gewoon gewijzigd worden zonder hiervoor een nieuwe AAT aan te vragen<sup>80</sup>. Aan het toegewezen percentage kan een zorgaanbieder in deze situaties geen recht ontlenen. Voorwaarde is wel dat de zorg thuis verantwoord blijft én de feitelijk gedeclareerde zorg past binnen het vastgestelde budget.
- Huishoudelijke hulp is een Wlz-aanspraak die ook wordt betaald uit het beschikbare (basis)budget. Wordt bij een cliënt alleen huishoudelijke hulp ingezet, dan beschrijft de CZT in het zorgplan welke mogelijkheden voor gebruikelijke zorg er zijn bij personen in de leefeenheid van de cliënt (of zijn sociale omgeving) en hoe deze eventueel worden benut. Dat geldt ook voor de aanwezigheid van algemeen gebruikelijke voorzieningen.
- Huishoudelijke hulp die betaald wordt uit de Wlz mag niet worden ingezet voor een partner zonder Wlz-indicatie als de cliënt (tijdelijk) niet thuis woont. Bijvoorbeeld door (tijdelijke) opname in een ziekenhuis of verpleeghuis. De thuiswonende partner doet dan een beroep op de Wmo als er sprake is van beperkingen in de zelfredzaamheid en (een deel van de) huishoudelijke taken niet zelf uitgevoerd kan worden.
- Wordt bij toekenning van extra budget als voorwaarde gesteld dat een bepaalde vorm van zorg geleverd moet worden (bijvoorbeeld verpleging of behandeling), dan mag deze zorg niet worden vervangen door andere zorg. Dat kan alleen na overleg met het zorgkantoor.
- Stopt een van de betrokken aanbieders met de zorglevering aan een cliënt? En is er nog een geldige zorgtoewijzing, dan levert de vertrekkende aanbieder hierop een MEZ aan zodat deze zorgtoewijzing wordt afgesloten. Het zorgkantoor ziet zo dat er minder zorgaanbieders bij de cliënt zijn betrokken.
- Let op: is de vertrekkende zorgaanbieder de CZT? Dan stuurt de CZT niet alleen een MUT/MEZ-bericht, maar gelijktijdig ook een AAT. In de AAT wordt het juiste % gevuld voor de overblijvende zorgaanbieder(s) en wordt, via het veld Coördinator zorg thuis, doorgegeven welke zorgaanbieder deze rol overneemt.

<sup>80</sup> Het juiste percentage mag worden aangevraagd, als de organisatie dit nodig heeft voor interne verantwoording

- Is de vertrekkende aanbieder niet de CZT én blijven de zorgkosten binnen het basisbudget, dan hoeft de CZT geen nieuwe AAT aan te vragen voor de overblijvende zorgaanbieder(s). De CZT legt deze verandering wel vast in het zorgplan.

### 3.3.4 Zorg thuis in combinatie met Pgb

Een cliënt kan ervoor kiezen om (een deel van de benodigde) Wlz-zorg thuis zelf te regelen met een Pgb<sup>81</sup>, eventueel in combinatie met MPT of VPT. Is er sprake van een combinatie ZIN met Pgb? Dan overlegt het zorgkantoor met de budgethouder, gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger over doelmatige inzet van het Pgb. Er wordt besproken of binnen het Pgb ruimte is om middelen anders te verdelen. Net zoals bij ZIN is passende en doelmatige inzet van zorg uitgangspunt voor Pgb. Pgb-budgethouders krijgen een Pgb-op-maat<sup>82</sup>.

Er zijn cliëntsituaties waarbij zorg thuis via ZIN niet doelmatig en verantwoord geregeld kan worden, maar dat dit wel lukt (in combinatie) met Pgb. Bijvoorbeeld als een cliënt zorg nodig heeft op veel en onregelmatige tijdstippen of locaties óf 24 uur toezicht nodig heeft. De Wlz-zorgaanbieder is niet in staat dit te regelen, maar de cliënt kan dit met een Pgb wel flexibel organiseren door mantelzorg, huisgenoten of informele zorgverleners in te schakelen.

Uitvoeringsproces voor VPT of MPT in combinatie met leveringsvorm Pgb

- Het aanspreekpunt voor Pgb is de Pgb-beheerder (zie bijlage A). De Pgb-beheerder is zelf verantwoordelijk voor het inkopen, coördineren en organiseren van kwalitatief goede zorg met een Pgb. Hierover kan worden afgestemd met het zorgkantoor.
- Kiest een cliënt bij indicatiestelling voor een combinatie ZIN met Pgb? Dan wordt dit doorgegeven in het zorgtoewijzingsbericht (indicatiebesluit<sup>83</sup> VoorkeurCliënt: VPT/ Pgb of MPT/ Pgb). Het zorgkantoor wijst het VPT of MPT de 1<sup>e</sup> keer toe met een percentage van 1%. Ook ontvangt de voorkeuraanbieder hiervan een informatieve Pgb -zorgtoewijzing. Omdat in wet- en regelgeving is bepaald dat het zorgkantoor de budgetcomponent voor het toegekende Pgb niet mag doorgeven aan betrokken zorgaanbieder(s) is het ToewijzingPercentage 'leeg' bij leveringsvorm Pgb.
- Het 1%-percentage is voor de zorgaanbieder een trigger om met de cliënt te bespreken of er een wens is voor Pgb en zo ja voor welke zorg. Voor zorgkantoren is het een trigger om het proces voor de Pgb -aanvraag op te starten of te monitoren.

<sup>81</sup> Pgb kan niet aangevraagd worden voor behandeling en de zorgprofielen gVVb, GGZB, SGLVG en LVG, 5GGZW.

<sup>82</sup> Pgb-op-maat betekent dat iemand een budget krijgt dat preciezer aansluit op de individuele zorgbehoefte. Dit komt in plaats van het standaard maximumbedrag dat bij een bepaald zorgprofiel hoort. Pgb-op-maat wordt al toegepast voor nieuwe budgethouders. Vanaf 2025 gaat Pgb-op-maat gelden voor alle budgethouders (een deel van de bestaande budgethouders krijgt nu mogelijk een ruimer Pgb dan nodig is).

<sup>83</sup> Het indicatiebesluit gedeelte in het zorgtoewijzingsbericht wordt niet altijd ingelezen in systemen van zorgaanbieders. Dat is een keuze van de softwareleverancier (die in overleg met de zorgaanbieder is gemaakt).

- Is direct zorg noodzakelijk en heeft iemand niet eerder een Pgb gehad? Overleg dan met de cliënt of noodzakelijke zorg opgestart kan worden via ZIN omdat het aanvraag- en beoordelingsproces voor Pgb tijd kost. Zodra duidelijk is of een cliënt in aanmerking komt voor Pgb, kan een nieuwe verdeling van het budget (%) worden aangevraagd. In de situatie dat een zorgaanbieder start met inzet van zorg, levert de zorgaanbieder een MAZ aan op de MPT-zorgtoewijzing voor 1%. Het toegewezen percentage kan later worden aangepast. Het zorgkantoor kan de start van de zorg doorgeven aan het CAK, zodat een cliënt later geen stapelfactuur krijgt en iemand niet onterecht als wachtend wordt gezien.
- Bij een combinatie MPT met Pgb wordt het beschikbare budget over de zorgaanbieder(s) en het Pgb verdeeld. Om dit goed te kunnen bepalen is een integraal zorgplan/ beeld over de zorginzet van belang. De CZT gaat hierover het gesprek aan met de cliënt (budgethouder), gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger. Wordt informatie over zorginzet via Pgb met de CZT gedeeld, dan kan deze de verdeling van het budget berekenen met behulp van de Rekenmodule en met de budgethouder doorspreken of de verdeling van het budget over ZIN en Pgb akkoord is. Dit voorkomt onnodige verrassingen voor de budgethouder (minder resterend Pgb) en zorgaanbieder.
- Bij overeenstemming over de budgetverdeling, dient de CZT voor het MPT-deel een AAT in bij het zorgkantoor. Bij de combinatie ZIN/ Pgb wordt ook altijd een Rekenmodule aangeleverd en geeft de CZT aan of de verdeling besproken is met de cliënt (J/N). Het Pgb -deel vraagt de cliënt altijd zelf aan bij het zorgkantoor.
- Wil iemand geen informatie delen over een aanvraag Pgb of de hoogte van een lopend Pgb? Dan vult de CZT in de AAT het feitelijke % dat nodig is om MPT te leveren (dus niet standaard 100%! ). Via het Notitieverkeer wordt, bij aanlevering van de Rekenmodule, doorgegeven dat de budgethouder geen informatie over het Pgb heeft gedeeld. Dit voorkomt onnodige vertraging bij inzet van de noodzakelijke zorg en helpt zorgkantoren in de afhandeling van de aanvraag Pgb en het contact met de cliënt/budgethouder daarover.
- Wil een budgethouder (een deel van) het Pgb omzetten naar ZIN? Dan meldt de budgethouder (of gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger) dit zelf<sup>84</sup> rechtstreeks bij het zorgkantoor via een (getekend) omzettingsformulier. Wordt een deel van de zorginzet nog via Pgb ingekocht, dan maakt het zorgkantoor een zorgtoewijzing aan van 1% voor de aanbieder. Anders krijgt deze een nieuwe zorgtoewijzing met 100%. De zorgaanbieder vraagt daarna eventueel via een nieuwe AAT het juiste toe te wijzen percentage aan.
- Is er (later) sprake van een gewijzigde verdeling van de zorginzet bij een combinatie ZIN/ Pgb? Dan wordt altijd een nieuwe AAT met Rekenmodule verwacht, omdat deze wijziging gevolg kan hebben voor de hoogte van het toegekende Pgb.

### **Voorbeeld zorgtoewijzingsproces MPT met Pgb**

Stijn Pit heeft verstandelijke en lichamelijke beperkingen. Stijn krijgt Wlz-zorg via Pgb. Zijn zorgvraag neemt toe, daarom vragen zijn ouders een nieuwe indicatie aan en geven bij het CIZ aan dat ze zorg blijven inkopen via Pgb én dat zorgaanbieder De Appelboom een deel via MPT gaat leveren. Het zorgkantoor maakt een zorgtoewijzing aan voor De Appelboom.

<sup>84</sup> Pgb gaat uit van eigen regie bij de cliënt/budgethouder, gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger.

Zorgkantoor haalt Indicatiegegevens op uit Indicatieregister op 03-05-2021	AW33 (verzonden op 03-05-2021) Van Zorgkantoor naar De Appelboom
<p><b>Indicatie</b>  Besluitnummer: 304  Soort indicatie: ClZ  Grondslag: Verstandelijke beperking  Afgiftedatum IB: 03-05-2021  Ingangsdatum IB: 03-05-2021  Einddatum IB: leeg/geen  Meerzorg: nee  Financiering: Wlz</p> <p><b>Geïndiceerd: zorgprofiel 5VG</b>  Ingangsdatum: 03-05-2021  Einddatum: geen  VoorkeurCliënt: Combinatie MPT/ Pgb  Voorkeuraanbieder: De Appelboom</p>	<p><b>Toegewezen: zorgprofiel 5VG</b>  Instelling: De Appelboom  Soort zorgtoewijzing (ztw): Regulier  Toewijzingsdatum: 03-05-2021  ToewijzingPercentage: 1%  Ingangsdatum ztw: 03-05-2021  Einddatum ztw: geen  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Appelboom</p> <p><b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (2)</b>  Instelling: n.v.t. (leeg)  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 03-05-2021  ToewijzingPercentage: n.v.t. (leeg)  Ingangsdatum ztw: 03-05-2021  Einddatum ztw: geen  Leveringsvorm: Pgb</p>

Voorbeeld 3

De Appelboom heeft met de ouders van Stijn overlegd. Het benodigde budget (%) voor het MPT-deel is 65%. Dit is akkoord. De overige zorg kan met Pgb (35%) worden ingekocht.

AW39 (verzonden op 07-05-2021) Van De Appelboom naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 10-05-2021) Van Zorgkantoor naar De Appelboom
<p>Besluitnummer: 304  Aanvraag: zorgprofiel 5VG  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Appelboom  Doelmatig: Ja  Verantwoord: Ja</p> <p><b>Aanvraag instelling</b>  De Appelboom  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Ingangsdatum ztw: 03-05-2021  Einddatum ztw: geen  ToewijzingPercentage: 65%</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (1)</b>  Instelling: De Appelboom  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 10-05-2021  ToewijzingPercentage: 65%  Ingangsdatum ztw: 03-05-2021  Einddatum ztw: geen  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: De Appelboom</p> <p><b>Toegewezen zorgprofiel: 5VG (2)</b>  Instelling: n.v.t. (leeg)  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 10-05-2021  ToewijzingPercentage: n.v.t. (leeg)  Ingangsdatum ztw: 03-05-2021  Einddatum ztw: geen  Leveringsvorm: Pgb</p>

Vervolg voorbeeld 3

### 3.3.5 Zorg thuis in combinatie met behandeling

#### 3.3.5.1 Afbakening behandeling

In de Wlz heeft een cliënt recht op Wlz-specifieke behandeling. Dat is geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die nodig is in verband met de aandoening, beperking of stoornis waarvoor iemand een Wlz-indicatie heeft gekregen. Wlz-behandeling richt zich op de specifieke problemen die hieruit voortkomen en vragen om speciale deskundigheid, kennis en vaardigheden van de behandelaar. Wlz-behandeling gaat nooit om medisch specialistische zorg, die wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voor een doelmatige en effectieve inzet van behandeling beschrijven we eerst het onderscheid met begeleiding. Vervolgens wordt toegelicht in welke situaties een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) geconsulteerd kan worden en welke procesafspraken daarbij gelden. Tot slot worden de processtappen beschreven voor inzet van Wlz-behandeling bij een cliënt in de thuissituatie.

#### Wanneer is er sprake van behandeling?

In de Wlz is behandeling vaak niet gericht op herstel bij een cliënt, maar op het voorkomen van gevolgen en complicaties (nieuwe problemen) of het ontstaan van een gerelateerde stoornis.

#### Doel Wlz-behandeling

- Diagnostiek.
- Verbetering of het tegengaan van behandelbare verslechtering van de aandoening, beperking, stoornis of handicap.
- Het voorkomen van het ontstaan van complicaties of een gerelateerde stoornis.
- Het leren omgaan met de gevolgen van een aandoening, stoornis of beperking. Soms kan een behandeling zich ook richten op de mantelzorger of verzorger, die leert dan vaardigheden of gedrag aan voor het omgaan met iemand die bijvoorbeeld een verstandelijke beperking of dementie heeft.
- Het aanleren van nieuw (sociaal) gedrag of een nieuwe vaardigheid (bijvoorbeeld op gebied van communicatie).

#### Wat is kenmerkend voor Wlz-behandeling?

Wlz-behandeling:

- Kan individueel of in groepsverband (dagdelen) worden gegeven.
- Kan alleen via ZIN worden ingezet en nooit via Pgb worden ingekocht.
- In groepsverband (dagbehandeling) wordt ingezet als het doelmatig is om mensen in groepsverband te behandelen of het groepsproces onderdeel is van de behandeling.
- In groepsverband bevat ook de noodzakelijke persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, verpleging, eten en drinken en individuele behandeling (denk aan inzet van een logopedist of fysiotherapeut).

- Wordt gegeven via een programmatische en gestructureerde aanpak die door de beroepsgroep is geaccepteerd. Dat wil zeggen dat er een concreet behandeldoel/ verbeterdoel is én de stappen (methode) die nodig zijn om het doel te bereiken zijn bekend;
- Wordt, wanneer nodig, geëvalueerd en bijgesteld.
- Is (per definitie) tijdelijk.
- Is onlosmakelijk onderdeel van de integrale zorg en wordt ingezet zolang dat nodig is. Dat kan in een aaneengesloten periode maar ook via onderbroken (intermitterende) perioden.
- Gaat over in begeleiding als de cliënt via behandeling een bepaald niveau (doel) bereikt heeft. Met begeleiding wordt dit niveau onderhouden. Verslechtert de situatie van een cliënt (plotseling), dan kan weer behandeling worden ingezet.  
Bij een stabiele achteruitgang van een ouder wordende Wlz-cliënt zal eerder gekozen worden voor begeleiding dan voor behandeling. De grens tussen deze twee termen zit ook in de snelheid van de achteruitgang: geleidelijk is begeleiding, plotseling is behandeling.

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

Begeleiding wordt ingezet als er is sprake van het (herhaald) oefenen en het laten inslijten van aangeleerde vaardigheden en gedrag, het onderhouden van vaardigheden, kennis of gedrag. Met begeleiding wordt verergering voorkomen en zelfredzaamheid bevorderd, onderhouden of gecompenseerd. Begeleiding kan bestaan uit het ondersteunen van de cliënt, het overnemen van activiteiten van de cliënt of het geven van structuur aan de cliënt in het dagelijks leven. Begeleiding is in tegenstelling tot behandeling niet begrensd in de tijd.

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

Onder Behandeling op de achtergrond valt het bijstaan van een individuele zorgverlener(s) in de zorgverlening, het opstellen van een zorgplan of een kort behandelmoment dat weinig inzet vraagt en incidenteel is. Behandeling op de achtergrond komt voor in de tarieven voor VPT en in de logeertarieven.

#### **Behandeling en zintuiglijke handicap**

Heeft iemand een indicatie voor een zorgprofiel, anders dan een zorgprofiel voor zintuiglijke handicap (ZG), én is behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap? Dan wordt deze behandeling vergoed vanuit de Zvw<sup>85</sup> als de Wlz-behandelaar niet de competenties heeft om de noodzakelijke behandeling<sup>86</sup> te bieden. Dit kan dus naast de Wlz. Heeft iemand een indicatie voor een ZG-zorgprofiel en is behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap, dan wordt dit wel betaald uit de Wlz en niet uit de Zvw. De behandeling is onderdeel van het zorgprofiel.

<sup>85</sup> Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/zintuiglijk+gehandicaptenzorg>

<sup>86</sup> Screening (vaststellen of er een probleem is) hoort tot taak van de huisarts, SO of AVG



### 3.3.5.2 Consultatie SO of AVG naast zorg thuis

Consultatie<sup>87</sup> door een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG):

1. Bij een behandelvraagstuk rondom een patiënt kan de huisarts een SO-arts of AVG-arts om een behandeladvies vragen (consultatie). Dit kan voor iemand met óf zonder Wlz-indicatie. De huisarts kan zijn vraag rechtstreeks aan de SO of AVG stellen of vanuit het multidisciplinair overleg (MDO) rond een cliënt.
2. Voor betaling vanuit de Wlz, moet iemand altijd beschikken over een actueel Wlz-indicatiebesluit. Omdat het om een beperkt aantal contacten op jaarbasis gaat (niet structureel), is voor deze consultatie geen specifieke zorgtoewijzing nodig. Deze behandeladviezen komen dus niet ten laste van het beschikbare budget. De reden, de inhoud en de aanvrager van de consultatie wordt wel altijd goed vastgelegd in het zorgplan van de cliënt. Voor deze consultatie zijn aparte behandel-prestaties beschikbaar.
3. Onder verantwoordelijkheid van de SO of AVG is het mogelijk om voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonen ook andere disciplines kortdurend te consulteren, bijvoorbeeld een gedragswetenschapper<sup>88</sup>. Dit kan alleen wanneer inzet van andere disciplines nodig is om de huisarts een passend antwoord te geven. De SO of AVG heeft in deze situaties de regie (de aanvraag moet via een SO of AVG lopen) en blijft eindverantwoordelijk voor deze discipline. De SO of AVG is op de achtergrond voortdurend aanwezig en draagt zorg voor terugkoppeling aan de huisarts en juiste declaratie. De huisarts blijft hoofdbehandelaar.
4. Consultatie van een SO of AVG is ook mogelijk bij iemand met een indicatie voor een GGZ-W zorgprofiel waarbij er sprake is van PG of VG-problematiek.

### 3.3.5.3 Algemene procesafspraken voor Wlz-behandeling

Wlz-behandeling kan (tijdelijk) worden ingezet bij iemand die thuis zorg krijgt via MPT, Pgb of VPT zonder behandeling. De financiële ruimte die hiervoor beschikbaar is, is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Deze ruimte wordt bepaald door bij een bepaald zorgprofiel het verschil te berekenen tussen het tarief voor VPT met behandeling en het tarief voor VPT zonder behandeling. De aanbieder kan de Rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen.

Specifiek voor Borg-instellingen<sup>89</sup> is het bepalen van beschikbare financiële ruimte (en het aanvragen van een zorgtoewijzing) voor behandeling niet van toepassing. Een Borg-instelling is een expertise-instelling voor behandeling op het gebied van SGLVG<sup>90</sup>-problematiek (behandeling van mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedrags- en psychiatrische problemen). Door de ernstige problemen bij cliënten uit deze doelgroep (onbegrepen en risicovol gedrag op gebied van wonen, werken en vrije tijd), is de inzet van

<sup>87</sup> Daaronder wordt ook uitgebreide diagnostiek gerekend en uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek.

<sup>88</sup> Een huisarts heeft de mogelijkheid om een gedragswetenschapper buiten de SO om te benaderen voor een oudere. Dat kan ook alleen als de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt.

<sup>89</sup> Er zijn 4 Borg-instellingen in Nederland (snijvlak problematiek VG, GGZ en forensische zorg (Veiligheid en Justitie)).

<sup>90</sup> SGLVG: Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt

behandeling onvoorspelbaar en verandert die regelmatig van intensiteit bij een cliënt.

Bovendien stellen Borg-instellingen hun expertise breed beschikbaar, over regio-grenzen heen.

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

- Inzet van behandeling gaat uitdrukkelijk over specifieke Wlz-behandeling, niet over 'behandeling op de achtergrond' én niet over GGZ-behandeling door psychiaters of klinisch psychologen (deze behandeling valt onder de Zvw).
- Kinderen tot 18 jaar met een psychische stoornis én een lichamelijke beperking of chronische aandoening kunnen zorg en ondersteuning krijgen vanuit de Jeugdwet, Zvw of Wlz. Het CIZ beoordeelt of een kind in aanmerking komt voor de Wlz.
- Komt een kind (<18 jaar) met VG-problematiek in aanmerking voor de Wlz én is er ook behandeling nodig voor een psychische stoornis? Wordt dit al bij de indicatiestelling vastgesteld? Dan wordt de behandeling voor de psychische stoornis uit de Wlz betaald als die samenhangt met de behandeling van de verstandelijke beperking én door dezelfde verblijfsinstelling wordt gegeven. Staat de behandeling voor de psychische stoornis los van de rest van de behandeling, dan valt die niet onder de Wlz maar onder de Jeugdwet.
- Bij kinderen < 18 jaar wordt behandeling vanuit de Wlz voor maximaal 3 jaar toegekend. Dat heeft te maken met de ontwikkelingsfase van een kind die van invloed is op de intensiteit en frequentie van behandelen. Is behandeling (na de toewijspriode) nog steeds nodig dan kan die worden verlengd. De duur van de zorgtoewijzing is afhankelijk van het moment waarop een kind 18 jaar wordt.
- In het zorgplan wordt de onderbouwing voor inzet van behandeling (groep of individueel) vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO.

De motivatie in het zorgplan bevat een toelichting op de volgende punten:

- Welke diagnose maakt inzet van behandeling noodzakelijk.
- Welke arts/behandelaar is eindverantwoordelijk voor de behandeling.
- Welke (aantoonbaar werkzame) methodiek wordt toegepast voor de behandeling.
- Wat is de inhoud van de behandeling.
- Wat is het te behalen resultaat van de behandeling.
- Wat is het aantal benodigde uren behandeling (individueel) of dagdelen (groep) per week.
- Wat is de duur van de behandeling.
- Waarom de aangevraagde behandeling geen onderdeel is van de Zorgverzekeringswet.

#### **3.3.5.4 Procesafspraken voor behandeling naast VPT**

Krijgt een cliënt VPT, is behandeling nodig maar hoeft die gezien de zorgvraag van een cliënt niet structureel te worden ingezet (onderbroken perioden)? Dan wordt deze behandeling niet standaard gedeclareerd (VPT-tarief exclusief behandeling).

Voor tijdelijke inzet van Wlz-behandeling naast VPT-zorg:

- Hoeft geen nieuwe zorgtoewijzing te worden aangevraagd als de behandeling door dezelfde zorgaanbieder (agb-code) wordt geleverd. In de zorgtoewijzing kan geen onderscheid worden gemaakt voor VPT met behandeling of zonder behandeling.

- Is vooraf géén toestemming nodig van het zorgkantoor als die (tijdelijke) behandeling past binnen de beschikbare financiële ruimte van het VPT (inclusief behandeling).
- Wordt behandeling door een andere zorgaanbieder geleverd? Dan vraagt de DH daarvoor een zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. De aanvraag voor behandeling bevat de leveringsvorm VPT, met het benodigde % (gebruik de Rekenmodule om dit % te berekenen). Het VPT % voor behandeling is lager dan het % voor het reguliere VPT.
- Het zorgkantoor kan achteraf toetsen of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de afspraken die daarover bij het contracteren zijn gemaakt. Het extra budget voor behandeling mag niet voor andere zorg wordt ingezet.

### 3.3.5.5 Procesafspraken voor behandeling naast MPT (of Pgb)

- Het basisbudget MPT is altijd zonder behandelcomponent. Dat komt omdat het MPT-budget voor een bepaald zorgprofiel is afgeleid van het Pgb -budget voor dat zorgprofiel<sup>91</sup>. Via wet- en regelgeving is bepaald dat behandeling (individueel of groep) niet mag worden ingekocht met Pgb maar alleen via ZIN.
- Voor Behandeling groep en Begeleiding groep geldt volgens de kaders van de Wlz een gezamenlijk maximum van 9 dagdelen. Dit maximum is geen harde grens bij de feitelijke zorginzet. Het aantal dagdelen kan naar behoefte en noodzaak worden ingezet en mag meer zijn dan 9 dagdelen. Dit op voorwaarde dat het past binnen het toegekende budget.
- Is in de beschikbare ruimte voor PGB bij een zorgprofiel rekening gehouden met inzet van een standaard aantal dagdelen Begeleiding groep, maar heeft een cliënt behoefte aan Behandeling groep? Dan wordt eerst gekeken of de noodzakelijke zorg en behandeling past binnen het beschikbare budget (gebruik de Rekenmodule als hulpmiddel om dit door te rekenen). Past de noodzakelijke zorg binnen het toegekende budget (met de module behandeling)? Dan wordt er geen extra budget aangevraagd.

Wanneer de cliënt behandeling nodig heeft bij leveringsvorm MPT

- Wordt eerst bepaald of behandeling betaald kan worden uit het beschikbare basisbudget.
- Is behandeling kortdurend en wordt die periodiek ingezet (niet continue nodig)? Reken de verwachte inzet op kalenderjaar dan terug naar de inzet per week.
- Bij onvoldoende financiële ruimte voor de totale zorg (inclusief noodzakelijke behandeling) in het basisbudget, selecteert de zorgaanbieder in de Rekenmodule een behandelprestatie (individueel of groep). Deze prestatie moet passen bij het geïndiceerde zorgprofiel. Het basisbudget in de Rekenmodule wordt dan automatisch opgehoogd met een behandelcomponent. Dit is het nieuw beschikbare weekbudget (> 100%).
- Past de noodzakelijke behandeling binnen het budget (inclusief behandelcomponent) dan is vooraf **géén toestemming nodig van het zorgkantoor** en hoeft bij een AAT geen Rekenmodule of Adviesformulier te worden aangeleverd.
- Om te voorkomen dat het zorgkantoor deze aanvragen toch gaat beoordelen **vult de CZT in de AAT het veld Doelmatig met Ja en het veld Verantwoord met Ja**. Dit is een praktische oplossing omdat het veld Doelmatig Ja, normaal alleen van toepassing is als het MPT-budget dat nodig is, gelijk is aan het basisbudget (gerelateerd aan het Pgb budget).

<sup>91</sup> Voor doelmatige inkoop van zorg is het Pgb -budget als referentiebudget opgenomen in wet- en regelgeving.

- Levert een zorgaanbieder naast (tijdelijke) behandeling ook andere MPT-zorg? Dan worden beide percentages bij elkaar opgeteld en in één percentage aangevraagd. In een bepaalde periode kan een leveringsvorm voor een zorgaanbieder (agb-code) maar één keer worden toegewezen (overige MPT-zorg én/of behandeling). De aanbieder vraagt het MPT voor de langste periode aan (overige MPT-zorg), en hoeft geen rekening te houden met de tijdelijkheid van behandeling.
- Past de noodzakelijke zorg en behandeling niet binnen het basisbudget met de module Behandeling? Dan kan de toeslag Extra kosten thuis (inclusief module Behandeling) een oplossing bieden of eventueel een andere extramurale toeslag (zie paragraaf 3.3.6 en 3.3.7).
- Net zoals bij VPT kan het zorgkantoor achteraf toetsen of behandeling doelmatig is ingezet en het extra budget voor behandeling niet voor andere zorg is ingezet. Is inzet van behandeling langer nodig dan verwacht en twijfelt de aanbieder over akkoord van het zorgkantoor? Overleg dan vooraf met het zorgkantoor.

### **3.3.6 MPT (en/of Pgb) met toeslag Extra kosten thuis (EKT)**

Binnen de Wlz kan iemand met een intensievere zorgbehoefte thuis blijven wonen als de zorg passende en verantwoord geregeld kan worden. Ook als dit meer kost dan het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel. Bij inzet van MPT of Pgb is daarvoor de toeslag Extra kosten thuis (EKT) beschikbaar. Dit levert extra budget op voor het regelen van de zorg thuis.

Zo kan betere aansluiting worden gezocht bij de zorg of begeleiding die een cliënt via zijn zorgverzekeraar of gemeente kreeg voor overgang naar de Wlz. Daarnaast kan eventuele verhuizing of opname worden voorkomen of uitgesteld (door mantelzorg te ontlasten).

#### **Wat houdt de toeslag EKT in?**

- Via de toeslag EKT kan extra Wlz-zorg worden ingezet als dit noodzakelijk is. De toeslag EKT kan niet standaard worden aangevraagd (uitgangspunt is doelmatige inzet van zorg).
- Via de toeslag EKT komt maximaal 25% extra budget beschikbaar op het basisbudget voor een bepaald zorgprofiel. De omvang van het extra budget is dus afhankelijk van het profiel.
- Heeft iemand (tijdelijk) behandeling nodig naast MPT? Dan is er ook 25% meer budget beschikbaar voor de behandelcomponent: 1,25x (basisbudget + behandelcomponent). In deze situatie kan het Toewijzingspercentage hoger liggen dan 125%. Extra budget voor behandeling mag alleen ingezet worden voor behandeling.

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

- In een geclusterde woonvorm verblijft die gefinancierd wordt via ZIN of een Pgb - wooninitiatief of Pgb -ouderinitiatief. Binnen een geclusterde woonvorm kan zorg efficiënter georganiseerd worden dan wanneer een cliënt in een thussituatie woont.
- Onderdeel uitmaakt van een gezin waar meerdere kinderen of personen aanspraak maken op Wlz-zorg. In deze situaties is het redelijk om te verwachten dat zorg doelmatiger kan worden ingezet. En wordt het niet als redelijk beschouwd dat voor meerdere kinderen of personen de toeslag EKT wordt aangevraagd.

- Continue toezicht nodig heeft. Continue toezicht (24 uur) kan niet bekostigd worden met de verruimde EKT-regeling<sup>92</sup>.
- Zorg inzet via de combinatie MPT en Pgb. Het zorgkantoor toetst dan eerst of het Pgb wordt uit genut. Als in overleg met de budgethouder blijkt dat het Pgb niet volledig zal worden ingezet, kan de beschikking Pgb worden aangepast ten gunste van het MPT.

#### Processtappen aanvraag toeslag EKT

- Is de toeslag EKT nodig om zorg thuis verantwoord te (blijven) leveren aan iemand? En is er alléén sprake van ZIN? Dan is vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor. Kan met deze toeslag de zorg thuis niet verantwoord geleverd worden, én er is geen andere toeslag mogelijk, dan neemt de zorgaanbieder contact op met het zorgkantoor.
- Om te bepalen of er extra budget aangevraagd moet worden, gebruikt de zorgaanbieder de Rekenmodule. Op de pagina Aan te vragen zorg in de Rekenmodule selecteert de CZT de prestaties die nodig zijn voor de zorg of begeleiding aan de cliënt. Het aan te vragen % wordt direct berekend en is te zien in het Rekenoverzicht rechts op het scherm. Ligt dit percentage tussen 100-125%? Dan geeft de CZT op deze pagina aan dat er sprake is van EKT. Het beschikbare budget wordt automatisch verruimd. Is het berekende % hoger dan 125%? En is er geen extra ruimte nodig voor behandeling? Dan wordt de vraag over EKT **niet** gevuld. De aanbieder krijgt daarna aanvullende vragen in een vervolgscherm.
- Is de toeslag EKT nodig? Dan levert de zorgaanbieder de Rekenmodule alleen aan bij het zorgkantoor als er sprake is van een combinatie MPT met Pgb. Het Adviesformulier wordt aangeleverd als er sprake is van een bijzondere situatie, anders is dat ook niet nodig.
- **iWlz:** De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie: Extra kosten thuis (EKT).
- **iWlz:** Wordt de toeslag EKT met de Module Behandeling ingezet, dan vult de CZT in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Combinatie van EKT en extra behandeling (code 7).

#### Toeslag EKT bij combinatie MPT en Pgb

- Bij de combinatie MPT en Pgb kan de cliënt het beschikbare (extra) budget verdelen over de in te zetten zorg. Zo kan een budget van 120% voor 75% worden toegekend bij MPT en 45% bij Pgb of andersom. Voor de zorg die een cliënt inkoopt met Pgb wordt door de Pgb-beheerder altijd een budgetplan aangeleverd bij het zorgkantoor.
- Wijst het zorgkantoor extra budget toe bij een MPT in combinatie met Pgb? Dan kan de CZT dat niet opmaken uit het percentage voor de totale zorginzet, omdat het zorgkantoor geen % aan de zorgaanbieder mag doorgeven over het Pgb -gedeelte. Het zorgkantoor laat de CZT dan via het Notitieverkeer weten of er sprake is van de toeslag EKT.
- Een zorgaanbieder moet altijd kunnen aantonen dat meer budget nodig is om verantwoorde zorg thuis in te zetten en dat er binnen het basisbudget voor het MPT (en Pgb) geen financiële ruimte meer was om de noodzakelijke zorg te regelen.

<sup>92</sup> Toezicht dat vertaald kan worden naar een van de functies waarop in de Wlz aanspraak bestaat, bijvoorbeeld verpleegkundig toezicht bij ademhalingsondersteuning, kan thuis wel worden ingezet. Toezicht dat niet vertaald kan worden naar een functie, zoals aanwezigheid bij verblijfszorg, valt hierbuiten.

### 3.3.7 Overige toeslagen extra zorg thuis

Is de toeslag EKT (inclusief module Behandeling) niet toereikend voor de noodzakelijke zorg thuis (MPT en/of PGB)? Dan zijn andere toeslagen beschikbaar om extra budget aan te vragen.

Andere toeslagen die mogelijk zijn naast MPT (en/of Pgb)<sup>93</sup>:

- Ademhalingsondersteuning thuis of
- Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis of
- Palliatief terminale zorg thuis of
- Thuiswonend kind met ontwikkelperspectief < 18 jaar of
- Maatwerktoeslag Logeeropvang of
- Maatwerktoeslag thuis voor dure begeleiding en behandeling of
- Meezorg thuis of
- Persoonlijk assistentiebudget<sup>94</sup> (alléén Pgb, niet voor MPT) of
- Extra overbruggingszorg thuis (deze toeslag hoort bij hoofdstuk 4, maar is hier voor het volledige beeld wel opgenomen).

Uitgangspunten aanvraag extra budget

Voor de toeslagen naast MPT (en/of Pgb) geldt dat:

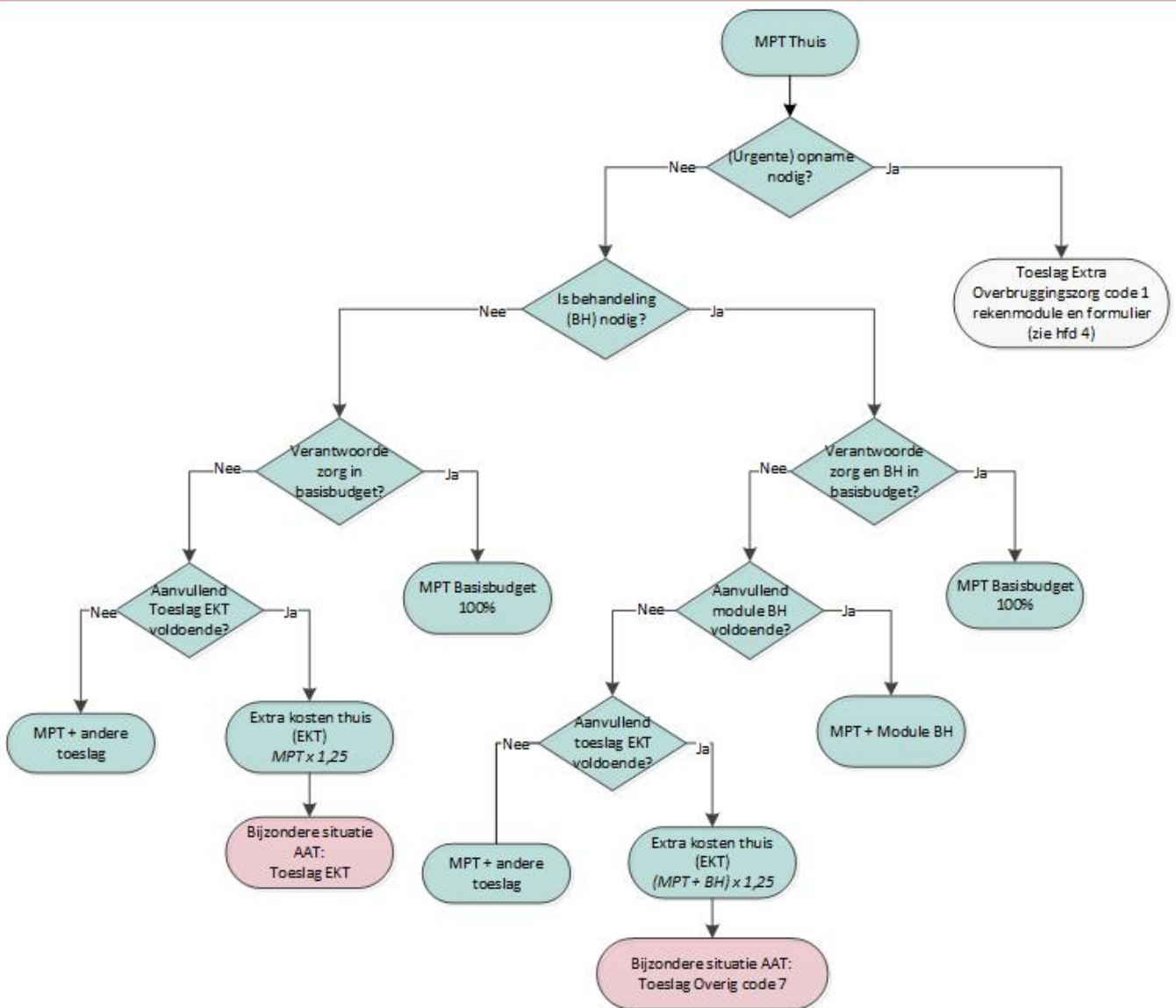
- Er altijd maar één toeslag kan worden aangevraagd voor extra budget.
- De toeslagen voor zorg thuis een vaste volgorde in afhandeling hebben. De toeslag EKT (met module behandeling) gaat altijd voor op een van de andere toeslagen. Past de noodzakelijke zorg niet binnen een (voorliggende) toeslag, dan wordt beoordeeld of de opvolgende toeslag een oplossing biedt voor de zorgvraag van een cliënt.
- De aangevraagde toeslag verwijst naar de belangrijkste reden waarom extra budget nodig is om de zorg thuis te regelen. De aanbieder legt deze onderbouwing vast in het zorgplan.
- Niet alle extra zorg die nodig is een directe (1:1) relatie hoeft te hebben met één bijzondere reden. Er kan bij een cliënt sprake zijn van een combinatie van bijzondere redenen. Bijvoorbeeld: iemand had al een toeslag EKT door een intensieve zorgvraag. Later is bij deze cliënt ook gespecialiseerde verpleging nodig. De noodzakelijke zorg past daardoor niet meer binnen het beschikbare budget. Het noodzakelijke budget voor alle zorg wordt nu aangevraagd via de toeslag Gespecialiseerd verpleegkundig handelen, omdat deze dan het meest bepalend is om extra ruimte toe te staan.
- **iWlz** Vraag de meest bepalende toeslag (bijzondere situatie) aan in de AAT.
- Bij een deel van deze toeslagen gevraagd wordt om een Rekenmodule aan te leveren en/of het Adviesformulier voor onderbouwing van de aanvraag. In bijbehorende procesflows staat bij welke toeslagen dit noodzakelijk is (zie figuur 11a en 11b).

<sup>93</sup> Voor VPT gelden intramurale toeslagen (extra budget naast het VPT-budget). Deze toeslagen kunnen afwijken van de extramurale toeslagen. Zo is er geen extramurale toeslag voor Huntington, Cerebrovasculair accident (cva) of Gespecialiseerde epilepsiezorg (gez). De voorwaarden voor een intramurale toeslag staan in de NZa-beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

<sup>94</sup> Het Persoonlijk assistentie budget (PAB) kan worden aangevraagd voor mensen met een zware lichamelijke beperking of aandoening waarbij 24 uur per dag toezicht nodig is om gevaarlijke situaties te voorkomen (zie bijlage A voor meer informatie en randvoorwaarden). Het aanvraagproces voor PAB wordt in het voorschrift niet beschreven omdat deze toeslag alleen via Pgb kan worden aangevraagd.

# Modulair Pakket Thuis en toeslag Extra Kosten Thuis

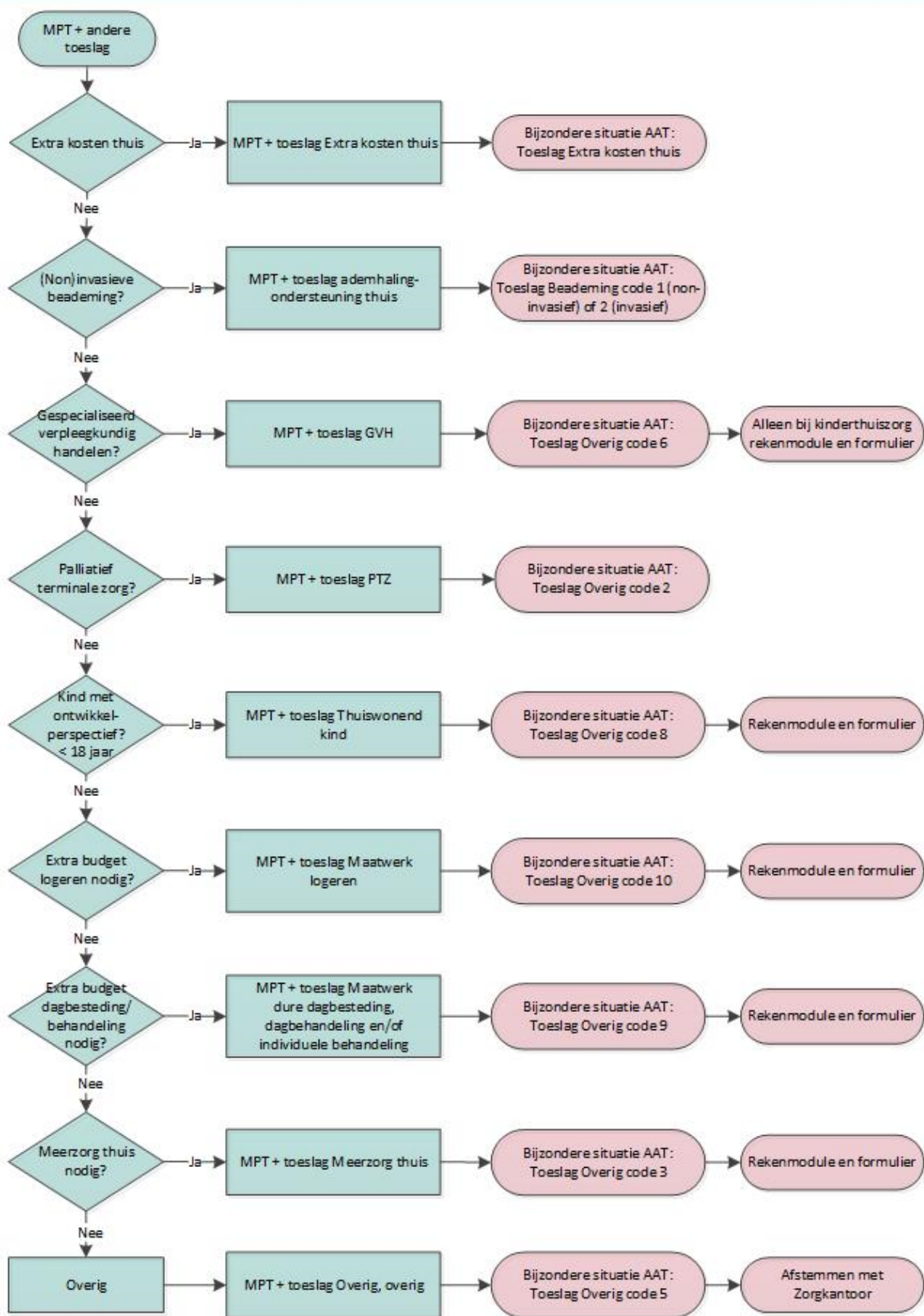
Voorkeuraanbieder (DH/CZT)



Figuur 11a Modulair pakket thuis (géén Pgb) en toeslag Extra kosten thuis

# Modulair Pakket Thuis en overige toeslagen thuis

Voorkeuraanbieder (DH/CZT)



Figuur 11b Modulair pakket thuis (géén Pgb) en overige toeslagen thuis



### 3.3.8 Toeslag ademhalingsondersteuning thuis

In de Wlz kan een Chronische ademhalingsstoelag worden aangevraagd voor een thuiswonende cliënt met ernstige ademhalingsproblematiek. Iemand komt daarvoor in aanmerking als het Centrum voor Thuisbeademing bij de cliënt is betrokken en heeft vastgesteld dat een van de VSCA-profielen<sup>95</sup> van toepassing is bij de cliënt. De omvang van de toeslag is afhankelijk van het vastgestelde VSCA-profiel.

Krijgt iemand zijn zorg thuis via een VPT? Dan geldt de intramurale toeslagensystematiek en wordt de passende intramurale toeslag voor chronische ademhalingsondersteuning<sup>96</sup> ingezet én gedeclareerd (als die met het zorgkantoor is afgesproken). Voor het MPT (en/of Pgb) kan het basisbudget worden opgehoogd met maximaal het bedrag van de best passende intramurale toeslag voor Chronische ademhalingsondersteuning. De zorg wordt gedeclareerd via de MPT-prestaties en niet via een van deze intramurale toeslagen.

Processtappen aanvraag ademhalingsstoelagen

- Een ademhalingsstoelag is niet van toepassing bij een cliënt waar zuurstof incidenteel nodig is, zuurstof via een 'brillette of flowsnor' wordt toegediend of waar het zuurstofgehalte in het bloed wordt gemeten.
- Het gaat bij deze groep om cliënten met bijvoorbeeld slikproblemen (obstructie in de ademhaling), risico op acute zuurstofdaling door ademstilstand of risico op een zwaar epileptisch insult of shock. Het is dan noodzakelijk om de ademhaling over te nemen via (non-)invasief beademen door (mechanische) apparatuur. Dit gebeurt al dan niet volledig of ter ondersteuning, continue of met onderbreking (bij het wegvallen van de ademhaling wordt automatisch apparatuur ingeschakeld). Non-invasieve beademing gaat via een mond- of neuskapje. Invasieve beademing gaat via een tracheostoma.
- In deze situaties is altijd sprake van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en/ of behandeling (minimaal 2 zorgvormen worden er geleverd).
- De CZT borgt dat bij deze cliënten in het zorgplan wordt vastgelegd welke aantoonbare contacten er zijn met medisch specialisten of het Centrum Voor Thuisbeademing, dat er aantoonbaar geschoold personeel wordt ingezet die tijdig en adequaat kan ingrijpen of dat dit geborgd is via mantelzorg en er samenwerkingsafspraken zijn met een ziekenhuis om snel te kunnen handelen bij een crisissituatie.
- De zorgaanbieder registreert in het zorgplan welk VSCA -profiel passend is bij de cliënt en waarom. Het zorgkantoor kan hier een achteraf controle op uitvoeren.
- De VSCA onderscheidt 5 profielen (0 tot en met 4). Profiel 0 is uitgesloten voor inzet van de Ademhalingsstoelag thuis in de Wlz.
- Belangrijkste onderscheidende factor in de VSCA-profielen is de noodzakelijke responstijd wanneer er iets fout kan gaan met de beademing. Dat kan gaan om een probleem met de apparatuur maar ook bijvoorbeeld om een slijmprop in de luchtweg of een verstopte canule.

VSCA-profielen

- Profiel 0: iemand heeft geen hulp nodig bij de beademing omdat hij zichzelf zelfstandig kan aan- en afsluiten van de beademingsmachine, uitzuigen en de canule kan verwisselen.

<sup>95</sup> VSCA: Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning.

<sup>96</sup> Nza Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis (toeslagen chronische ademhalingsondersteuning).

- Profiel 1: iemand heeft toezicht en hulp 'op afstand' nodig. Het gaat dan veelal om planbare hulp (bijvoorbeeld bij sputumverwijdering) waarbij de responstijd van de zorgverlener < 30 minuten kan zijn.
- Profiel 2: de responstijd in deze situaties is < 15 minuten. Er moet hulp op korte afstand van thuis of werk beschikbaar zijn voor de cliënt omdat hij bijvoorbeeld 24 uur per dag non-invasief beademd wordt.
- Profiel 3: de responstijd in deze situaties is < 5 minuten. Er is toezicht en hulp in de nabije omgeving nodig. Het gaat hier meestal om cliënten met beperkte beademingsvrije tijd (5 - 15 minuten), die 24 uur per dag beademd worden.
- Profiel 4: de responstijd in deze situaties is < 1 minuut. Direct toezicht en hulp is nodig. Het gaat hier meestal om cliënten met zeer beperkte beademingsvrije tijd (1 - 5 minuten), die 24 uur per dag beademd worden met gevaar voor decanulatie met directe en ernstige gevolgen.

#### Procesafspraken

- Bij een cliënt waarbij alleen voor de ademhalingsondersteuning extra budget nodig is, hoeft de CZT geen Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren als de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd én er alleen sprake is van ZIN.
- Wordt bij een cliënt uit deze groep een deel van de zorg via Pgb ingekocht, dan levert de CZT wél een Rekenmodule en Adviesformulier aan. In het Adviesformulier wordt aangegeven welk VSCA-profiel van toepassing is, zodat hier rekening mee kan worden gehouden bij de berekening van het Pgb.
- Afhankelijk van het VSCA-profiel is er extra budget beschikbaar in de vorm van 3 toeslagen: Beademingszorg laag (VSCA-profiel 1 en 2), Beademingszorg midden (VSCA-profiel 3) en Beademingszorg hoog (VSCA-profiel 4). De tarieven van deze toeslagen staan in de actuele NZa-beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. Gebruik de zzp-tarieven voor deze toeslagen (verblijfszorg). Deze toeslagen zijn nog niet beschikbaar in de Rekenmodule<sup>97</sup>. Het is dus niet mogelijk om in de Rekenmodule een passend VSCA-profiel te selecteren waardoor het beschikbare budget automatisch wordt opgehoogd met een extra bedrag voor het geselecteerde VSCA-profiel.
- Om het totale budget (percentage) dat nodig is te bepalen, vult de zorgaanbieder de noodzakelijke prestaties en bijbehorende omvang in de Rekenmodule. Deze berekening wordt vastgelegd in het zorgplan bij de registratie van het VSCA-profiel.
- **iWlz** Het totale benodigde budget wordt vervolgens bij het zorgkantoor aangevraagd via een AAT. De CZT geeft daarvoor bij deze situaties in de AAT aan dat er sprake is van Doelmatige zorg: Nee, Verantwoord thuis: Ja. Afhankelijk van het type ademhalingsondersteuning vult de CZT bij Bijzondere situatie: Toeslag Beademing, non-invasieve beademing (code 1) of Toeslag Beademing, invasieve beademing (code 2). Afhankelijk van het VSCA-profiel dat van toepassing is voor de cliënt wordt gekozen voor code 1 of code 2.

<sup>97</sup> De Rekenmodule wordt in 2025 doorontwikkeld (fase 2). Daarnaast wordt in ZN-verband bekeken of het aanvragen van een toeslag thuis vereenvoudigd kan worden. De discussiepunten in het uitvoeringsproces rondom de ademhalingsstoelag worden daarin extra meegenomen.

### 3.3.9 Toeslag Gespecialiseerd verpleegkundig handelen thuis (GVH)

Gespecialiseerde verpleging die door een medisch specialist is voorgeschreven vanwege medisch specialistische behandeling valt onder de Wlz-aanspraken als een medisch specialist zelf niet direct beschikbaar hoeft te zijn voor toezicht, directe (concrete) aansturing of interventie. In deze situaties is geen sprake van medisch specialistische zorg thuis (MSVT) maar van gespecialiseerde verpleging (Wlz). De medisch specialist is opdrachtgever, maar een verpleegkundige kan de handeling zelfstandig uitvoeren. Voorbeeld hiervan is het toedienen van een injectie of complexe wondverzorging die wordt uitgevoerd door een gespecialiseerde wondverpleegkundige.

Processtappen aanvraag toeslag GVH

- Gespecialiseerde verpleegkundig (Wlz) wordt gedeclareerd via de Wlz-prestatie Verpleging speciaal. Deze prestatie kan worden geselecteerd in de Rekenmodule (voor kinderen < 18 jaar wordt gebruik gemaakt van de speciale prestaties Verpleging speciaal.)
- Past de zorg, inclusief de gespecialiseerde verpleging, niet binnen het basisbudget met toeslag EKT, dan kan de CZT extra budget aanvragen bij het zorgkantoor.
- **iWlz** De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. In het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, wordt gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH) gevuld (code 6).
- Is er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde zorg thuis, dan hoeft de CZT bij de AAT géén Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren, tenzij er ook sprake is van Pgb.
- Om administratieve last bij de zorgaanbieder te verminderen kan het budget (inclusief toeslag GVH) voor de duur van het indicatiebesluit worden aangevraagd. Hierdoor is aanvraag voor een tussentijdse verlenging niet nodig. Dit op voorwaarde dat een overdrachtsformulier van de medisch specialist is toegevoegd aan het zorgplan en direct opvraagbaar is door het zorgkantoor (bij materiële controle). In het overdrachtsformulier staat welke verpleging tijdelijk extra nodig is en waarom.
- Als de gespecialiseerde verpleging niet meer nodig is, vervalt de reden van de aangevraagde toeslag GVH? Dan wordt bij het zorgkantoor een AAT ingediend met een nieuwe verdeling van het budget (een aangepast %) en eventueel een gewijzigde toeslag.
- Wil een cliënt deze verpleegkundige zorg deels inkopen met een Pgb, dan krijgt de zorgtoewijzing voor leveringsvorm Pgb dezelfde toewijzperiode als het MPT. Dit is puur administratief en voorkomt dat later weer een informatieve zorgtoewijzing naar een betrokken zorgaanbieder(s) wordt gestuurd bij een ambtshalve verlenging van de Pgb -beschikking. Ondanks een langere toewijzperiode, geeft het zorgkantoor voor deze zorg een Pgb -beschikking af voor 3 maanden (de Pgb -beschikking zelf wordt dus wel voor een kortere periode afgegeven). Deze Pgb -beschikking kan met 3 maanden worden verlengd, op voorwaarde dat de budgethouder een verklaring van de medisch specialist overlegt.
- In de Regeling langdurige zorg is opgenomen dat Pgb in deze situaties maar mag worden uitgezet voor 3 maanden en dat er na drie maanden een herbeoordeling dient plaats te vinden. De medisch specialist moet de noodzaak dan opnieuw bevestigen. Dit uitgangspunt geldt ook voor ZIN, maar daar kan het zorgkantoor achteraf op toetsen. Daarom wordt de duur van de zorgtoewijzing bij ZIN niet beperkt in tegenstelling tot Pgb.

- Wil een cliënt deze zorg alleen met Pgb inkopen, en kan dit niet volledig worden betaald uit het beschikbare basisbudget met toeslag EKT? Dan vraagt de budgethouder dit rechtstreeks aan bij het zorgkantoor (met verklaring van een medisch specialist).

#### Toeslag GVH voor kinderen

Gespecialiseerde verpleging voor kinderen (< 18 jaar) die dit kortdurend nodig hebben wordt geleverd door kinderthuiszorgorganisaties. Voorwaarde daarbij is dat de kinderthuiszorgorganisatie lid is van branchevereniging BINKZ.

#### Zorgtoewijzingsproces aanvraag toeslag GVH voor kinderthuiszorgorganisaties

- Voor inzet van gespecialiseerde verpleging voor kinderen via een kinderthuiszorgorganisatie, wordt ook een zorgtoewijzing aangevraagd bij het zorgkantoor.
- Is er een CZT betrokken bij een kind (<18 jaar) omdat er niet alleen gespecialiseerde verpleging nodig is? Dan levert die, in overleg met de kinderthuiszorgorganisatie, een Rekenmodule en het Adviesformulier aan bij het regionale zorgkantoor. Wordt er geen andere Wlz-zorg ingezet bij het kind dan levert de kinderthuiszorgorganisatie dit rechtstreeks aan bij het regionale zorgkantoor.
- De CZT of kinderthuiszorgorganisatie vult in de AAT het veld Doelmatige zorg met Nee en het veld Verantwoord thuis met Ja. Daarnaast vult hij in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Gespecialiseerd Verpleegkundig Handelen (code 6).
- Gespecialiseerde verpleegkundig (Wlz) wordt gedeclareerd via de Wlz-prestatie Verpleging speciaal. Voor kinderen < 18 jaar gelden daarvoor specifieke prestatie, die kunnen worden geselecteerd in de Rekenmodule.

### 3.3.10 Toeslag Palliatief terminale zorg thuis (PTZ)

De toeslag PTZ is bedoeld voor mensen die Palliatief terminale zorg krijgen die wordt gegeven in de laatste levensfase van een cliënt. De gemiddelde levensverwachting is dan nog ongeveer 3 maanden. De zorg is in deze fase vaak gericht op behandeling of begeleiding bij pijn, benauwdheid en angst (symptoomlasten bestrijding). Daarnaast is het doel om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden voor de cliënt, zijn naaste(en) en mantelzorg(ers).

Als iemand graag thuis wil overlijden wordt deze wens zoveel mogelijk gevolgd. Verblijft een cliënt in een instelling maar wil iemand zijn laatste levensfase liever thuis bij naaste(n) doorbrengen of in een hospice (zonder toelating voor verblijf)? Dan kan dat. Vanaf het moment dat iemand de instelling verlaat, gelden de regels voor zorg thuis en kan extra budget (via de toeslag PTZ) worden aangevraagd bij MPT (en/of Pgb). Terminale zorg in een geclusterd VPT wordt beschreven in paragraaf 4.4.

#### (Waak)zorg of nachtzorg

Afhankelijk van de individuele cliëntsituatie kan waken thuis door een zorgprofessional onderdeel zijn van PTZ. Dat kan als degene die de (waak)zorg levert niet op tijd iemand kan inschakelen als dat nodig is, waarvan bepaalde vroeg signalering niet verwacht kan worden en/of vrijwillige terminale thuiszorg niet de gewenste oplossing kan bieden. Waken is dan vaak meer dan alleen maar ondersteunen. Een verpleegkundige maakt hiervoor, vaak samen met de huisarts of specialist, een risico-inschatting.

Voorbeelden van cliëntsituaties waarbij waakzorg ingezet kan worden: onrust, wanen, hallucinaties, verward gedrag, noodzaak tot draaien omdat er sprake is van veel pijn, risico op dyspneu (kortademigheid of benauwdheid) of een blow-out (longbloeding).

Kan degene die (waak)zorg levert in deze situaties wel op tijd opschalen dan hoeft er niet de hele tijd een zorgprofessional aanwezig te zijn. De wijkverpleegkundige regelt dan wel dat de bereikbaarheid en nabijheid van een zorgprofessional geborgd is zodat de noodzakelijke zorg op tijd geleverd kan worden. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan.

Processtappen aanvraag toeslag PTZ bij MPT (en/of Pgb)

- De toeslag PTZ kan worden ingezet bij alle zorgprofielen die in aanmerking komen voor zorg thuis, waarbij het basisbudget met de toeslag EKT niet voldoende ruimte biedt. Of niet voldoende flexibel is voor de noodzakelijke zorg, begeleiding of toezicht<sup>98</sup> bij een (snel) veranderende cliëntsituatie. De zorg wordt altijd doelmatig ingezet.
- Voorwaarde voor het leveren van PTZ thuis is dat de CZT en eventueel andere betrokken aanbieder(s) de landelijk vastgestelde richtlijnen voor palliatieve zorg<sup>99</sup> volgt. De CZT bespreekt dit met de betrokken zorgaanbieder(s).
- **iWiz** De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: Toeslag Extra kosten thuis óf ToeslagOverig, Palliatief terminale zorg (code 2).
- Is er sprake is van ondoelmatige maar verantwoorde PTZ thuis, dan hoeft de CZT bij de AAT voor het totale budget géén Rekenmodule of Adviesformulier aan te leveren. Tenzij er ook sprake is van Pgb óf het zorgkantoor hier expliciet om vraagt. Dat kan bijvoorbeeld als het aangevraagde percentage (budget) erg hoog is.
- Het zorgkantoor wijst het aangevraagde budget in principe direct toe. Dit gebeurt op basis van vertrouwen en op voorwaarde dat de inhoudelijke onderbouwing van de extra zorginzet, met de ingeschatte levensverwachting volgens de behandelend arts, wordt vastgelegd in het zorgplan.
- Bij inzet van alleen ZIN is het voldoende als een (wijk)verpleegkundige de uitkomst van het gesprek met de arts over de terminale levensfase van een cliënt registreert in het zorgplan. De (wijk)verpleegkundige legt daarbij de datum van het gesprek met de arts vast, inclusief de naam van de behandelend arts. Vanaf 2020 is er bij inzet van ZIN geen aparte verklaring van de behandelend arts meer nodig over de ingeschatte levensverwachting.
- Wordt voor inzet van PTZ thuis beroep gedaan op Pgb én is daarvoor extra budget nodig? Dan is een verklaring van de huisarts over de ingeschatte levensverwachting<sup>100</sup> wel vereist en een budgetplan dat gericht is op PTZ. Uit deze verklaring blijkt dan dat de behandelend (huis)arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een naderend overlijden bij de cliënt en dat de ingeschatte levensverwachting nog ongeveer 3 maanden is.

<sup>98</sup> Rekening houdend met de mogelijkheden van mantelzorg, het (cliënt)netwerk en/of inzet van een lokale of regionale organisatie van vrijwilligers voor PTZ.

<sup>99</sup> Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL): <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/richtlijnen>.

<sup>100</sup> De tekstuele beschrijving vervangt de term terminaliteitsverklaring.

- Wordt PTZ deels via Pgb ingekocht voor een cliënt, dan krijgt de zorgtoewijzing voor leveringsvorm Pgb dezelfde toewijsperiode als het MPT. Dit voorkomt later onnodige informatieve zorgtoewijzingen voor een betrokken zorgaanbieder(s) als het Pgb wordt verlengd. Het toekennen van een beschikking voor Pgb hoeft niet 1:1 overeen te komen met de duur van de zorgtoewijzing, omdat het een ander uitvoeringsproces is. In deze situaties wordt de beschikking Pgb door het zorgkantoor namelijk voor maximaal 1 jaar afgegeven (toegekend/ beschikt). De duur van de beschikking is afhankelijk van de beoordeling van de cliëntsituatie en het budgetplan door het zorgkantoor.
- Het budget voor terminale cliënten wordt toegewezen voor de geldigheidsduur van het indicatiebesluit omdat de zorgvraag voor een terminale cliënt snel kan veranderen. Dit voorkomt onnodige administratieve last voor de betrokken zorgaanbieder(s). Voorwaarde is wel dat de CZT een nieuwe zorgtoewijzing(en) aanvraagt als de gezondheidssituatie van de cliënt stabiliseert of verbetert en/ of er geen sprake meer is van een terminale levensfase<sup>101</sup>. De zorgbehoefte wordt dan opnieuw bepaald. Dat gebeurt altijd in overleg met de cliënt, de betrokken zorgaanbieder(s) en eventueel behandelend arts. Eventueel wordt een herindicatie aangevraagd als het huidige zorgprofiel niet meer passend is.
- Zorgkantoren monitoren zorgaanbieders op de duur en inzet van ondoelmatige PTZ<sup>102</sup> en toetsen zo nodig of er nog sprake is (geweest) van een terminale levensfase.

Zorgtoewijzingsproces PTZ bij VPT thuis (niet geclusterd)

- Palliatieve zorg voor een cliënt die VPT krijgt én niet in een geclusterde setting woont, wordt in principe betaald op basis van het geïndiceerde of toegewezen zorgprofiel. Omdat zorg aan het einde van een leven gewoon onderdeel is van de reguliere zorg die een zorgaanbieder levert. Het toegewezen zorgprofiel is het te declareren zorgprofiel.
- Heeft de cliënt een zeer intensieve zorgvraag en kan de noodzakelijke PTZ niet worden betaald uit het beschikbare VPT-budget (toegewezen zorgprofiel)? Dan mag de VPT-prestatie die hoort bij zorgprofiel VV10 (PTZ) worden gedeclareerd.
- Inzet van PTZ en declaratie van de VPT-prestatie voor VV10 kan in deze situaties zonder tussenkomst van het zorgkantoor plaatsvinden op het al geïndiceerde (of toegewezen) zorgprofiel. Dit op voorwaarde dat de onderbouwing van de extra zorginzet voor de cliënt, met de geschatte levensverwachting volgens de behandelend arts, wordt vastgelegd in het zorgplan. Bij inzet van alleen ZIN is hiervoor geen aparte schriftelijke verklaring nodig van de behandelend arts.

### 3.3.11 Toeslag Thuiswonend kind (<18 jaar) met ontwikkelperspectief

De toeslag Thuiswonend kind (< 18 jaar) met ontwikkelperspectief is bedoeld voor thuiswonende kinderen met een combinatie problematiek van verstandelijke beperking en lichamelijke en/of zintuiglijke beperking. Deze kinderen hebben hierdoor behoefte aan maatwerk inzet van intensieve dagbesteding, dagbehandeling of individuele behandeling.

<sup>101</sup> Is er sprake van een verbetering van de cliëntsituatie en is er geen sprake meer is van een terminale levensfase, dan kan in overleg met de behandelend arts de verklaring over de ingeschatte levensverwachting (Pgb) worden ingetrokken. Dat gebeurt altijd in overleg met de cliënt en de zorgaanbieder.

<sup>102</sup> Het zorgkantoor kan via ontvangen declaraties toetsen op ondoelmatig ingezette PTZ.

Voor inzet van deze toeslag geldt als expliciete voorwaarde dat:

- Het kind jonger dan 18 jaar is. Én
- De ontwikkeling van het kind op de voorgrond staat. Vanuit dit perspectief gaat het ook altijd om tijdelijke inzet van extra budget. Én er behoefte is aan 'dure' dagbesteding, dagbehandeling of individuele behandeling waarbij:
- De kosten van dagbesteding hoger liggen dan het bedrag dat daarvoor beschikbaar is in het (basis)budget<sup>103</sup>, inclusief EKT. Met de toeslag kan het prijsverschil worden overbrugd.
- De noodzakelijke kosten voor behandeling bij een kind met complexe problematiek niet betaald kunnen worden vanuit het budget dat beschikbaar is voor de toeslag EKT met Module behandeling. Het resterende budget voor bijvoorbeeld de noodzakelijke verpleging en verzorging kan daardoor te weinig zijn.
- Er minimaal 1 gecontracteerde zorgprofessional betrokken is bij de cliëntsituatie, die doelgericht werkt aan de ontwikkeling van het kind (ZIN of combinatie ZIN/ Pgb).

Voor de ontwikkeling van het kind is een multidisciplinair team betrokken met inbreng van orthopedagogische ondersteuning of therapieën. Het (dag)programma is deels individueel en deels groepsgericht met concrete en haalbare (behandel)doelen die programmatisch worden gegeven. Denk aan extra bewegen en ontwikkelen van praktische, cognitieve of sociaal/ emotionele vaardigheden. Het programma heeft ook als doel om complicaties van de aandoening of het ontstaan van aan de aandoening gerelateerde stoornissen te voorkomen. Er is vaak veel paramedische zorg nodig en persoonlijke verzorging of verpleging.

Welke kinderen komen in aanmerking voor deze toeslag?

Kinderen < 18 jaar met een combinatie van meerdere (minimaal 2), complexe beperkingen zoals:

- Zeer ernstig verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEMVB). Het IQ<sup>104</sup> van deze kinderen is niet valide en betrouwbaar te meten.
- Ernstige lichamelijke/motorische beperkingen, bijvoorbeeld spasticiteit of scoliose (los van de verstandelijke beperking), waardoor zelfstandig voortbewegen een probleem is.
- (Een niet instelbare vorm van) epilepsie.
- Eet- en drinkproblemen waardoor gebruik van sondevoeding (PEG-sonde) noodzakelijk is;
- Andere (chronische) gezondheidsproblemen door organische afwijkingen zoals chronische luchtweginfecties, chronische pijnen, obstipatie, reflux etc.
- Niet zelfstandig kunnen (voort)bewegen waardoor ook risico op doorliggen (decubitus) ontstaat (vaak kunnen cliënten alleen liggen of met veel steun zitten) of voortbewegen is alleen mogelijk met ondersteuning van hulpmiddelen.
- Grote fysieke kwetsbaarheid (vaak ziek of verblijf in ziekenhuis).
- Een verstoorde prikkelverwerking en zintuiglijke problemen (visus, auditief).
- Non-verbale wijze van communiceren via geluiden (denk aan wisselende intonatie, tempo of toonhoogte) of via bewegingen of fysiologische reacties (versnelde ademhaling of pupilverwijding). Wijze van communicatie is vaak subtiel en blijft makkelijk onopgemerkt.

---

<sup>103</sup> Het basisbudget MPT is afgeleid van het Pgb voor een bepaald profiel. De vergoeding van dagbesteding vanuit Pgb sluit in deze situaties niet aan bij de kosten voor de intensieve (dure) dagbesteding voor deze doelgroep. (Opbouw Pgb -tarieven, Zie de actuele Regeling langdurige zorg (RLZ, bijlage H Tarieventabel Pgb).

<sup>104</sup> Bij ernstig meervoudig beperkte kinderen (EMB) ligt het IQ tussen 25-30 punten maar er kan ook sprake zijn van een matig verstandelijke beperking met gedragsproblemen.

- Gedragsproblemen (bijvoorbeeld verwondingen, stereotype en teruggetrokken gedrag, slaapproblemen etc.). Het kan hier ook gaan om gedragsproblemen in combinatie met aanvullende problematiek zoals verslaving, dakloosheid of fysieke agressie;
- Hoog medicatiegebruik.

#### **iWlz Processtappen aanvraag toeslag Thuiswonend kind <18 jaar**

- De CZT kan deze toeslag aanvragen als de noodzakelijke dagbesteding, dagbehandeling of individuele behandeling niet met het beschikbare (basis)budget kan worden georganiseerd. Ook niet via de toeslag EKT inclusief de module Behandeling.
- **iWlz** De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld Bijzondere Situatie: Toeslag Overig, Thuiswonend kind met ontwikkelperspectief < 18 jaar (code 8).
- Er wordt altijd een Rekenmodule en het Adviesformulier aangeleverd, waarin de motivatie (doelen) en toelichting is opgenomen. De behandelaar moet de noodzaak voor de behandeling (individueel of in groepsverband) aan de cliënt goed onderbouwen, dat geldt ook voor inzet van dure (intensieve) dagbesteding (zie paragraaf 3.3.5).
- Had de cliënt voor afgifte van een indicatiebesluit al zorg vanuit het andere domein Jw of Zvw? En is het nodig om een deel van deze zorg (bij dezelfde aanbieder) te continueren dan wordt dat ook aangegeven op het formulier. Wil een cliënt graag deze aanbieder behouden dan wordt daar zoveel mogelijk rekening mee gehouden op voorwaarde dat deze aanbieder gecontracteerd is voor Wlz-zorg of als onderaannemer kan/wil werken.
- De aanvraag wordt maximaal voor een periode van 3 jaar toegekend omdat er nog sprake is van een ontwikkelingsfase die van invloed is op de intensiteit en frequentie van behandelen (toegewezen budget/percentage). Na deze periode kan de behandeling opnieuw worden verlengd als dat nodig is. De duur van de zorgtoewijzing is afhankelijk van het moment waarop een kind 18 jaar wordt.
- Bij een aanvraag voor verlenging van de toeslag wordt altijd een evaluatie toegevoegd waarin het behaalde resultaat tot dan toe wordt beschreven met de redenen van verlenging.

#### **3.3.12 Toeslag Maatwerk Logeeropvang**

De toeslag Maatwerk Logeeropvang heeft als doel dat een cliënt langer thuis kan blijven wonen in de eigen vertrouwde omgeving. Door de hoge tarieven voor logeren lukt het niet altijd om logeeropvang goed te regelen naast de noodzakelijke zorg thuis. Ook niet met een van de voorliggende toeslagen voor zorg thuis zoals de toeslag Extra kosten thuis (EKT). Met deze extra ruimte wordt daarnaast voorkomen dat er onnodig een aanvraag voor Meezorg wordt gestart.



Wanneer kan deze toeslag worden ingezet?

- Er is altijd sprake van een (dreigende) overbelasting van de thuissituatie of de thuissituatie moet worden ontlast voor een of meer mantelzorgers om dit te voorkomen of
- Er is sprake van complexe problematiek bij een cliënt waardoor dit extra, specifieke eisen stelt aan de logeeropvang. Denk bijvoorbeeld aan een gezin met een kind met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (bijvoorbeeld zeer ernstige motorische beperkingen). De kosten hiervan kunnen bij ZIN aanzienlijk hoger liggen dan de bedragen die voor deze logeeropvang (ZEVMB) beschikbaar zijn in het basisbudget (Pgb -budget is referentie budget) voor zorg thuis. Het resterende budget voor bijvoorbeeld de noodzakelijke verzorging en begeleiding thuis kan daardoor te weinig zijn.

Processtappen aanvraag toeslag Maatwerk Logeeropvang

- Bij de aanvraag van deze toeslag wordt altijd een Rekenmodule en het Adviesformulier aangeleverd met onderliggende motivatie en toelichting. Afhankelijk van de situatie gebeurt dit door de CZT of de DH. Het zorgkantoor beoordeelt met deze informatie of de overige zorg door het logeren onder druk komt te staan en het extra budget noodzakelijk is.
- De logeerprestatie (inclusief tarief) die wordt in gezet past bij de stoornis of beperking van een cliënt. Deze logeerprestatie wordt in de Rekenmodule geselecteerd.
- **iWlz** De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Logeren (code 10).
- De aanvraag wordt voor maximaal de duur van het indicatiebesluit ingediend (tenzij iemand jonger is dan 18 jaar, dan wordt het aangevraagd tot het 18<sup>e</sup> levensjaar. Zie ook 3.3.11).
- Let op: met deze toeslag kunnen geen extra logeerdagen (>156 nachten per kalenderjaar) worden aangevraagd voor een cliënt. Dit is zo in wet- en regelgeving geregeld.
- Onder paragraaf 3.3.16 wordt meer informatie gegeven over logeeropvang.

### **3.3.13 Toeslag Maatwerk dure dagbesteding en behandeling (individueel of groep)**

De toeslag Maatwerk met dure dagbesteding en behandeling is bedoeld voor iemand die behoefte heeft aan (extra) inzet van (dure) dagbesteding, dagbehandeling of individuele behandeling om een verantwoorde thuissituatie beter te borgen. Iemand komt daarbij niet in aanmerking voor een van de voorliggende toeslagen.

Voorwaarden voor inzet van deze toeslag:

- Er is sprake van complexe problematiek bij een cliënt. In de gehandicaptenzorg moet een oudere cliënt (> 18 jaar) met complexe problematiek bijvoorbeeld geplaatst worden in een kleinere groep met daarvoor gekwalificeerd personeel. De kosten hiervan kunnen bij ZIN aanzienlijk hoger liggen dan de bedragen die voor deze dagbesteding zijn opgenomen in het basisbudget voor zorg thuis. Het resterende budget voor bijvoorbeeld de noodzakelijke ambulante begeleiding en verzorging kan daardoor te weinig zijn.
- De kosten van (intensieve) dagbesteding liggen hoger dan het bedrag dat daarvoor beschikbaar is in het budget, inclusief EKT. Met deze toeslag kan het prijsverschil worden overbrugd of het tekort aan het noodzakelijke volume voor dagbesteding.
- De noodzakelijke kosten voor behandeling bij een cliënt met complexe problematiek kunnen niet betaald worden vanuit het budget dat beschikbaar is voor de toeslag EKT met Module behandeling.

### **Processtappen aanvraag toeslag Maatwerk dure dagbesteding en/of behandeling**

- Heeft een cliënt extra of dure (intensieve) behandeling of dagbesteding nodig? En wordt voldaan aan de beschreven voorwaarden? Dan vraagt de CZT deze toeslag aan bij het zorgkantoor en levert daarbij de onderliggende motivatie aan.
- **iWlz** De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld Bijzondere Situatie: Toeslag Overig, Maatwerk in verband met dure dagbesteding, dagbehandeling of individuele behandeling (code g).
- Gelijktijdig wordt een Rekenmodule en het Adviesformulier aangeleverd, waarin de motivatie en toelichting is opgenomen.
- De toeslag wordt voor maximaal de duur van de indicatie aangevraagd. Is iemand nog geen 18 jaar dan wordt de toeslag maximaal aangevraagd voor de periode tot het 18<sup>e</sup> levensjaar.
- Is iemand nog geen 18 jaar, dan beoordeelt de aanbieder eerst of de toeslag Thuiswonend kind van toepassing is. In deze situaties wordt in het Adviesformulier de keuze voor een van de 2 toeslagen gemotiveerd. Dit voorkomt onnodig rework bij partijen.
- Is voor een cliënt extra budget nodig voor behandeling (individueel of in groepsverband) dan onderbouwt de behandelaar de noodzaak van deze aanvraag (zie paragraaf 3.3.5).
- Bij een aanvraag voor (dag)behandeling kijkt het zorgkantoor altijd naar de inzet van middelen die voor dagbesteding in het basisbudget beschikbaar zijn. Bij de beoordeling over het aantal dagdelen dagbehandeling worden die meegewogen en kan het daarvoor beschikbare bedrag worden ingezet voor (dag)behandeling.

### **3.3.14 Toeslag Meezorg thuis bij MPT (en/of Pgb)**

Wanneer is er sprake van toeslag Meezorg?

Meezorg kan zowel thuis als in een instelling worden ingezet. De toeslag Meezorg is bedoeld om cliënten met een extreme zorgzwaarte (extreem hoge zorgvraag) van adequate zorg te voorzien. De zorg die noodzakelijk is, is zwaarder (intensiever) dan de gangbare zorg voor cliënten in de Wlz. Om voor de toeslag Meezorg MPT in aanmerking te komen moet iemand aan een aantal voorwaarden voldoen.

Wie kan beroep doen op de toeslag Meezorg thuis?

Iemand kan beroep doen op de toeslag Meezorg<sup>105</sup> MPT als hij beschikt over:

- Een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud, 5ZGvis, 4GGZW of 5 GGZW. En
- Er geen passende, voorliggende maatwerktoeslag is om de noodzakelijke zorg thuis verantwoord te organiseren.

<sup>105</sup> De criteria voor de regeling Meezorg zijn terug te vinden in artikel 2.2 van de Regeling Langdurige Zorg (RLZ). In het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.1.1, lid 2 wordt het verzekerd pakket en het recht op zorg omschreven.

### **Wanneer kan er géén toeslag Meerzorg MPT worden aangevraagd?**

De toeslag Meerzorg MPT kan niet worden aangevraagd als:

- Iemand een indicatie heeft voor een zorgprofiel<sup>106</sup> anders dan in voorgaande alinea.
- Er sprake is van een aanvraag voor het regelen van 24-uurs toezicht<sup>107</sup> in de directe nabijheid. Meerzorg is bedoeld voor mensen die meer (aanvullende) zorg nodig hebben op grond van bijzondere cliëntkenmerken. Meerzorg is niet bedoeld om continue toezicht thuis te organiseren (dat is ondoelmatig en in een instelling beter te organiseren).
- Het (basis)budget dat hoort bij een bepaald zorgprofiel (nog) niet volledig is ingezet voor directe zorglevering aan de cliënt. Inclusief de toeslag EKT (met behandeling).

### **Meerzorg aanvraag**

- Voor een individuele aanvraag Meerzorg thuis bij (geclusterd) VPT wordt de intramurale Meerzorgprocedure gevolgd. Dit staat verder uitgewerkt in paragraaf 4.5.
- Bij een individuele aanvraag voor de toeslag Meerzorg MPT is alleen sprake van een aanvraag voor extra budget voor directe cliëntgebonden zorgkosten. Vergoeding van indirecte kosten is bij deze extramurale toeslag niet mogelijk.
- Voor beoordeling van een Meerzorgaanvraag kan het zorgkantoor besluiten om bij een cliënt op huisbezoek te gaan.
- Bij een Meerzorgaanvraag MPT voor een cliënt met (ernstige) gedragsproblematiek kan een externe partij zoals het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) om inhoudelijk advies worden gevraagd. Inschakelen van een externe partij is afhankelijk van de gedragsproblematiek bij een cliënt en zijn context.
- Het CCE heeft géén adviserende rol voor iemand zonder (ernstige) gedragsproblematiek. De volledige beoordeling ligt in deze situaties altijd bij het zorgkantoor.
- Het CCE start een adviestraject op als er een complete aanvraag beschikbaar is en er een gedragsdeskundige betrokken is bij de cliënt. In het advies ligt de focus op de vraag of de cliënt in deze context passende zorg krijgt én op noodzakelijke of mogelijke verbeteringen in de zorg(context). Als het mogelijk is, kan het CCE ook adviseren over het aantal uren zorg die nodig zijn en de looptijd.
- In een Meerzorgaanvraag voor MPT loopt het contact met het CCE via de zorgaanbieder. Dit gebeurt pas nadat het zorgkantoor de aanvraag heeft beoordeeld en de noodzaak voor een adviestraject heeft afgestemd met de zorgaanbieder. Het zorgkantoor neemt een besluit over een Meerzorgaanvraag MPT op basis van zorginhoudelijke redenen. Als het CCE (of een andere externe partij) om advies is gevraagd, wordt dit daarin meegenomen.
- In een Meerzorgaanvraag voor een combinatie MPT en Pgb kan het CCE worden ingeschakeld door de zorgaanbieder (MPT) of het zorgkantoor (Pgb). Het zwaartepunt van de zorgvraag en de bijbehorende financieringsvorm bepaalt welke partij contact opneemt met het CCE en welke procedure dan wordt gevolgd (procedure MPT of Pgb).
- In een Meerzorgaanvraag voor alleen Pgb kan het zorgkantoor, na de 1<sup>e</sup> beoordeling, contact leggen met het CCE voor advies. Bijvoorbeeld als er twijfel is over het verantwoord inzetten van de zorg thuis via Pgb. Het zorgkantoor vertaalt het CCE-advies naar een Pgb.

<sup>106</sup> Via de Meerzorgregeling kan voor een aantal andere zorgprofielen (SGLVG, LVG of GGZB) wel de intramurale toeslag Meerzorg worden aangevraagd. Voor welke specifieke zorgprofielen dit kan staat in paragraaf 4.5.

<sup>107</sup> Bijvoorbeeld het regelen van toezicht in het kader van beveiliging.

- Voor een Meerzorgaanvraag gebruikt de zorgaanbieder de Rekenmodule<sup>108</sup> die actueel is op de ingangsdatum van deze aanvraag.
- Gebruikt de zorgaanbieder een oudere versie van de Rekenmodule met Adviesformulier, dan neemt het zorgkantoor de aanvraag niet in behandeling. Dat geldt ook als:
  - De Rekenmodule of het Adviesformulier niet (goed) gevuld zijn.
  - Informatie ontbreekt over aard en omvang van de benodigde zorginzet en bijbehorende zorginhoudelijke onderbouwing voor Meerzorg MPT.
  - het dag/week schema ontbreekt waarin staat op welke momenten er zorg, begeleiding, dagbesteding of dagbehandeling wordt geleverd en door welke zorgaanbieder(s).
  - het actuele zorgplan ontbreekt.
  - bij een her-aanvraag geen informatie wordt aangeleverd over de systematische wijze waarop aan vooraf opgestelde doelen is gewerkt en welke resultaten behaald zijn.
  - de eventuele mogelijkheden voor inzet van gebruikelijke zorg, mantelzorg, (cliënt)netwerk, of respijtzorg ontbreekt.

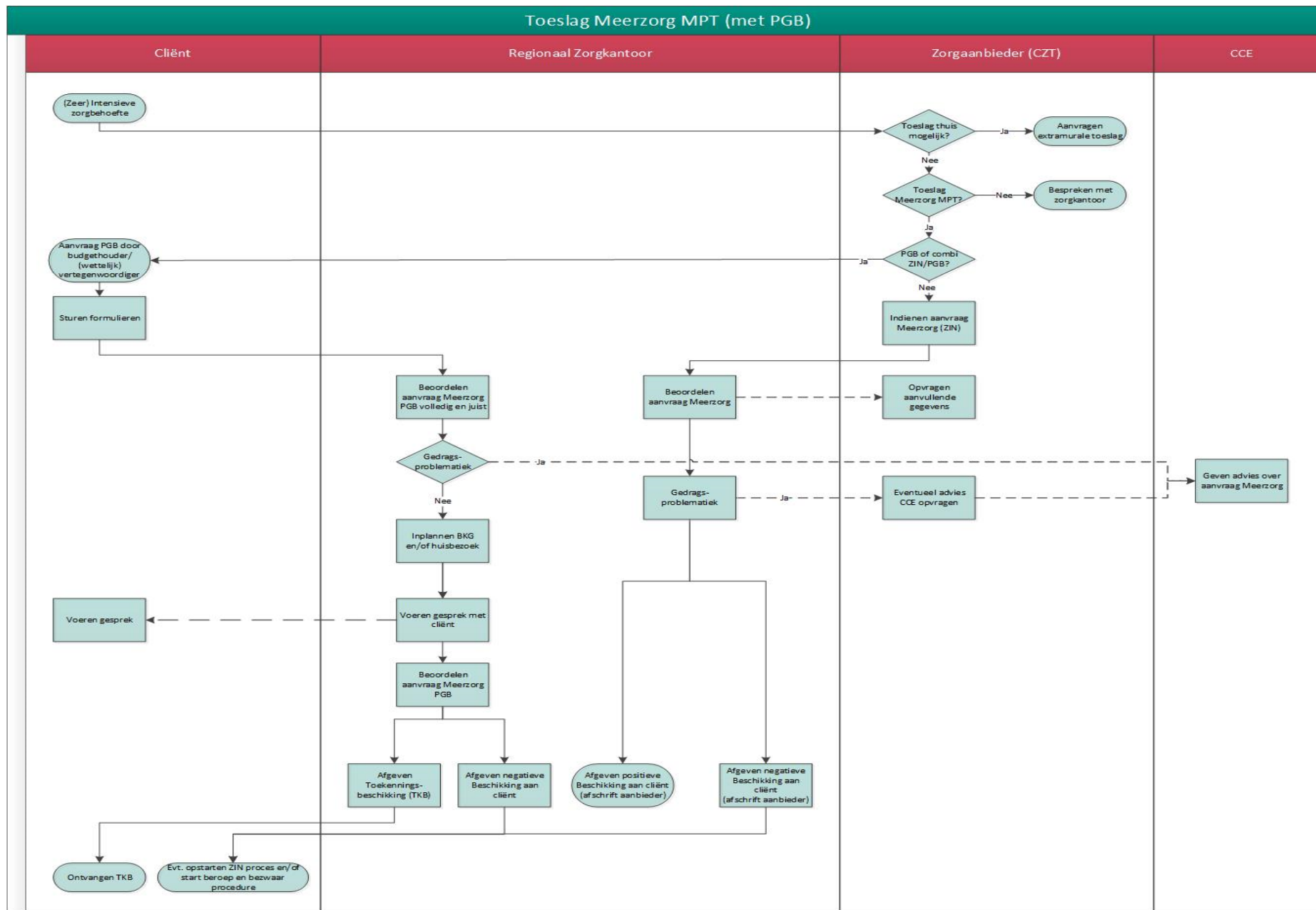
#### **Processtappen aanvraag toeslag Meerzorg MPT**

- Zijn er meerdere zorgaanbieders bij een cliënt betrokken? Dan wordt bij een aanvraag Meerzorg MPT met de cliënt besproken wie de CZT is. Die vraagt de Meerzorg aan.
- **iWlz** De CZT vult in de AAT het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. Daarnaast vult de CZT in het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Meerzorg (code 3).
- Is er sprake van een combinatie MPT met Pgb? Volg dan de aanvraagprocedure Pgb als de nadruk ligt op Pgb. (Voor het MPT-gedeelte wordt in deze situaties ook altijd een Rekenmodule ingevuld door de CZT anders heeft het zorgkantoor geen totaalbeeld van het budget.) Volg anders de aanvraagprocedure MPT.
- Het zorgkantoor legt het besluit over een aanvraag Meerzorg MPT vast in een individuele beschikking. In de beschikking staat of de aanvraag akkoord is.
- De ingangsdatum van een beschikking kan daarbij in principe niet voor de datum liggen dat de volledige aanvraag bij het zorgkantoor is ingediend. Start de Meerzorg later dan de aanvraagdatum, dan wordt de ingangsdatum hierop aangepast. Een aanvraag met startdatum in het verleden is niet mogelijk.
- Bij een negatieve beschikking geeft het zorgkantoor een inhoudelijke en juridische onderbouwing van het besluit. Bijvoorbeeld omdat in de aanvraag onvoldoende wordt aangetoond dat de zorgvraag niet past binnen het reguliere budget met een andere, voorliggende toeslag. De zorgaanbieder ontvangt deze toelichting via het Notitieverkeer.
- Het zorgkantoor legt in de beschikking ook vast voor welke periode die is afgegeven. Afhankelijk van de casuïstiek is de maximale looptijd 3 jaar<sup>109</sup> (als het CCE is ingeschakeld adviseert het CCE ook over de looptijd).
- De beschikking voor een aanvraag Meerzorg Pgb of Meerzorg MPT wordt door het zorgkantoor naar de cliënt gestuurd. De zorgaanbieder die de toeslag Meerzorg MPT heeft aangevraagd, ontvangt bij een positief besluit de zorgtoewijzing. Daarnaast wordt via het Notitieverkeer de hoogte van het budget, de begin- en de einddatum doorgegeven.

<sup>108</sup> Voor een individuele aanvraag Meerzorg VPT gebruikt de zorgaanbieder de actuele Rekenmodule Meerzorg (zie paragraaf 4.5) en niet de Rekenmodule.

<sup>109</sup> In uitzonderingsgevallen is een langere periode mogelijk als er sprake is van een stabiele, structurele intensieve zorgvraag (waarbij verandering of verbetering niet wordt verwacht binnen 3 jaar).

- De zorgaanbieder meldt, bij een individuele Meerzorgaanvraag, een relevante wijziging in het zorgplan of de persoonlijke omstandigheden van de cliënt zo snel mogelijk bij het zorgkantoor via het Notitieverkeer. Het zorgkantoor beslist op basis van deze informatie of een nieuwe beoordeling voor Meerzorg MPT noodzakelijk is.
- Is er een verlenging van de Meerzorg nodig dan vraagt de zorgaanbieder die op tijd aan (bij voorkeur gebeurt dit 12 weken vóór afloop van de huidige beschikking zodat het zorgkantoor voldoende tijd heeft om de aanvraag te beoordelen en af te handelen).
- De zorgaanbieder voegt bij een aanvraag voor verlenging altijd een evaluatie van de ingezette extra middelen toe en de tot dan toe bereikte doelen (kritische reflectie/voorgangsrapportage). Bij een afwijkende aanvraag wordt die onderbouwd.
- De zorgaanbieder declareert voor Meerzorg MPT de normale prestaties voor het MPT bij het zorgkantoor (meer volume). Dit is anders dan bij de intramurale toeslag Meerzorg (VPT en verblijfszorg). Voor de intramurale toeslag Meerzorg is een aparte prestatie geregeld;
- In paragraaf 4.5 staat de bezwaarprocedure beschreven die gevolgd moet worden als een cliënt het niet eens is met het besluit van het zorgkantoor. En hoe te handelen bij verhuizing van een cliënt naar een andere zorgkantoor regio.



Figuur 12 Toeslag Meerzorg MPT (met Pgb)

### 3.3.15 Toeslag Extra overbruggingszorg thuis

#### Verantwoorde zorg thuis bij status Urgent plaatsen en Actief plaatsen

De toeslag extra overbruggingszorg thuis kan ingezet worden bij mensen met de status Urgent plaatsen en Actief plaatsen om tijdens de wachtperiode tot opname verantwoorde, veilige zorg thuis te regelen, ook voor de directe omgeving. In deze situaties is er een zeer dringende behoefte aan opname én/of aanwezigheid van een gevaarscriterium (crisisopname).

In het contact tussen zorgkantoor en zorgaanbieder ligt de focus als eerste bij deze doelgroepen als er sprake is van wachtlijstproblematiek. Zo nodig zoeken de betrokken zorgkantoren<sup>110</sup> onderling afstemming over een snelle oplossingsrichting.

De toeslag Extra overbruggingszorg thuis mag ook worden ingezet als iemand met de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen (dreigende crisis thuis) daardoor op korte termijn (direct) bij de voorkeuraanbieder terecht kan en dit een onnodige verhuisbeweging voorkomt.

#### 3.3.15.1 Nachtzorg en toezicht bij wachtstatus Urgent plaatsen

Bij een thuis wonende cliënt met de status Urgent plaatsen mag tijdelijk nachtzorg of toezicht in de nacht of overdag worden ingezet. Dit kan naast de directe zorg:

- Op voorwaarde dat het (eigen) netwerk of vrijwilligerszorg niet (direct) kan worden ingezet, niet een volledige oplossing kan bieden of geen passende oplossing biedt.
- Past alle directe zorg en nachtzorg/ toezicht die voor een thuis wachtende cliënt nodig is niet binnen een van de voorliggende extramurale toeslagen thuis? Dan wordt de toeslag Extra overbruggingszorg thuis aangevraagd.
- Door de hoeveelheid zorg of ondersteuning die iemand nodig heeft kan er al sprake zijn van ondoelmatige (overbruggings)zorg thuis vóórdat een aanvraag voor nachtzorg of toezicht wordt ingediend. Een eventueel eerder aangevraagde toeslag moet in deze situaties dan vervangen worden door een aanvraag voor de toeslag Extra overbruggingszorg thuis.
- Bij de classificatie IBS en crisismaatregel GGZ kan kortdurend 24/7 toezicht worden ingezet als hiervoor geen andere oplossing voorhanden is en er sprake is van een ernstig gevaarscriterium. Dat kan zonder toestemming vooraf van het zorgkantoor, op voorwaarde dat de zorgaanbieder in het zorgplan motiveert waarom inzet van 24/7 toezicht noodzakelijk was. Het zorgkantoor kan hier achteraf op toetsen.
- Bij de classificaties PTZ en Geen crisisbed beschikbaar kan direct nachtzorg worden ingezet als dat noodzakelijk is voor maximaal 8 uur per nacht<sup>111</sup>. Ook in deze situaties is vóórdat geen toestemming nodig van het zorgkantoor. Op voorwaarde dat de zorgaanbieder in het zorgplan motiveert waarom inzet van nachtzorg (slaapwacht of actief waken) noodzakelijk was. Het zorgkantoor kan hier achteraf op toetsen.
- Bij de classificatie Rechterlijke machtiging (RM)<sup>112</sup> kan alleen nachtzorg worden ingezet als hiervoor wel vóórdat toestemming is gegeven door het zorgkantoor. De zorgaanbieder levert bij de aanvraag zowel een Rekenmodule als een Adviesformulier aan. In het Adviesformulier wordt gemotiveerd waarom toezicht in de vorm van slaapwacht of actief waken nodig is.

<sup>110</sup> Zorgkantoren maken onderling afspraken over andere cliënten met deze wachtstatussen (hoe en met welke frequentie ze elkaar hierover informeren als iemand op een bovenregionale wachtlijst staat).

<sup>111</sup> Over de bekostiging van nachtzorg/ toezicht worden afspraken gemaakt met zorginkoop.

<sup>112</sup> Bij de overige classificaties (inclusief Wzd art. 28a) is sprake van doorstroomproblematiek vanuit een instelling.

- In uitzonderlijke situaties is het mogelijk om kortdurend 24/7 toezicht in te regelen. Dit kan alleen als het zorgkantoor hiervoor vóóraf toestemming heeft gegeven (altijd maatwerk beoordeling). De zorgaanbieder levert bij zijn aanvraag altijd een Rekenmodule en Adviesformulier met motivatie aan.
- **iWlz** De CZT/DH vraagt de Toeslag Extra Overbruggingszorg thuis aan en vult het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. De CZT/DH vult daarnaast bij het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Extra overbruggingszorg Urgent plaatsen of Actief plaatsen (waarde 1). De CZT of DH levert in deze situatie altijd de Rekenmodule en het Adviesformulier aan bij het zorgkantoor.
- Wordt de ondoelmatige (overbruggings)zorg voor maximaal 8 weken<sup>133</sup> toegewezen. Is na deze periode verlenging nodig dan wordt die altijd opnieuw aangevraagd bij het zorgkantoor. Gezien de urgentie van de situatie gaat dit alleen om uitzonderlijke situaties.
- In de situatie van PTZ kan de ondoelmatige (overbruggings)zorg voor maximaal 13 weken worden aangevraagd.

### 3.3.15.2 Nachtzorg en toezicht bij Actief plaatsen

Naast de directe zorg voor cliënten met de status Actief plaatsen:

- Kan door een dreigend gevaarscriterium bij de classificatie Dreigende crisis thuis extra (overbruggings)zorg worden aangevraagd in de vorm van nachtzorg of toezicht overdag. Past alle directe zorg en nachtzorg/ toezicht die voor een thuis wachtende cliënt nodig is niet binnen een van de voorliggende extramurale toeslagen thuis? Dan wordt de toeslag Extra overbruggingszorg thuis aangevraagd.
- Deze vorm van extra zorg is bedoeld om de thuissituatie te ontlasten of te stabiliseren zodat langer thuis wonen mogelijk blijft en een (crisis)opname wordt voorkomen. Of.
- Deze vorm van extra zorg is bedoeld om een periode tot opname, thuis verantwoord te overbruggen zodat een crisisopname wordt voorkomen omdat die altijd ingrijpender is voor een cliënt en zijn mantelzorg.
- Bij de status Actief plaatsen is het niet mogelijk om 24/7 toezicht aan te vragen. Dit is voorbehouden aan de status Urgent plaatsen.
- Inzet van toezicht overdag is in uitzonderlijke situaties toegestaan. Hiervoor is altijd vóóraf toestemming nodig van het zorgkantoor. Uit de ingediende motivatie (Adviesformulier) bij moet blijken waarom er geen andere oplossing voorhanden is. Zoals bijvoorbeeld inzet van mantelzorg, het (cliënt)netwerk, vrijwilligers of uitbreiding van dagbesteding. Dat geldt ook voor het aanvragen van een eventuele verlenging.
- Het toezicht kan worden aangevraagd voor maximaal 24 uur per week voor een periode van maximaal 6 weken. (Deze periode kan eventueel worden verlengd met maximaal 6 weken).
- Is er sprake van een dreigende crisis thuis en kan de cliëntsituatie worden gestabiliseerd (dreigende crisis afwenden), door de thuissituatie tijdelijk te ontlasten zodat langer thuis wonen mogelijk blijft? En past de extra zorg niet binnen een van de toeslagen thuis?  
iWlz: De CZT/DH vult het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. En vraagt in deze situatie **niet** de Toeslag Extra Overbruggingszorg thuis aan maar vult bij Bijzondere situatie Overig, Overig.

<sup>133</sup> Om onnodig administratieve last in deze situaties te voorkomen is gekozen voor een langere toewijspriode dan de streefnorm. Uitgangspunt is dat voor iemand met deze wachtstatus sneller een passende oplossing is geregeld.



- Is er sprake van een dreigende crisis thuis en is de verwachting dat de cliëntsituatie niet kan worden gestabiliseerd waardoor thuis blijven wonen niet realistisch is? Dan:  
**iWlz** Vult de CZT/DH het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. En bij het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Extra overbruggingszorg Urgent plaatsen of Actief plaatsen (waarde 1). De CZT of DH levert in deze situatie altijd de Rekenmodule en het Adviesformulier aan bij het zorgkantoor.
- Is meer nachtzorg nodig of voor een langere periode omdat een cliëntsituatie bijvoorbeeld niet stabiliseert? Dan is de classificatie Dreigende crisis thuis mogelijk niet passend. De wachtstatus Actief plaatsen wordt daarom binnen 6 weken opnieuw beoordeeld door de zorgaanbieder en eventueel besproken met het zorgkantoor.

### 3.3.16 VPT, MPT of Pgb in combinatie met logeren

MPT (en Pgb) en logeren

Logeren (logeeropname) in een instelling is mogelijk om mantelzorg<sup>114</sup> thuis te ontlasten of als voorbereiding op een opname. In deze situaties is de mantelzorg in principe niet beperkt in het uitvoeren van de zorgtaken. Logeren via MPT is niet bedoeld voor een herstelperiode in een instelling na ziekte om de zelfstandigheid van een cliënt te bevorderen (zie paragraaf 3.3.17).

#### 3.3.16.1 Logeren (logeeropvang)

- Bestaat uit het (tijdelijke/logeer) verblijf in een veilige, beschermende woonomgeving. Tijdens dit verblijf is het schoonhouden van de logeerruimten en andere ruimten waar cliënten verblijven inbegrepen, net zoals eten en drinken en samenhangende zorg. Denk daarbij aan persoonlijke verzorging, individuele begeleiding verpleging en soms een deel individuele behandeling.
- Wordt gepland ingezet voor een korte periode of voor een langere (vakantie)periode. Inzet voor een langere periode is mogelijk omdat nachten mogen worden opgespaard.
- Kan worden ingezet met een regelmatige frequentie maar er kan ook behoefte zijn aan incidenteel (af en toe) logeren of logeren met een onregelmatige frequentie.
- Vindt in de praktijk vaak regelmatig plaats bijvoorbeeld 2 of 3 nachten per week of 1 weekend per maand.
- Kan worden aangevuld met dagbesteding (begeleiding groep). Dat kan bij alle zorgprofielen als dit noodzakelijk is om een zinvolle dag invulling te geven of de dag te structureren.
- Inzet van dagbesteding tijdens het logeren mag als dit aansluit bij de definitie in de NZa-beleidsregel: dagbesteding/dagbehandeling (of dagactiviteit) is een structurele tijdsbesteding met een vastomlijnd doel waarbij de cliënt actief wordt betrokken en die hem zingeving geeft. Een reguliere dag structurering of welzijnsactiviteit op de logeerplek zoals bijvoorbeeld zang, bingo of uitstapjes valt **niet** onder dagbesteding/dagbehandeling.
- Kan in de Wlz voor maximaal 156 nachten per kalenderjaar worden ingezet bij MPT, Pgb of VPT. Dat is wettelijk zo geregeld. Voor iemand die in een instelling verblijft en gaat logeren, wordt de logeeropvang niet apart betaald vanuit de Wlz. (Iemand die in een Wlz-instelling verblijft heeft hier feitelijk geen recht op.)

<sup>114</sup> Als logeeropvang via Pgb wordt ingekocht, is het niet logisch om hiervoor mantelzorg in te schakelen omdat het ontlasten van de mantelzorg het belangrijkste doel is.

- Noemen we ook wel een logeeropname of logeervakantie als een cliënt kortdurend maar minimaal 4 nachten aaneengesloten verblijft. Bijvoorbeeld als de mantelzorger op vakantie gaat om zo tijdelijk ontlast te worden.
- Wordt naar rato in gezet. Is een indicatie in de loop van een kalenderjaar afgegeven? Dan wordt bepaald hoeveel nachten logeeropvang in dat jaar kunnen worden ingezet binnen het indicatiebesluit. Het aantal weken dat het indicatiebesluit in dat jaar nog geldig is, wordt daarvoor vermenigvuldigd met maximaal 3 nachten per week.
- Valt voor de eigen bijdrage berekening door het CAK onder het MPT (of Pgb).

### **3.3.16.2 Zorgtoewijzingsproces voor logeren bij MPT (of Pgb)**

- Logeren maakt altijd onderdeel uit van de leveringsvorm MPT of Pgb en wordt niet aangevraagd via de leveringsvorm Verblijf. De leveringsvorm MPT of Pgb geldt dus voor kortdurend logeren én voor een logeeropname of logeervakantie.
- Het logeren wordt bekostigd vanuit het beschikbare (basis)budget voor het MPT en/ of Pgb. Daarmee is er geen onderscheid tussen logeeraanvragen voor leveringsvorm MPT of Pgb. Dat geldt zowel voor reguliere zorg als voor inzet van overbruggingszorg.
- Cliënten die hun indicatie volledig in Pgb hebben omgezet, kopen ook het logeren in met dit budget. Wil een budgethouder logeren via MPT inkopen? Dan wordt het budget Pgb aangepast op de noodzakelijke zorg die met het Pgb wordt ingekocht (min de zorg die nodig is tijdens de logeerdagen). Daarnaast wordt eerst gekeken of het logeren uit het totaal beschikbare budget kan worden betaald. Het logeren via ZIN komt dus niet zonder meer extra boven op het al toegekende (beschikte) Pgb.
- Kan het logeren niet uit het beschikbare budget worden betaald en/ of is er een aangepaste zorgtoewijzing nodig? Vraag dan een passende extramurale toeslag aan (EKT of Maatwerk toeslag Logeeropvang) en lever, als dat nodig is, een Rekenmodule en Adviesformulier aan.
- Voor het aanvragen van een zorgtoewijzing geldt dat het gemiddelde aantal nachten per week dat een cliënt komt logeren wordt ingevuld in de Rekenmodule. Bespreek met de cliënt hoeveel etmalen hij verwacht te komen logeren in een jaar. Bereken daarna het aantal nachten per week op basis van het verwachte aantal nachten dat een cliënt in een kalenderjaar komt logeren. (Bij onvoorzien logeren maakt de zorgaanbieder hiervoor ook een inschatting. Als dat lastig is, overlegt de zorgaanbieder met het zorgkantoor over een maatwerkoplossing. De zorgaanbieder doet daarvoor een voorstel met onderbouwing).

Voorbeeld: een cliënt wil graag 3x per jaar een week komen logeren. Aankomst op maandagmiddag en vertrek op maandagochtend (3x7 etmalen = 21 etmalen). Daarnaast wil de cliënt 1x per maand een weekend komen logeren. Aankomst op vrijdagmiddag en vertrek op maandagochtend (12x3=36 etmalen). Op jaarbasis wil de cliënt totaal 57 etmalen komen logeren. In de Rekenmodule wordt dan ingevuld: 57 etmalen op jaarbasis:52 weken = 1,1 etmaal per week.

- Past het logeren in een kalenderjaar binnen het toegewezen budget (%)? Dan hoeft de coördinator zorg thuis (CZT) geen nieuwe zorgtoewijzing aan te vragen als het logeren een afwijkend patroon heeft van het gemiddelde aantal aangevraagde nachten per week. Bijvoorbeeld: voor een cliënt wordt gemiddeld 2 nachten per week logeren aangevraagd, maar effectief gezien wordt er verspreid over het jaar een aantal weekenden gelogerd en daarnaast een langere periode omdat de mantelzorger op vakantie gaat.
- Krijgt een cliënt normaal gesproken zorg thuis via MPT, dan blijft de coördinator zorg thuis (CZT) tijdens de vakantieperiode het eerste aanspreekpunt voor de cliënt voor Wlz-zorg.
- Is bij het opstarten van MPT nog geen behoefte aan logeren, maar ontstaat deze later wel? Vraag dan een nieuwe zorgtoewijzing aan voor MPT als het logeren door een nieuwe aanbieder wordt geleverd of als de zorg niet past binnen het toegewezen percentage. Zonder toewijzing kan de nieuwe zorgaanbieder namelijk geen logeerprestatie declareren. Bovendien kan het uitbreiden van zorg met logeren consequenties hebben voor de ruimte voor andere zorgprestaties binnen het MPT (of Pgb). Vul daarom altijd de Rekenmodule in.
- Kan een passende logeerprestatie niet gedeclareerd worden bij het toegewezen zorgprofiel? Overleg dan met het zorgkantoor en vraag eventueel een bijpassende zorgtoewijzing aan. Zo kan bijvoorbeeld een logeerprestatie voor ouderenzorg niet gedeclareerd worden bij een toegewezen VG-zorgprofiel. Normaal gesproken is het voor inzet van MPT in de thuissituatie niet nodig om een toegewezen zorgprofiel aan te passen. Dat kan wel voorkomen bij de logeerprestaties, prestaties dagbesteding of dagbehandeling.
- Is er geen productieafspraken gemaakt voor de logeerprestatie die past bij het toegewezen zorgprofiel? Overleg dan met het zorgkantoor of de productieafspraken hierop aangepast kan worden.

#### Declareren van logeren

- De zorg die normaal gesproken thuis wordt geleverd via MPT, wordt tijdens een logeeropname of een logeervakantie niet door gedeclareerd omdat een cliënt afwezig is.
- Logeren valt onder leveringsvorm MPT maar wordt gedeclareerd via een intramurale prestatie voor logeerdagen (Z-prestatie).
- Voor het logeren geldt een integraal (totaal) tarief. Alle zorg die een cliënt tijdens een etmaal logeren krijgt, wordt in één tarief afgerekend. Het is dan niet meer mogelijk om voor de periode van logeren gelijktijdig nog andere extramurale prestaties te declareren. Uitzondering hierop vormt behandeling groep en begeleiding groep.
- De prestaties voor dagbesteding of behandeling naast het logeren hoeven niet te worden ingevuld in de Rekenmodule als er sprake is van alléén ZIN<sup>115</sup> én wordt voldaan aan de Nza beschrijving (zie subparagraaf 3.3.15.1). Dat geldt ook voor noodzakelijke Wlz-behandeling als die geen onderdeel is van de logeerprestatie<sup>116</sup>. Het zorgkantoor kan bij de zorgaanbieder achteraf toetsen of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd en voldoet aan de voorwaarden.

<sup>115</sup> In de situatie dat ZIN gecombineerd wordt met Pgb, is aanlevering van een Rekenmodule wel noodzakelijk.

<sup>116</sup> Het zorgkantoor gaat uit van gepaste inzet van financiële middelen.

- Voor de aanvraag in de Rekenmodule geldt dat het gemiddeld aantal etmalen per week dat een cliënt komt logeren wordt ingevuld. Voor het aantal dagen dat logeren gedeclareerd mag worden, geldt dat de dag van aankomst (als aankomst vóór 20.00 uur) en de dag van vertrek<sup>117</sup> mogen worden gedeclareerd. Dit kan een dag verschil opleveren met het aantal etmalen dat is aangevraagd in de Rekenmodule. Dus bij een aanvraag van 3 etmalen per week in de Rekenmodule, mag een zorgaanbieder 4 etmalen per week declareren<sup>118</sup>.

### 3.3.16.3 Zorgtoewijzingsproces voor logeren bij VPT

- Cliënten die hun thuiszorg krijgen via een VPT kunnen ook gebruik maken van de mogelijkheid om te logeren.
- Logeren (naast VPT) wordt aangevraagd door de dossierhouder met leveringsvorm MPT en wordt daarvoor naast het reguliere VPT toegewezen.
- De VPT-zorgaanbieder (DH) blijft tijdens de logeerperiode het eerste aanspreekpunt voor de cliënt voor de Wlz-zorg.

#### Declareren van logeren bij VPT

- Als een cliënt gebruik maakt van het VPT en daarnaast (periodiek) gaat logeren, dan mag de VPT-aanbieder 'afwezigheidsdagen voor de VPT-zorg' declareren tijdens het logeren.
- Voor afwezigheidsdagen bestaat geen aparte prestatie. Tijdens de afwezigheidsdagen<sup>119</sup> mag het normaal ingezette VPT voor een cliënt worden door gedeclareerd, omdat er nog doorlopende kosten zijn voor de VPT-aanbieder. De cliënt maakt op dat moment dus geen gebruik van het VPT omdat hij afwezig is door logeren.
- De VPT-aanbieder mag maximaal 42 verlofdagen (afwezigheidsdagen) per kalenderjaar declareren naast weekendverlof (afwezigheidsdagen)<sup>120</sup>. Deze dagen kunnen naar behoefte voor een korte of langere (logeer)periode aaneengesloten worden ingezet.
- VPT-afwezigheidsdagen en een logeerprestatie kunnen gelijktijdig gedeclareerd worden.
- Afwezigheidsdagen voor het VPT tijdens logeren, worden alleen betaald als iemand, voorafgaand aan zijn afwezigheid, al minimaal 14 dagen gebruik maakte van het VPT.
- Om afwezigheidsdagen te kunnen declareren moet de zorgtoewijzing voor het VPT open blijven staan. De zorgtoewijzing voor het VPT wordt tijdens het logeren dus niet beëindigd.

<sup>117</sup> Het mogen declareren van de dag van vertrek heeft te maken met een verschil tussen de aanspraak en de financiering. De aanspraak die is beschreven door het Zorginstituut gaat uit van etmalen (overnachtingen), de financiering gaat uit van dagen.

<sup>118</sup> 156 etmalen logeren kan dan leiden tot maximaal 208 etmalen declareren.

<sup>119</sup> Dat geldt ook voor verblijfszorg en incidenteel logeren bij DTV (naar rato van het aantal dagen Deeltijdverblijf). Dit op voorwaarde dat iemand al minimaal 14 dagen gebruik heeft gemaakt van de leveringsvorm Verblijf of DTV. Zie Informatiekaart afwezigheid in de langdurige zorg - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

<sup>120</sup> Het aantal afwezigheidsdagen voor verlof is dan maximaal 146 dagen (42 verlofdagen + 104 weekendverlofdagen).

### 3.3.17 VPT, MPT of PGB in combinatie met kortdurende Verblijfszorg

#### Kortdurende verblijfszorg

Verblijfszorg in de Wlz kan kortdurend worden ingezet bij:

- Een tijdelijk toegenomen zorgvraag van een cliënt door verminderde zelfredzaamheid. Of
- Verminderde inzetbaarheid van de mantelzorgers bij zorgtaken door een medische oorzaak bij de mantelzorgers. En
- De verwachting dat de cliënt op korte termijn weer terugkeert naar de thuissituatie.

#### Wanneer kan kortdurende verblijfszorg worden ingezet?

- Als een cliënt voor deze verblijfszorg naar een andere locatie gaat dan de thuislocatie.
- Als deze verblijfszorg vooraf **géén vaste regelmaat** heeft en **niet structureel** wordt ingezet.
- Of als de frequentie en het moment vooraf niet voorspelbaar zijn. Deze verblijfszorg kan meer dan 1x per jaar worden ingezet als dat noodzakelijk is. En:
- Als verwacht wordt dat de cliënt maximaal 8 weken aaneengesloten gebruik maakt van de verblijfszorg. Praktijkervaring leert dat gemiddeld 6 weken per cliënt voldoende is, maar dat hierop uitzonderingen mogelijk zijn. Bovendien is vooraf vaak geen harde einddatum vast te stellen. Door een periode van 8 weken te hanteren worden onnodige administratieve lasten voorkomen omdat de zorgtoewijzing voor verblijfszorg moet worden verlengd.

#### Wanneer komt iemand in aanmerking voor kortdurende verblijfszorg?

Als een cliënt:

- Een Wlz-indicatie heeft en thuis woont (met of zonder een vorm van Wlz-zorg). Iemand kan dan ook op de wachtlijst staan voor andere Wlz-zorg zoals langdurige verblijfszorg, maar kan na de kortdurende verblijfszorg weer (tijdelijk) terugkeren naar de thuissituatie.
- De cliënt een planbare of niet planbare (onverwachte) medische behandeling ondergaat en de thuissituatie niet geschikt is voor de noodzakelijke herstelperiode.
- De mantelzorgers een **planbare** medische behandeling<sup>121</sup> moet ondergaan en tijdelijk geen mantelzorgtaken kan uitvoeren en de steunstructuur wegvalt. Verwacht wordt dat de mantelzorgers na de herstelperiode de mantelzorgtaken weer (deels) kan overnemen, eventueel aangevuld met professionele zorg.
- De mantelzorgers een **onverwachte, niet planbare** medische behandeling moet ondergaan en tijdelijk geen mantelzorgtaken kan uitvoeren. In deze situatie is het niet de bedoeling dat de cliënt op een crisisbed wordt geplaatst. Uitgangspunt is dat de cliënt thuis nog kortdurend kan worden opgevangen door het netwerk. Ook hier is de verwachting dat de mantelzorgers na de herstelperiode de mantelzorgtaken weer (deels) kan overnemen, eventueel aangevuld met professionele zorg thuis.

<sup>121</sup> Medische behandeling kan nodig zijn voor een fysieke of geestelijke aandoening waardoor de mantelzorgers tijdelijk minder belast kan worden of niet in staat is mantelzorgtaken uit te voeren.

### Wanneer komt iemand niet in aanmerking voor deze kortdurende verblijfszorg<sup>122</sup>?

Als er bij een cliënt sprake is van:

- Een (dreigende) crisissituatie. Kortdurende verblijfszorg is géén voorportaal voor crisisopname (met de daarvoor vereiste deskundigheid).
- Een wachtperiode voor langdurige opname. Kortdurende verblijfszorg wordt niet ingezet om de wachtperiode te overbruggen, het gaat hier om een andere doelgroep.
- Een situatie waarbij vóóraf duidelijk is dat iemand niet kan terugkeren naar de thuissituatie.
- Ernstige of complexe gedragsproblematiek of een zeer intensieve zorgvraag. En aanwezigheid is vereist van HBO-opgeleid personeel (verpleegkundige of sociaalpedagogische hulpverlener) of beschikbaarheid van een (behandelend) arts.
- Wonen in een geclusterd VPT.
- Een traject voor herstelgerichte behandeling (revalidatie).
- Een terminale levensfase.

### Processtappen aanvraag verblijfszorg (kortdurend)

- **iWlz** De CZT/DH vraagt via een AAT een zorgtoewijzing aan voor Verblijf, Opname Ja voor maximaal 8 weken. Dat gebeurt als duidelijk is wanneer de cliënt geplaatst kan worden of al tijdelijk is opgenomen (ingangdatum bekend).
- Krijgt iemand dagbesteding en kan iemand hier tijdens de tijdelijke opname naar toe? Dan wordt overleg of dit mogelijk is. Zo ja dan wordt in de AAT ook Verblijf, Opname Nee aangevraagd. Let op: dit kan niet voor iemand met een indicatie voor een VV-zorgprofiel.
- De zorgtoewijzing(en) voor MPT of VPT wordt automatisch ingetrokken zodra de cliënt tijdelijk wordt opgenomen en deze verblijfszorgaanbieder een MAZ heeft aangeleverd.
- Krijgt iemand zijn zorg thuis (gedeeltelijk) via Pgb dan wordt het Pgb nog maximaal 2 maanden 'aangehouden'. Hierdoor hoeft een Pgb-aanvraag niet opnieuw te worden opgestart als iemand terugkeert naar de thuissituatie.
- De huidige CZT of DH blijft tijdens de kortdurende opname het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor de cliënt en de verblijfszorgaanbieder. De verantwoordelijkheid voor de cliënt gaat formeel niet over naar de verblijfszorgaanbieder. Vanuit praktisch (en technisch) oogpunt wordt de verblijfszorgaanbieder wel standaard als DH in de AAT opgenomen.
- De huidige CZT of DH start de zorg weer op zodra iemand terugkeert naar de thuissituatie. De verblijfszorgaanbieder vraagt daarvoor, in overleg met de CZT of DH, een zorgtoewijzing aan via een AAT. En levert eventueel een Melding einde zorg aan als de verblijfszorg eerder stopt dan de einddatum van de zorgtoewijzing.
- **Declaratie:** De verblijfszorgaanbieder levert en declareert tijdens de opname verblijfszorg, zonder behandeling, zodat de cliënt de eigen huisarts en tandarts blijft houden. Zo nodig kan een losse behandelprestatie(s) worden ingezet. Na ontslag declareert de aanbieder géén mutatiedagen voor de cliënt omdat het hier om een kortdurende opname gaat (de kamer wordt niet persoonlijk ingericht door de cliënt).
- Betrokken aanbieders informeren de cliënt over impact voor de eigen bijdrage (CAK), die tijdelijk verandert omdat iemand kortdurend verblijfszorg krijgt. Voor iemand die MPT krijgt kan dit verschil groter zijn dan voor iemand die VPT krijgt.

<sup>122</sup> Iemand zonder Wlz-indicatie kan een beroep doen op Eerstelijnsverblijf (Zvw) of Respijtzorg (Wmo). Net zoals iemand met een Wlz-indicatie voor een laag zorgprofiel die is uitgestroomd uit de Wlz. Zie bijlage A en bijlage D.

### 3.3.18 VPT, MPT of Pgb in combinatie met onderwijs

Wlz-zorg kan, bij schoolgaande kinderen met een Wlz-indicatie, gecombineerd worden met zorg in het onderwijs<sup>123</sup>. Het gaat dan om persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding.

Voorbeelden daarvan zijn: hulp bij eten en drinken, toiletbezoek, het bewegen of zich verplaatsen, hulp bij verzorging van een stoma, hulp bij het toedienen of gebruik van medicijnen of hulp bij communicatie (begrijpen wat anderen zeggen en jezelf begrijpelijk maken).

Procesafspraken bij zorg tijdens onderwijs

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

---

<sup>123</sup> Meer informatie over zorg in het onderwijs is terug te vinden via [Onderwijs en zorg | Passend onderwijs | Rijksoverheid.nl](#).

# 4 Wlz-zorg bij (deeltijd)verblijf in een instelling

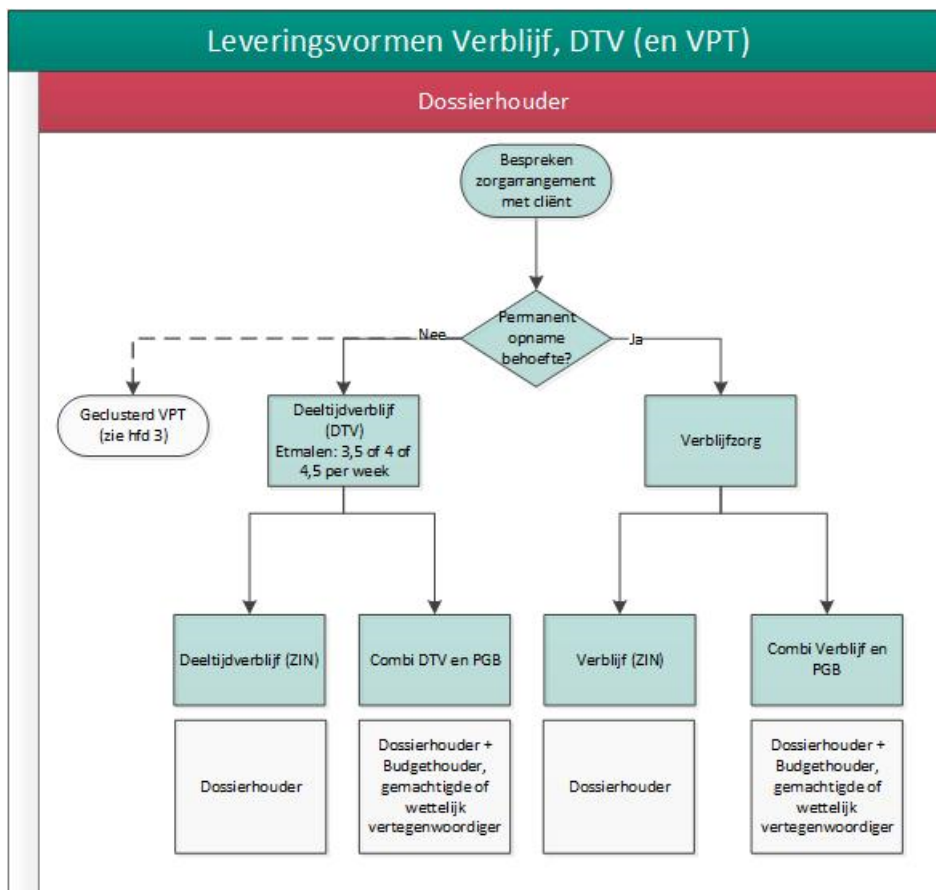
## 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de algemene uitgangspunten voor het organiseren van verblijfszorg in paragraaf 4.2. Daarna wordt ingegaan op de specifieke uitgangspunten voor verblijfszorg bij een SGLVG- of LVG-zorgprofiel en de rol van dossierhouder.

Paragraaf 4.3 start met deeltijdverblijf (DTV). Deze leveringsvorm is onderdeel van hoofdstuk 4 omdat bij DTV de nadruk ligt op verblijfszorg en niet op de zorg thuis. Vervolgens wordt het zorgtoewijzingsproces beschreven voor Deeltijdverblijf en (vormen van) Verblijfszorg. Crisiszorg wordt kort aangestipt maar verder uitgewerkt in hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 4 wordt afgesloten met de regeling Meerzorg (paragraaf 4.5). In deze paragraaf wordt beschreven wie een beroep kan doen op deze regeling, hoe de aanvraagprocedure en Meerzorgmethodiek eruitziet voor iemand die gebruik maakt van verblijfszorg of VPT en welke processtappen hierbij horen.





Figuur 13 Leveringsvormen Verblijf, DTV (en VPT) en 1<sup>e</sup> aanspreekpunt

## 4.2 Verblijfszorg

### 4.2.1 Algemene uitgangspunten verblijfszorg

Mensen met een indicatie voor een zorgprofiel binnen de Verpleging & Verzorging (V&V), de Gehandicaptenzorg (GZ)<sup>124</sup> of geestelijke gezondheidszorg (GGZ)<sup>125</sup> kunnen Wlz-zorg in een instelling krijgen als dit een passende oplossing is bij de zorgbehoefte.

#### Geestelijke gezondheidszorg

- Voor de GGZB-zorgprofielen geldt dat iemand alleen een beroep kan doen op de Wlz als hij meer dan 3 jaar in een GGZ-instelling verblijft die gericht is op behandeling. Een indicatie voor een GGZB-zorgprofiel volgt aansluitend op intramuraal klinisch verblijf, die de eerste 3 jaar betaald is vanuit de Zvw.
- Een indicatiebesluit voor een GGZB-zorgprofiel wordt in de Wlz afgegeven voor maximaal 3 jaar omdat een behandeltraject in principe kortdurend is. Als de cliënt nog niet is

<sup>124</sup> De gehandicaptenzorg (GZ) onderscheidt zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (LG), een verstandelijke handicap (VG) en een zintuiglijke handicap (ZG).

<sup>125</sup> De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kent vanaf 2021 zorgprofielen GGZ-B (klinisch verblijf) en GGZ-W (wonen).

uitbehandeld na deze periode kan een nieuw indicatiebesluit worden aangevraagd met een passend GGZB-zorgprofiel voor de situatie op dat moment.

- Als verblijf in een GGZ-behandelinstelling niet meer nodig is vervalt het Wlz-recht, ook bij een nog geldig GGZB-indicatiebesluit. Behalve als iemand, op basis van zijn Wlz-indicatie, binnen 90 dagen<sup>126</sup> terugkeert naar de GGZ-behandelinstelling. Of op basis van de Wlz-criteria een indicatie heeft voor een ander Wlz-zorgprofiel. Bijvoorbeeld een GGZW-zorgprofiel. In alle andere situaties is er sprake van onrechtmatig gebruik van de Wlz.
- Iemand met een indicatie voor een GGZB-zorgprofiel mag niet worden opgenomen in een V&V of GZ-instelling of Wlz-zorg thuis krijgen. Tenzij voor deze doelgroep specifieke afspraken zijn gemaakt en bijvoorbeeld in een VV- of GZ-instelling een aparte afdeling is gecreëerd en specifieke zorg wordt ingekocht.
- Voor cliënten met de grondslag Psychische stoornis wordt GGZ-behandeling vergoed vanuit de Wlz als een cliënt in een Wlz-instelling verblijft die ook behandeling biedt (integrale bekostiging). Deze behandeling wordt gegeven door een klinisch psycholoog of psychiater. Denk bijvoorbeeld aan iemand met dementie en een daarmee samenhangende depressie. Of een posttraumatische stressstoornis bij iemand met een verstandelijke beperking.
- Voor cliënten met de grondslag Psychische stoornis wordt GGZ-behandeling niet vergoed vanuit de Wlz als een cliënt in een Wlz-instelling verblijft die geen behandeling biedt. De behandeling door een klinisch psycholoog of psychiater wordt dan vergoed vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw). Dat wordt ook wel modulaire bekostiging genoemd. Modulair verwijst daarbij niet naar een Modulair pakket thuis maar naar woonzorg waar behandeling niet is inbegrepen. (Denk aan de situatie dat iemand een indicatie heeft voor een GGZW-zorgprofiel die in een beschermende woonvorm woont).
- De regie-voerend of coördinerend begeleider vanuit de beschermende woonvorm is in deze situaties verantwoordelijk voor de coördinatie van de woonzorg, GGZ-behandeling en medische generalistische zorg (MGZ) die via de Zvw wordt geleverd. Via de Zvw wordt bijvoorbeeld inzet van een ambulante behandelteam zoals een FACT-team vergoed. De medische verantwoordelijkheid ligt bij de behandelaar zelf.
- Heeft iemand een indicatie voor een GGZW-zorgprofiel en wordt verblijfszorg of VPT geleverd? Dan mogen er maximaal 9 dagdelen dagbesteding via ZIN worden ingezet<sup>127</sup>, ook al is hier in het tarief geen rekening mee gehouden.

### **Herstelgerichte behandeling of Geriatrische revalidatiezorg**

- Herstelgerichte behandeling (gVVb/Wlz) of Geriatrische revalidatiezorg (GRZ/Zvw) is bedoeld voor kwetsbare ouderen. Deze zorg heeft als doel een oudere te helpen terugkeren naar de 'thuissituatie' (ook als thuis binnen een instelling is) en om zo goed mogelijk deel te blijven nemen aan het maatschappelijke leven.
- Herstelgerichte behandeling of Geriatrische revalidatiezorg is géén medisch specialistische zorg. Het wordt maximaal 6 maanden ingezet, meestal na een ziekenhuisopname voor een medisch specialistische behandeling. Bijvoorbeeld na een acute aandoening zoals een

<sup>126</sup> Keert iemand na 90 dagen terug in een GGZ-behandelinstelling dan wordt het medisch noodzakelijk verblijf weer vanuit de Zvw betaald.

<sup>127</sup> Komt het aan te vragen % hierdoor boven de 100% uit, licht dit dan toe via een notitie.

beroerte, botbreuk, nieuwe heup of knie óf een acute stoornis in de mobiliteit of afname van zelfredzaamheid.

- Herstelgerichte behandeling onder de Wlz wordt ingezet als een cliënt<sup>128</sup> al beschikt over een (overlappende) Wlz-indicatie. In deze situatie kan het CIZ een zorgprofiel gVVb indiceren voor herstelgerichte behandeling die vergoed wordt vanuit de Wlz. Uitgangspunt is dat iemand na deze periode terugkeert naar reguliere Wlz-zorg. Ligt er geen vervolg indicatie voor de Wlz? Dan kan op het geldige indicatiebesluit gVVb nog tijdelijk Wlz-zorg worden ingezet, omdat iemand al beschikte over een Wlz-indicatie. Ervanuit gaande dat er opnieuw een Wlz-indicatie is/wordt aangevraagd en dat die wordt afgegeven. Uitzondering hierop vormt iemand met een indicatie voor een laag zorgprofiel die weer uitstroomt naar een ander domein (zie bijlage D).
- Herstelgerichte behandeling wordt ook vanuit de Wlz vergoed als iemand nog niet beschikte over een Wlz-indicatie, maar het CIZ al wel een ander zorgprofiel heeft geïndiceerd voor de periode ná de revalidatiezorg. Het CIZ kan bij de indicatiestelling voor een gVVb niet altijd inschatten welk zorgprofiel na de herstelgerichte behandeling nodig is. Een zorgprofiel voor de periode na de herstelgerichte behandeling wordt daarom niet altijd direct afgegeven bij de indicatie voor gVVb. Blijft iemand aangewezen op de Wlz, dan moet de zorgaanbieder dit op tijd bespreken met de cliënt en zijn naasten (impact eigen bijdrage, mogelijk ander zorgaanbieder). Er moet dan vóór het einde van de revalidatiezorg, een nieuwe indicatie aangevraagd zijn bij het CIZ (en afgegeven). In alle andere gevallen valt de revalidatie namelijk onder de GRZ (Zvw) en wordt deze niet vergoed vanuit de Wlz.

### Overig

- Heeft iemand een geldige indicatie voor een laag zorgprofiel VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3<sup>129</sup>, ZGaud1 of ZGvis 1 (zie bijlage D)? En is die bij invoering van de Wlz (2015) uitgestroomd naar een ander domein, dan geldt een terugkeergarantie voor de Wlz. Dat kan met deze indicatie alleen via directe opname in een instelling. Eventuele overbruggingszorg thuis tijdens de wachtperiode wordt in deze situaties niet vergoed via de Wlz.
- Mobiliteitshulpmiddelen voor iemand die is opgenomen bij een Wlz-zorgaanbieder, worden uit de Wlz vergoed. Dat geldt voor alle verblijfszorg (zowel met of zonder behandeling). Het gaat dan om: een (aangepaste) rolstoel, een (aangepaste) scootmobiel, niet algemeen gebruikelijke fiets of een niet algemeen gebruikelijke buggy/duwwandelwagen voor een minderjarige. Een niet algemeen gebruikelijk aangepast autostoeltje is ook mogelijk voor een minderjarige als die hier vanwege zithouding of veiligheid op is aangewezen.

### Maatwerk

- De Wlz gaat uit van passende zorg en zorg die nodig is (maatwerk). Het zorgprofiel wordt bij inzet van overbruggingszorg thuis, dus niet vertaald naar een standaard zorgarrangement maar in overleg met de cliënt ingevuld. De mogelijkheden van de cliënt zelf, mantelzorg of sociaal netwerk worden besproken en zo mogelijk ingezet (zie bijlage E). Afspraken over de te leveren zorg worden vastgelegd in het zorgplan.

<sup>128</sup> Een kwetsbare oudere cliënt. Het Zorginstituut beschrijft deze cliënt als iemand die moeilijk kan omgaan met lichamelijke of geestelijke belasting, waarbij er vaak sprake van multi-problematiek en verminderde leerbaarheid of trainbaarheid.

<sup>129</sup> Is een indicatiebesluit voor zorgprofiel LG3 afgegeven na 1 januari 2015 dan valt die wel onder de Wlz.

- De kosten voor zorg om de wachtperiode te overbruggen mogen in principe niet hoger zijn dan de zorgkosten bij opname in een instelling. Is dit wel het geval dan gelden andere afspraken voor het zorgtoewijzingsproces (zie paragraaf 2.5 en 4.3).
- Ook bij wonen in een instelling wordt de zorgbehoefte van een cliënt op maat ingevuld. Denk aan een thuiswonende GZ-cliënt of GGZ-cliënt die al deelneemt aan een dagprogramma en daar graag wil blijven als thuis wonen niet meer kan? Dan is dat mogelijk als die aanbieder voor de Wlz is gecontracteerd of als onderaannemer kan en wil werken.

#### 4.2.2 Zorgprofiel SGLVG of LVG

- Een (SG)LVG-zorgprofiel wordt door het CIZ alleen geïndiceerd als er noodzaak is voor verblijfszorg met behandeling in een (SG)LVG-behandelcentrum en een cliënt nog niet is uitbehandeld. Is verblijf niet nodig, dan geeft het CIZ geen indicatie af voor een SGLVG- of LVG-zorgprofiel. Bij (SG)LVG-zorgprofielen is het dan ook niet mogelijk om reguliere (langdurige) zorg in te kopen via een MPT, Pgb, VPT of DTV.
- Is er nog geen plaats voor een cliënt in een (SG)LVG-behandelcentrum? Dan mag thuis, tijdens de wachtperiode tot opname, de noodzakelijke overbruggingszorg worden ingezet door een zorgaanbieder die geen (SG)LVG zorg biedt. Dat kan via een VPT, MPT<sup>130</sup> of DTV (als de cliënt al gebruik maakt van DTV).
- In de situatie dat een cliënt thuis woont en er nog geen plaats beschikbaar is in het (SG)LVG-behandelcentrum, levert het behandelcentrum (DH) een MUT18 aan. De DH vult in het Mutatiebericht bij de leveringsvorm Verblijf de **wachtstatus Actief plaatsen met classificatie Dreigende crisis thuis**. Deze combinatie geeft de noodzaak aan van een snelle opname vanuit de thuissituatie naar een (SG)LVG-behandelinstelling.
- In de situatie dat een cliënt al in een Wlz-instelling woont, zonder toelating voor het leveren van (SG)LVG-zorg, kan tot opname in het (SG)LVG-behandelcentrum overbruggingszorg worden ingezet. Dit gebeurt op basis van het zorgprofiel in de voorliggende indicatie. Ook hier levert het behandelcentrum (DH) een MUT18 aan en vult in het Mutatiebericht bij de leveringsvorm Verblijf de **wachtstatus Actief plaatsen met classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder)**. Omdat de huidige zorgaanbieder geen passende zorg kan bieden aan de cliënt en doorstroom naar een (SG)LVG-behandelinstelling noodzakelijk is.
- Voor beide situaties van overbruggingszorg geldt dus dat een cliënt de wachtstatus Actief plaatsen krijgt voor de verblijfszorg in het (SG)LVG-behandelcentrum, maar met een andere classificatie (andere context). Vanzelfsprekend kan dat alleen als er géén sprake is van een (acuut) gevaarscriterium. Is dit wel het geval, dan is de wachtstatus Urgent plaatsen van toepassing en kan er ook geen 13 weken gewacht worden (met eventuele verlenging).
- Uitgangspunt voor inzet van de (ruimere) overbruggingszorg thuis is dat deze maximaal 13 weken wordt ingezet. Deze periode kan, in overleg met het zorgkantoor, nog een keer worden verlengd met maximaal 13 weken waarbij enige extra uitloop mogelijk is als er zicht is op opname in een (SG)LVG-instelling. Een eventuele verlenging moet tijdig worden aangevraagd het zorgkantoor.

<sup>130</sup> Extra financiële ruimte voor inzet van (dure) dagbesteding/ behandeling naast een MPT kan via de Rekenmodule worden aangevraagd maar is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Dat geldt niet voor (SG)LVG-zorgprofielen. Behandeling is daar integraal (onlosmakelijk) onderdeel van de gehele zorg en altijd inbegrepen in het basistarief.

- Is duidelijk dat een cliënt met een (SG)LVG-zorgprofiel op korte termijn is uitbehandeld? Dan vervalt zijn recht op Wlz-zorg bij uitstroom uit de (SG)LVG-behandelinstelling. Daarom moet op tijd een nieuwe indicatie worden aangevraagd voor de Wlz, Zvw of Wmo. Eventuele vervolgzorg kan niet worden vergoed met de (SG)LVG-indicatie.
- Krijgt de cliënt een nieuwe Wlz-indicatie? Maar is er nog geen passende plaats bij een andere instelling beschikbaar? Dan kan de klant tijdelijk in de (SG)LVG-behandelinstelling blijven. Het zorgkantoor kan deze overbruggingszorg dan maximaal 13 weken vergoeden via een specifieke prestatie (O-prestaties overbruggingszorg LVG of SGLVG). Deze periode kan eenmalig verlengd worden met nog een keer 13 weken. De zorgaanbieder stemt over noodzaak tot verlenging altijd af met het zorgkantoor.
- Kan de vervolg-aanbieder de cliënt niet op korte termijn overnemen, dan meldt deze 'nieuwe' zorgaanbieder dit na ontvangst van de zorgtoewijzing. Dat gebeurt door een Mutatiebericht (MUT18) te sturen, met de **wachtstatus Actief plaatsen/ classificatie Niet passende zorg (zorgaanbieder)** omdat de cliënt is uitbehandeld en zo snel mogelijk moet doorstromen vanuit de (SG)LVG-behandelinstelling. Gelijktijdig wordt overbruggingszorg aangevraagd voor de (SG)LVG-behandelinstelling. Dit is het inhoudelijk, best passende SG(LVG) zorgprofiel voor de uitbehandelde cliënt. Voor het kunnen declareren van een O-prestatie moet wel een passend (SG)LVG-zorgprofiel worden toegewezen.
- Deze aanvragen voor overbruggingszorg worden altijd handmatig door het zorgkantoor beoordeeld en voor een kortdurende periode toegewezen aan de (SG)LVG-behandelinstelling (maximaal 2x 13 weken).
- De overbruggingsprestaties beginnen in de omschrijving met een O en kunnen alleen worden afgesproken met (SG)LVG-behandelinstellingen. Deze prestaties worden direct gedeclareerd vanaf de dag dat de (SG)LVG-indicatie is vervangen door een nieuwe indicatiebesluit met een ander zorgprofiel. Deze declaraties stoppen na de dag nadat de cliënt is verhuisd naar een passende Wlz-instelling.
- De O-prestaties mogen alleen worden ingezet bij cliënten die, aansluitend op een (SG)LVG-indicatie, een indicatie krijgen voor een van deze zorgprofielen: VV4 t/m gVVb, GGZB1 t/m GGZB7, VG3 t/m VG8, LG2 of LG4 t/m LG7, ZGaud2 t/m ZGaud4, ZGvis2 t/m ZGvis5.
- Geeft het CIZ géén nieuwe indicatie af voor de Wlz? Dan stroomt hij uit naar een andere domein(en). Is passende vervolgzorg niet direct inzetbaar of is hiervoor nog geen plaats beschikbaar? Dan kan het CIZ de (SG)LVG-indicatie maximaal drie maanden verlengen. De cliënt kan zo tijdelijk in de (SG)LVG-instelling blijven. Het zorgkantoor betaalt de (SG)LVG-zorgaanbieder gedurende 13 weken het tarief dat past bij de betreffende (SG)LVG-indicatie. Na 13 weken mag het zorgkantoor geen declaratie voor deze cliënten meer vergoeden.

#### 4.2.3 Dossierhouder

##### Dossierhouder

- De voorkeuraanbieder van een cliënt voor DTV, VPT of Verblijfszorg is het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt van de cliënt voor (het organiseren van) deze zorg en krijgt de rol Dossierhouder (DH).
- Wordt bij de indicatiestelling een van deze leveringsvormen als voorkeur aangegeven en is de voorkeuraanbieder bekend? Dan wijst het zorgkantoor, na het ophalen van de indicatiegegevens, de cliënt toe aan deze aanbieder en vult die in het veld Dossierhouder.

- De DH is, samen met het zorgkantoor, verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van de noodzakelijke (overbruggings)zorg voor een cliënt en communiceert daarover met de cliënt.
- De DH neemt na ontvangst van de zorgtoewijzing contact op met de cliënt om zijn zorgvraag te bespreken. Dit gebeurt uiterlijk binnen twee werkdagen ná de dag waarop de zorgtoewijzing is ontvangen. Bij dit contact met de cliënt kan een derde partij betrokken zijn, zoals een (wettelijk) vertegenwoordiger of (onafhankelijke) cliëntondersteuner.
- In dit gesprek verkent de DH wat het best passende zorgaanbod is voor de cliënt. Als intramurale opname (nog) niet noodzakelijk is, wordt besproken welk alternatief zorgaanbod thuis kan worden ingezet en hoe met een opnamewens wordt omgegaan.
- Is bij een cliënt met een GGZW-zorgprofiel verblijfszorg de best passende oplossing? Dan is de DH (regie-voerend of coördinerend begeleider) ook verantwoordelijk voor afstemming met de GGZ-behandelaar (Zvw) bij eventuele inzet van GGZ-behandeling naast de verblijfszorg. Dit gebeurt altijd met toestemming van de cliënt.
- Is verblijfszorg de beste oplossing maar is niet direct een plaats beschikbaar? Dan bespreekt de DH met de cliënt hoe de zorgvraag tot opname het beste kan worden ingevuld. Daarbij wordt rekening gehouden met zorg of begeleiding die een cliënt eerder heeft gehad (bijvoorbeeld vanuit de Zvw of Wmo). Was de cliënt daar tevreden over? Dan kan deze aanbieder worden benaderd voor overbruggingszorg. Dat kan alleen als die gecontracteerd is voor Wlz-zorg, of als onderaannemer kan/wil werken, of de zorg via Pgb wil leveren.
- Bij inzet van overbruggingszorg (thuis) bespreekt de DH met de cliënt wie voor deze zorg zijn 1<sup>e</sup> aanspreekpunt wordt. De DH heeft met deze aanbieder regelmatig contact over ontwikkelingen in de cliëntsituatie en de mogelijkheden tot plaatsing.
- De DH levert niet standaard een deel van de overbruggingszorg thuis. Denk aan de situatie dat een cliënt in de regio Utrecht woont (thuis), maar naar een instelling wil verhuizen in de regio Midden-Limburg om dichtbij familie te wonen. De verblijfszorgaanbieder is tijdens de wachtperiode niet in staat om ontwikkelingen rondom de cliënt van dichtbij te volgen en passende zorg thuis te regelen (onvoldoende zicht op de regionale situatie of zorgaanbod). Daarnaast kan een verblijfszorgorganisatie zich alleen richten op intramurale zorg en geen ervaring hebben met het organiseren van thuiszorg.
- De DH heeft regelmatig contact met de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger over de plaatsingsmogelijkheden. De frequentie van dit contact is afhankelijk van de (ontwikkelingen in de) cliëntsituatie en de wachtstatus, maar vindt minimaal 2 keer per jaar plaats. De DH houdt zo een integraal beeld van de cliënt en past zo nodig de wachtstatus of classificatie aan (zie paragraaf 2.5).
- De DH coördineert de zorgverlening (ZIN) aan een cliënt als de verblijfszorg geleverd wordt door deze organisatie. Ook als meerdere aanbieders bij de zorgverlening zijn betrokken. De DH houdt samen met de cliënt (budgethouder) of vertegenwoordiger het totaaloverzicht.
- De DH is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van geleverde (medische) zorg door andere zorgaanbieders die betrokken zijn bij de cliënt. Behalve als dit gebeurt in de constructie van onderaannemer en de DH de hoofdaannemer is.
- De DH is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die een budgethouder met Pgb inkoop. Maar de DH signaleert wel tijdig bij de budgethouder, gemachtigde, wettelijk vertegenwoordiger en het zorgkantoor als dit leidt tot onverantwoorde zorg.

#### 4.2.3.1 Geen actieve opnamebehoefte

De dossierhouder bespreekt met de cliënt altijd de opnamebehoefte:

- Wil een cliënt liever zorg thuis en is dit een passende, verantwoorde en doelmatige oplossing? Wil iemand verder niet op een actieve wachtlijst staan voor verblijfszorg (en wachttijd opbouwen)? Dan stuurt de DH een Mutatiebericht naar het zorgkantoor: met MUT-code 12 – leveringsstatus Einde zorg voor de zorgtoewijzing met leveringsvorm Verblijf. Zie paragraaf 2.7 en 2.8). Gelijktijdig wordt een zorgtoewijzing aangevraagd voor de voorkeuraanbieder en passende zorg thuis (ZIN)<sup>131</sup>.
- Een cliënt kan voor het maken van een alternatieve keuze ook ondersteuning krijgen van het verantwoordelijke zorgkantoor of een OCO. Dit is bijvoorbeeld van toepassing als een cliënt nog in een andere regio woont en de dossierhouder geen beeld heeft bij het regionale zorgaanbod. Of als de DH geen geschikt aanbod voor een cliënt weet of kan vinden.
- Wil iemand voor de toekomst wel in beeld blijven bij de DH, maar voorlopig geen aanbod voor verblijfszorg krijgen omdat iemand zich samen met naaste(n) of netwerk thuis nog goed redt? Dan levert de DH ook een Mutatiebericht (MUT12) aan én de **wachtstatus Wacht uit voorzorg**. De gewenste classificatie wordt in overleg met de cliënt bepaald. In deze situatie kan een regulier toegewezen leveringsvorm Verblijf (Opname Ja) gelijktijdig samengaan met een reguliere zorgtoewijzing voor zorg thuis (anders dan Pgb).

#### 4.2.3.2 Actieve opnamebehoefte

- Heeft iemand een actieve opnamebehoefte en is verblijfszorg ook een passende oplossing voor deze cliënt? Dan biedt de DH de cliënt een plaats aan als die (direct) beschikbaar is (komt en meldt deze cliënt in Zorg via een Melding aanvang zorg bericht. Of
- Plaats de cliënt op een wachtlijst als dit niet het geval is. De DH stuurt het zorgkantoor dan een Mutatiebericht (MUT18) zodat duidelijk wordt dat iemand op een wachtlijst staat voor verblijfszorg. De DH levert daarbij de juiste wachtstatus/classificatie aan. Afhankelijk van de cliëntsituatie: Wacht op voorkeur, Actief plaatsen of Urgent plaatsen (zie paragraaf 2.5). De DH vraagt (tegelijktijd) de noodzakelijke overbruggingszorg aan voor ZIN via een AAT.
- De DH bespreekt de impact van een bepaalde status/classificatie altijd met de cliënt, naaste of wettelijk vertegenwoordiger.
- De DH blijft verantwoordelijk voor het actueel houden ('op maat') van de status/classificatie bij een cliënt. Dit gebeurt in overleg met de cliënt en CZT. De actuele status of classificatie wordt via iWlz doorgegeven aan het zorgkantoor. Daardoor geeft de (landelijke) wachtlijstinformatie een beter beeld van de wachtlijstproblematiek en is dit input voor invulling van het wachtlijstbeheer door zorgkantoren en zorgaanbieders.
- Is er sprake van een onverantwoorde thuissituatie bij een cliënt én kan de DH op korte termijn geen plaats aanbieden? Dan zoekt de DH, in overleg met de cliënt, naaste of (wettelijk) vertegenwoordiger, actief naar een tijdelijke opname bij een andere aanbieder. Het zorgkantoor of een OCO kan daarbij ondersteunen. In deze situaties blijft de DH wel verantwoordelijk voor het zo snel mogelijk doorplaatsen van de cliënt naar zijn voorkeuraanbieder/ voorkeurlocatielocatie (in de situatie van tijdelijke overbruggingszorg of crisiszorg). De voorkeur van de cliënt blijft daarin leidend.

<sup>131</sup> In de situatie dat iemand zorg thuis volledig via Pgb wil realiseren, levert de DH ook een Mutatiebericht aan (MUT12- Einde zorg), zonder een zorgtoewijzing aan te vragen. De cliënt neemt hiervoor zelf initiatief richting zorgkantoor.

### De dossierhouder en wachtlijstbeheer

- De DH is verantwoordelijk voor een juiste volgorde van opname. Cliënten met de wachtstatus Urgent plaatsen en Actief plaatsen gaan in principe voor op cliënten met de wachtstatus Wacht op voorkeur (zie paragraaf 2.5). De DH houdt bij de wachtstatus Urgent plaatsen en Actief plaatsen ook rekening met de prioriteit in de classificaties.
- De DH bewaakt dat een cliënt met de meeste wachtdagen voor een locatie, het eerste een plaats krijgt aangeboden als er sprake is van gelijke wachtstatus/ classificatie en gelijke geschiktheid van cliënten. Afhankelijk van bijvoorbeeld de aard van de zorgvraag, samenstelling van de groep of de context van de beschikbare plaats, kan een aanbieder hier gemotiveerd van afwijken.
- De DH zorgt ervoor dat iemand die oorspronkelijk de status Urgent Plaatsen of Actief plaatsen had én door de urgentie van zijn situatie tijdelijk is opgenomen bij een andere aanbieder, (opnieuw) de status Actief plaatsen krijgt met classificatie Voorkeuraanbieder leidend. De DH plaatst deze cliënten zo snel mogelijk. Deze cliënten gaan in principe voor op cliënten met de status Actief plaatsen die geen tijdelijke oplossing hoefden te accepteren (zie paragraaf 2.5). Tenzij de cliënt tevreden is met de huidige zorgaanbieder. De cliënt wordt dan van de wachtlijst afgehaald bij de voorkeuraanbieder. Zorgkantoren monitoren deze groep cliënten in het wachtlijstbeheer.
- Wordt voor de overbruggingszorg een beroep gedaan op extra budget, bijvoorbeeld de toeslag Extra kosten thuis (EKT)? Dan is dit géén reden om de status Urgent plaatsen of Actief plaatsen te krijgen bij de toegewezen verblijfszorg. Deze toeslag is bij de reguliere zorg thuis ook gewoon voor iedereen beschikbaar. Tenzij de situatie thuis onverantwoord is maar er niet meer zorg ingezet hoeft te worden, bijvoorbeeld omdat dit wordt opgevangen door de aanwezige mantelzorg.
- Uitgangspunt is dat verblijfszorg voor een cliënt met wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen binnen de streefnorm wordt gerealiseerd<sup>132</sup>. De streefnorm is afhankelijk van de combinatie status/ classificatie. Daarom wordt overbruggingszorg in deze situaties kortdurend toegewezen: maximaal 12 weken bij de status Urgent plaatsen en maximaal 26 weken bij de status Actief plaatsen. In overleg met het zorgkantoor is verlenging mogelijk als bijvoorbeeld een passende plaats binnen afzienbare termijn vrijkomt.
- Lukt plaatsing binnen de streefnorm niet dan wordt tijdelijk naar een andere zorgaanbieder gezocht. Dat gebeurt uit het oogpunt van doelmatige en verantwoorde inzet van zorg. Uitzondering hierop vormt een cliënt in een terminale levensfase. Voor deze cliënten wordt direct gestuurd op plaatsing bij zijn voorkeuraanbieder.
- Bij een cliënt met de status Wacht op voorkeur wordt de overbruggingszorg voor de duur van het indicatiebesluit toegewezen. In de meeste gevallen zal de zorgtoewijzing voor de overbruggingszorg dan geen einddatum hebben. Tenzij er een reden is om hiervan af te wijken, bijvoorbeeld bij inzet van ondoelmatige overbruggingszorg. In deze situatie stemmen de zorgaanbieder en het zorgkantoor onderling af. In dit overleg wordt besproken of de huidige wachtstatus bij de cliënt nog wel passend is.

---

<sup>132</sup> De zorgaanbieder en het zorgkantoor monitoren het tijdig leveren van noodzakelijke zorg aan cliënten via bijvoorbeeld een interne rapportage.



## 4.3 Vormen van verblijfszorg

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

1. Kortdurende verblijfszorg (zie paragraaf 3.3.17).
2. Deeltijdverblijf.
3. Verblijf in een instelling.
4. Crisiszorg in een instelling.
5. Verblijf in een instelling of VPT, met intramurale toeslag anders dan toeslag Meerzorg.
6. Verblijf in een instelling of VPT, met toeslag Meerzorg.
7. Verblijf in een instelling, in combinatie met zorg thuis.
8. Verblijf in een instelling (zonder behandeling), met (tijdelijk) behandeling.
9. Overbruggingszorg in een instelling.
10. Dagbesteding, naast verblijf in een instelling.
11. Partneropname.

### 4.3.1 Deeltijdverblijf

Wordt de zorg thuis voor een cliënt (te) zwaar voor familie of mantelzorg? Of is dit moeilijk te combineren met de gezins- of werksituatie? Dan kan met inzet van deeltijdverblijf iemand langer thuis blijven wonen óf geleidelijk wennen aan overgang naar volledige verblijfszorg. Deeltijdverblijf is een tussenoplossing als logeren (1, 2 of 3 etmalen per week) of volledig verblijf (5, 6 of 7 etmalen per week) (nog) niet de gewenste oplossing is.

Iemand kan zijn voorkeur voor DTV al bij de indicatiestelling aangegeven. Daarnaast kan er later ook altijd een aanvraag voor DTV worden gedaan. Is er nog geen plaats beschikbaar, dan kan iemand hiervoor op de wachtlijst worden geplaatst. Via de (landelijke) wachtlijstinformatie is de behoefte aan DTV zo in beeld te brengen.

#### 4.3.1.1 Wat is deeltijdverblijf

Bij deeltijdverblijf wordt verblijfszorg in een vast patroon gecombineerd met zorg thuis. Omdat er sprake is van een vaste structuur, is deeltijdverblijf (DTV) terug te rekenen naar een gemiddelde, wekelijkse inzet en kan DTV voor een lange periode worden aangevraagd.

Hoe kan dit vaste patroon er uit zien?

- Deeltijdverblijf in een wekelijkse combinatie met zorg thuis. Iemand krijgt dan gemiddeld 3,5 of 4 of 4,5 etmalen per week aaneengesloten verblijfszorg. Ofwel: per 2 weken woont iemand dan 7, 8 of 9 etmalen niet thuis. Op de overige dagen woont iemand thuis en kan hij MPT en/of Pgb krijgen.
- Deeltijdverblijf kan ook week op week af worden ingezet. Iemand krijgt dan een hele week verblijfszorg. De week erna woont een cliënt thuis en kan thuis zorg krijgen. In deze situatie maakt iemand dan gemiddeld 3,5 etmaal per week gebruik van deeltijdverblijf.
- Een kamer voor deeltijdverblijf kan via een vast patroon gedeeld worden met een andere bewoner voor DTV of bijvoorbeeld ingezet worden voor logeeropvang (in het weekend). Uitgangspunt is dat de kamer zo volledig mogelijk wordt bezet.

## **(Medische) Zorg**

### Deeltijdverblijf:

- Kan worden ingezet voor iedereen die een Wlz-indicatie heeft en Wlz-zorg thuis kan krijgen.
- Kan de best passende oplossing zijn maar kan ook gebruikt worden om een cliënt geleidelijk aan te laten wennen aan een definitieve opname.
- Kan niet als reguliere zorg worden ingezet bij de zorgprofielen: GGZB, SGLVG, LVG, gVVb, VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis1.
- Kan niet als overbruggingszorg worden ingezet bij de zorgprofielen: GGZB, SGLVG, LVG, gVVb, VV1, VV2, VV3, VG1, VG2, LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis1. Tenzij de cliënt al gebruik maakte van DTV vóórdat een indicatie voor een van deze zorgprofielen werd afgegeven.
- Wordt alleen geleverd via ZIN (het verblijfsdeel: DTV, Opname Ja).
- Kan alleen gecombineerd worden met een MPT, Pgb of combinatie van MPT/ Pgb. Voor het MPT-deel geldt dat dit wordt aangevraagd via leveringsvorm DTV, Opname Nee.
- Kan niet gecombineerd worden met een VPT.
- Kan niet gecombineerd worden met structureel weekendverlof.
- Kan niet gecombineerd worden met structureel logeren (MPT).
- Kan wel gecombineerd worden met incidenteel logeren.
- Kan gecombineerd worden met een intramurale toeslag. Is er een aanvullende intramurale toeslag noodzakelijk? Neem dan contact op met het zorgkantoor om dit door te spreken. Een intramurale toeslag wordt nooit aangevraagd via een aanvraag aangepaste zorgtoewijzing (AAT).
- Kan gecombineerd worden met dagbesteding die via een andere zorgaanbieder wordt geleverd of met een Pgb die wordt ingekocht (zie 4.3.1.2 Procesafspraken deeltijdverblijf).
- Kan gecombineerd worden met behandeling. Behandeling tijdens het deeltijdverblijf wordt via het MPT aangevraagd (of loopt via de Zvw, behandeling GGZW).

### **Declaratie-afspraken rondom DTV**

- DTV wordt gedeclareerd als een aparte verblijfsprestatie zonder dagbesteding en zonder behandeling. Daardoor houdt een cliënt zijn eigen huisarts<sup>133</sup>, tandarts (mondzorg) en farmaceutische zorg (medicijnen)/ apotheek die vanuit de Zvw worden betaald;
- Bij DTV mogen afwezigheidsdagen worden gedeclareerd. Bijvoorbeeld als iemand tijdelijk is opgenomen bij een andere aanbieder voor medisch-specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ of revalidatiezorg.
- Voor het declareren van afwezigheidsdagen geldt wel als voorwaarde dat iemand voorafgaand minimaal 14 dagen gebruik heeft gemaakt van DTV volgens een vast wekelijks patroon. Het aantal afwezigheidsdagen dat hiervoor per kalenderjaar gedeclareerd kan worden is afhankelijk van dit wekelijkse patroon: bij 3,5 dag DTV/ 12 afwezigheidsdagen, bij 4 dagen DTV/ 14 afwezigheidsdagen en bij 4,5 dag DTV/ 16 afwezigheidsdagen.

---

<sup>133</sup> Voor de huisartsenzorg zal de praktijk dan zijn dat een cliënt tijdens het deeltijdverblijf voor uitstelbare zorg gewoon naar zijn huisarts gaat als hij weer thuis is. En voor acute zorg tijdens het deeltijdverblijf of naar zijn eigen huisarts/huisartsenpost als dit dichtbij is óf als passant naar een huisarts/huisartsenpost dicht bij de locatie van het deeltijdverblijf. (De SO/AVG leveren bij DTV in principe geen huisartsenzorg, wel Wlz-behandeling op de achtergrond in de instelling).

- Net zoals bij logeren mogen er geen mutatiedagen worden gedeclareerd.
- Leegstand wordt niet vergoed.
- De wissel-dag van deeltijdverblijf naar huis kan niet gedeclareerd worden via een Deeltijdverblijf-prestatie. De inzet van zorg thuis op de wissel-dag kan wel gedeclareerd worden.

### **Vervoer, hulpmiddelen en roerende voorzieningen**

- Om een beroep te kunnen doen op bijvoorbeeld hulpmiddelen thuis, blijft de cliënt in het BRP ingeschreven op zijn thuisadres (en niet op het adres van de instelling voor DTV).
- Heeft iemand hulpmiddelen nodig als hij gebruik maakt van deeltijdverblijf? Thuis en/of in de instelling? Dan worden deze vergoed door de gemeente, zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Welk hulpmiddel door welke partij wordt vergoed staat in bijlage F. In deze bijlage is ook de vergoeding van hulpmiddelen bij logeren en volledig verblijf uitgewerkt.
- Uitgangspunt voor hulpmiddelen bij deeltijdverblijf is dat iemand die mee naar de instelling en naar huis neemt. Is dat niet mogelijk dan kan in bepaalde gevallen een tweede exemplaar worden aangevraagd. Dit staat verder uitgewerkt op [www.informatielangdurigezorg.nl](http://www.informatielangdurigezorg.nl).
- Een cliënt met een GGZ, LG, ZG of VG-zorgprofiel kan naast deeltijdverblijf ook dagbesteding of dagbehandeling krijgen van een andere zorgaanbieder. Het vervoer hiernaartoe, zowel vanuit huis als vanuit de instelling wordt altijd uit de Wlz betaald. Het vervoer wordt vergoed overeenkomstig de regelgeving rondom vervoer vanuit de Wlz. Meer informatie over vervoer naar deeltijdverblijf (wisseldagen) staat in bijlage F.

### **Eigen bijdrage CAK**

- Voor inzet van DTV geldt een andere eigen bijdrage dan voor zorg thuis. Dat komt omdat iemand gemiddeld meer tijd (etmalen) per week op een ander adres verblijft. Iemand woont dan volgens wet- en regelgeving niet meer thuis. Het is belangrijk dat de cliënt dit weet.
- Gemiddeld 3,5 etmaal per week: lage intramurale eigen bijdrage (net zoals VPT).
- Gemiddeld 4 of 4,5 etmalen per week: hoge intramurale eigen bijdrage.
- Bespreek dit als zorgaanbieder altijd zorgvuldig met een cliënt. Ook zorgkantoren geven hierover informatie aan de cliënt. Verwijs zo nodig naar het CAK om het effect van deze keuze door te (laten) rekenen (zie bijlage B).
- Deeltijdverblijf wordt uitgesplitst in Deeltijdverblijf, Opname: Ja (verblijfsdeel) en Deeltijdverblijf, Opname: Nee (zorg thuis op de overige dagen). In deze situaties wordt voor de zorg thuis (ZIIN) niet leveringsvorm MPT toegewezen maar dus ook Deeltijdverblijf (Opname Nee). Wordt de zorg thuis (deels) via Pgb geleverd, dan geldt dit niet voor het Pgb-deel omdat het uitvoeringsproces Pgb hierdoor wordt verstoord.
- De zorgaanbieder die DTV gaat leveren, vult in de melding aanvang zorg (MAZ/AW35) altijd het gemiddelde aantal etmalen (3,5 of 4 of 4,5) dat per week wordt geleverd.
- Krijgt een cliënt Deeltijdverblijf Opname Ja en ook Deeltijdverblijf opname Nee? Dan geven alle betrokken zorgaanbieders in de MAZ de leveringsvorm DTV door én hetzelfde aantal etmalen DTV dat voor het verblijfsdeel wordt ingezet.
- In de MAZ voor DTV kan namelijk niet worden doorgegeven of het om DTV Opname Ja of Opname Nee gaat. Voor de eigen bijdrage heffing door het CAK is de leveringsvorm DTV relevant en het aantal etmalen per week.

### 4.3.2 Zorgtoewijzingsproces Deeltijdverblijf

#### Zorgtoewijzingsproces DTV

- Het zorgkantoor vult bij toewijzing van DTV de voorkeuraanbieder in het veld dossierhouder (DH) omdat deeltijdverblijf gezien wordt als een verblijfsvorm.
- Als een cliënt voorkeur heeft voor DTV dan wijst het zorgkantoor dit de (1<sup>e</sup> keer) toe met een percentage van 1% en een vast aantal etmalen (3,5) bij DTV Opname Ja. Dit percentage is een trigger voor zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor om goed met de cliënt over deze aanvraag te overleggen (hoeveel etmalen) en verwachtingen over beschikbaarheid te managen. En eventueel (tijdelijk) alternatieve mogelijkheden te bespreken.
- Het niet direct toewijzen van een percentage van 100% is ook een trigger om de aanvraag goed voor te bereiden. Zeker als DTV gecombineerd wordt met zorg thuis en er op de dagen dat iemand DTV krijgt dagbesteding en/of behandeling nodig is (zie rekensystematiek).
- Om ervoor te zorgen dat er een juiste verdeling van het toe te wijzen percentage staat bij Deeltijdverblijf, Opname Ja en Deeltijdverblijf, Opname Nee, levert de aanbieder altijd een Rekenmodule aan. Als het vullen van de Rekenmodule problemen oplevert dan kan het zorgkantoor daarbij helpen.
- Is er twijfel of op de andere dagen de zorg thuis (DTV, Opname Nee) verantwoord kan worden geleverd, dan levert de DH ook het Adviesformulier aan. Daarvoor zijn in ieder geval afspraken met de huisarts en aanwezigheid van noodzakelijke hulpmiddelen en roerende voorzieningen thuis relevant.
- Na de eerste zorgtoewijzing voor Deeltijdverblijf, Opname Ja aan een zorgaanbieder (DH), kan alleen de DH via iWlz een nieuwe AAT (AW39-bericht) aanvragen, zowel voor deeltijdverblijf (Opname Ja) als voor het deel zorg thuis (DTV, Opname Nee). Dat kan niet worden gedaan door een CZT omdat DTV wordt gezien als een verblijfsvorm. Een CZT is alleen te koppelen aan leveringsvorm MPT. De aanbieders die bij een cliënt betrokken zijn stemmen daarom onderling goed af.
- Gaat dezelfde zorgaanbieder zowel het verblijfsdeel (DTV, Opname Ja) als het deel voor zorg thuis leveren (DTV, Opname Nee)? Dan wordt er één zorgtoewijzing aangemaakt voor DTV, Opname Ja (100%).
- Is DTV niet direct mogelijk maar wil en kan de cliënt hier wel op wachten? Dan vraagt de DH via een AAT overbruggingszorg aan, bijvoorbeeld MPT of VPT. Bij een aanvraag voor MPT vult de DH de aanbieder die het MPT gaat leveren in het veld Coördinator zorg thuis. De CZT kan voor het MPT dan gewoon wel zelf een AAT aanvragen als de zorgvraag wijzigt.

#### Zorgtoewijzingsproces van Zorg thuis naar DTV

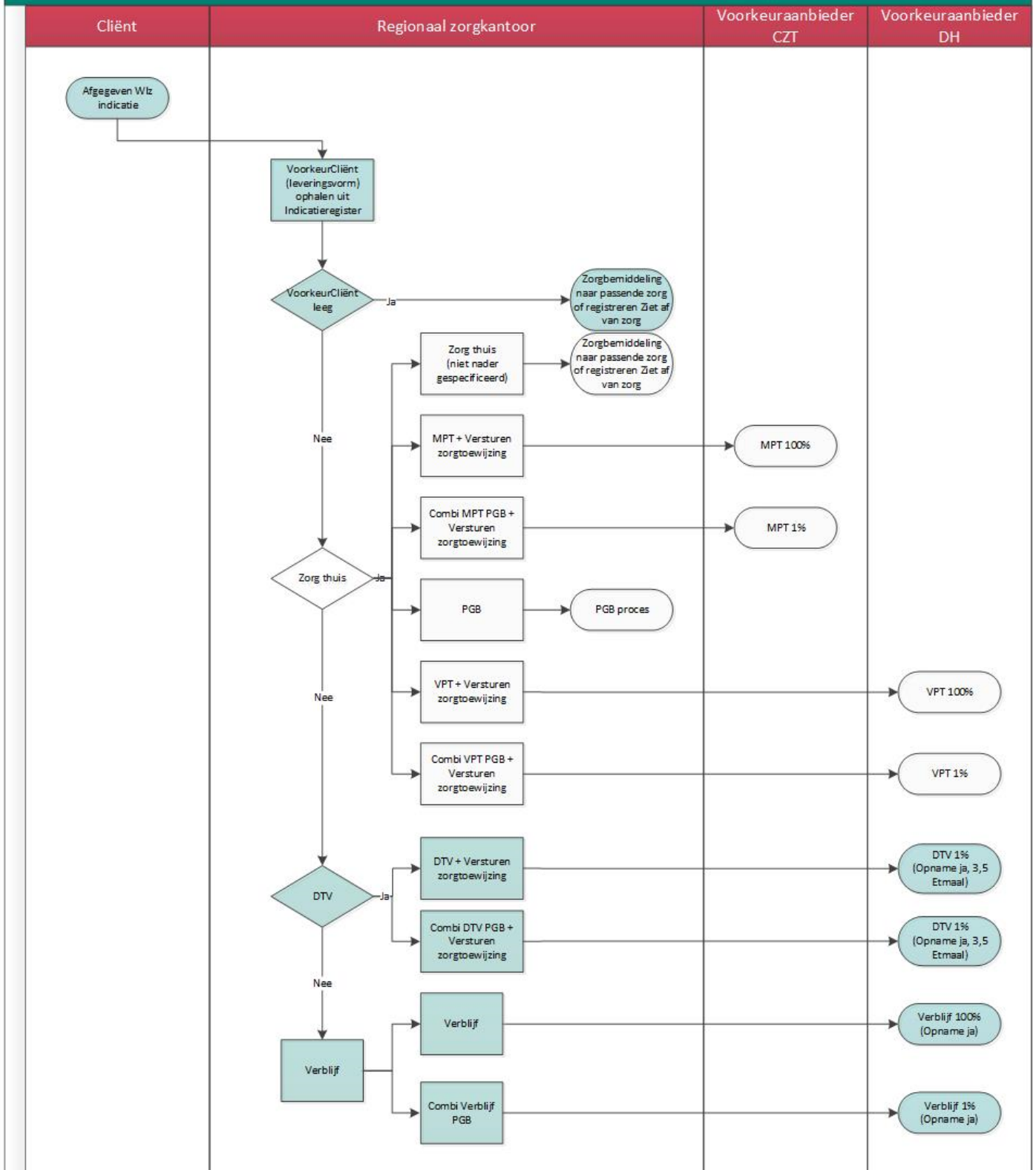
- Woont iemand thuis, krijgt de cliënt zorg via MPT en is er een wens voor DTV? Maar heeft de DTV-aanbieder een wachtlijst? Dan vraagt de CZT alleen de leveringsvorm DTV, Opname Ja aan met een percentage van 1%. De CZT vraagt dus nog geen DTV, Opname Nee aan voor de te regelen zorg thuis. Dat gebeurt pas als er een plaats beschikbaar is. De CZT neemt in de AAT op wie de voorkeuraanbieder is voor DTV (en daarmee de DH).
- Het juiste % en verdeling van de percentages over DTV Opname Ja en DTV Opname Nee is pas zinvol als er feitelijk een plaats beschikbaar is. Tot die tijd kan de zorg voor een cliënt nog (aanzienlijk) wijzigen.

- Woont iemand thuis zonder Wlz-zorg te krijgen. Is er al wel een zorgtoewijzing voor DTV maar is hiervoor nog geen plaats en is in de wachtperiode wel zorg nodig? Dan vraagt de DH (DTV) overbruggingszorg aan via een AAT. Dat gebeurt in overleg met de cliënt. Afhankelijk van de situatie kan dat VPT of MPT zijn (een aanvraag voor Pgb loopt via de cliënt/ budgethouder zelf).

#### Zorgtoewijzingsproces van DTV naar Verblijf

- Wil iemand graag gebruik maken van DTV, ter voorbereiding op verblijfszorg? En staat deze cliënt op de wachtlijst voor verblijfszorg? Dan vraagt de DH (voor verblijfszorg) via een AAT een zorgtoewijzing aan voor de DTV-aanbieder met soort zorgtoewijzing Overbrugging en DTV, Opname Ja. Eventueel aangevuld met DTV, Opname Nee (voor de zorg thuis).
- Kan de cliënt direct terecht bij de DTV-aanbieder (Opname Ja)? Dan wordt deze aanbieder als DH in de AAT opgenomen en is dan (tijdelijk) het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor het coördineren van de zorg in de thuissituatie. Er kan altijd maar één zorgaanbieder de rol van DH hebben. Het is logisch dat dit de aanbieder is die op dat moment de cliënt het beste kan volgen.
- Krijgt een cliënt al DTV (reguliere zorg, geen overbruggingszorg). Dan is deze zorgaanbieder de DH. Ontstaat er een behoefte aan verblijfszorg bij dezelfde zorgaanbieder (bij een gelijk blijvend geïndiceerd zorgprofiel)? Dan vraagt deze DH via een AAT een reguliere zorgtoewijzing aan voor leveringsvorm Verblijf. En gelijktijdig wordt bij het zorgkantoor de leveringsvorm DTV (Opname Ja en/of Opname Nee) aangevraagd met soort zorgtoewijzing Overbrugging.

## Eerste zorgtoewijzing Verblifzorg en DTV (voorkeuraanbieder bekend)



Figuur 14 Eerste zorgtoewijzing Verblifzorg en DTV

#### Rekensystematiek DTV

- Door de combinatie van verblijfszorg en zorg thuis geldt voor DTV een afwijkende rekenmethodiek voor het berekenen van het percentage.
- Het budget is opgebouwd uit de totale kosten van deeltijdverblijf (DTV-prestaties) en eventueel zorg thuis (MPT-prestaties en/of Pgb).
- Dit basisbudget wordt, net zoals bij de leveringsvormen voor zorg thuis, uitgedrukt in een percentage van 100% (DTV, Opname Ja). De 100% verwijst naar het NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel (deeltijdverblijf exclusief dagbesteding, exclusief behandeling).
- Per verschillende aantal etmalen DTV Opname Ja (3,5 of 4 of 4,5) is het basisbudget 100%.
- Omdat DTV-prestaties altijd exclusief behandeling zijn, wordt de noodzakelijke behandeling die tijdens het deeltijdverblijf wordt geleverd, in het budget voor zorg thuis meegerekend (DTV, Opname Nee). Dat geldt niet voor zorgprofielen GGZW. De noodzakelijke behandeling naast DTV wordt betaald via de Zvw.
- DTV-prestaties zijn altijd exclusief dagbesteding. Wordt er dagbesteding ingezet tijdens het deeltijdverblijf? Dan wordt ook deze dagbesteding meegerekend in het budget voor zorg thuis (DTV, Opname Nee of Pgb). Het basisbudget voor zorg thuis (dat naast het budget voor DTV) beschikbaar is, is daarvoor opgehoogd met het Pgb weekbudget voor dagbesteding uit de tarieventabel Pgb.
- Let op: Bij VV-zorgprofielen is er geen aparte component voor dagbesteding naast het DTV-tarief (net zoals bij verblijfszorg is dagbesteding onderdeel van het tarief). Bij de GZ- en GGZW-zorgprofielen wordt er wel een aparte component voor dagbesteding onderscheiden naast het DTV-tarief (DTV, Opname Nee).
- De dagbesteding (ZIN) tijdens het DTV wordt als MPT-prestatie gedeclareerd.
- Om te bepalen welk budget beschikbaar is voor de zorg thuis (DTV, Opname Nee), wordt het basisbudget gecorrigeerd voor het aantal etmalen dat iemand gebruik maakt van DTV. Maakt een cliënt bijvoorbeeld wekelijks 4 etmalen gebruik van DTV (4/7 deel)? Dan resteert voor zorg thuis 3/7 deel van het basisbudget. Via de Rekenmodule kan het beschikbare budget voor zorg thuis worden teruggerekend.
- Eventuele extra budget voor zorg thuis (bijvoorbeeld EKT) wordt berekend over het basisbudget voor zorg thuis. De Rekenmodule helpt bij de berekening van het juiste budget en het bijbehorende % dat in de AAT moet worden aangevraagd.
- Bij een structurele wijziging van het gemiddelde aantal etmalen DTV per week is een aanvraag van een nieuwe zorgtoewijzing nodig voor het juiste % bij DTV, Opname Ja en DTV, Opname Nee.

Soort zorg	Voorgestelde/Te declareren prestatie	Etmalen/ Dagdelen	Zorgaanbieder (agb-code)	Afgerond percentage
Deeltijdverblijf Opname: Ja	Do61 DTV 6VV	4 etmalen	Bloemenweide (12351235)	85%
Deeltijdverblijf Opname: Nee	H104 Verpleging H117 Huishoudelijke hulp H126 Persoonlijke verzorging	60 min 60 min 60 min	Zonneheuvel (56795679)	8% 3% 5%

Voorbeeld 4 Ingevulde aanvraag Rekenmodule DTV

### 4.3.3 Voorbeeld wachtstatus Deeltijdverblijf

Sara Jansen heeft een verstandelijke beperking en woont thuis bij haar familie. Ze gaat 5 dagen per week naar zorgboerderij De Paarderij. Door een toenemende zorgvraag raakt het gezin overbelast. Er wordt een Wlz-indicatie aangevraagd met voorkeur voor Deeltijdverblijf bij De Klaproos, een zorgaanbieder in de buurt. Het CIZ indiceert zorgprofiel 4VG: Wonen met begeleiding en intensieve verzorging. Het zorgkantoor stuurt dezelfde dag een zorgtoewijzing.

Zorgkantoor haalt Indicatiegegevens op uit Indicatieregister op 29-01-2021	AW33 (verzonden op 29-01-2021) Van Zorgkantoor naar De Klaproos
<p><b>Indicatie</b>  Besluitnummer: 301  Soort indicatie: CIZ  1<sup>e</sup> Grondslag: Verstandelijke handicap  2<sup>e</sup> Grondslag: Psychiatrische aandoening  Afgiftedatum IB: 29-01-2021  Ingangsdatum IB: 29-01-2021  Einddatum IB: geen  Meerzorg: Nee</p> <p><b>Geïndiceerd: zorgprofiel 4VG</b>  Ingangsdatum: 29-01-2021  Einddatum: geen  VoorkeurCliënt: Deeltijdverblijf  Voorkeuraanbieder: De Klaproos  Financiering: Wlz</p>	<p><b>Toegewezen: zorgprofiel 4VG</b>  Instelling: De Klaproos  Soort zorgtoewijzing: Regulier  Toewijzingsdatum: 29-01-2021  ToewijzingPercentage: 1%  ToewijzingIngangsdatum: 29-01-2021  ToewijzingEinddatum: geen/leeg  Etmalen: 3,5  Leveringsvorm: Deeltijdverblijf  Dossierhouder: De Klaproos  Opname: Ja</p>

Voorbeeld 5a

De Klaproos heeft nog geen plaats, Sara wordt op de wachtlijst geplaatst voor DTV. De Klaproos stuurt op 1 februari 2021 voor de leveringsvorm DTV een Mutatiebericht/ MUT18 (Zorgaanbieder kan de zorg nog niet leveren), met **wachtstatus Wacht op voorkeur** en **classificatie Specifieke locatie/ woonwens**. Daarnaast wordt een AAT aangevraagd voor MPT (thuiszorg en dagbesteding) met startdatum 1 februari. De Klaproos gaat zelf thuiszorg leveren. De dagbesteding kan doorlopen bij Zorgboerderij De Paarderij omdat die ook gecontracteerd is voor de Wlz. Het zorgkantoor verstuurt op 3 februari 2021 de volgende zorgtoewijzingen (AW33).



AW39 (verzonden op 01-02-2021) Van De Klaproos naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 03-02-2021) Van Zorgkantoor naar De Klaproos en Zorgboerderij De Paarderij
<b>Beëindiging/Mutatie Wlz-zorg</b> Besluitnummer: 301 Zorgprofiel: 4VG ToewijzingIngangsdatum: 29-1-2021 Instelling: De Klaproos Mut-code: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren) Mutatiedatum: 01-02-2021 Leveringsstatus: Wacht op voorkeur Classificatie: Specifieke locatie/woonwens Leveringsvorm: Deeltijdverblijf	Instelling: De Klaproos Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 03-02-2021 ToewijzingPercentage: 1% ToewijzingIngangsdatum: 29-01-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: Deeltijdverblijf (DTV) Etmalen: 3,5 Dossierhouder: De Klaproos Opname: Ja
<b>Aanvraag (AAT)</b> Besluitnummer: 301 Afgiftedatum IB: 29-01-2021 Instelling: De Klaproos Zorgprofiel: 4VG Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Klaproos Doelmatig: Ja Bijzondere situatie: n.v.t. Verantwoord: Ja	Instelling: De Klaproos Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Toewijzingsdatum: 03-02-3021 ToewijzingPercentage: 67% ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Klaproos
<b>Aanvraag (AAT) instelling</b> De Klaproos Soort zorgtoewijzing: Overbrugging ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg ToewijzingPercentage: 67%  Zorgboerderij De Paarderij Soort zorgtoewijzing: Overbrugging ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg ToewijzingPercentage: 33%	Instelling: Zorgboerderij De Paarderij Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Toewijzingsdatum: 03-02-3021 ToewijzingPercentage: 33% ToewijzingIngangsdatum: 01-02-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: MPT Coördinator zorg thuis: De Klaproos

Voorbeeld 5b

De Klaproos stuurt op 4 februari 2021 een MAZ naar het zorgkantoor. De Paarderij doet dit op 5 februari. Het zorgkantoor stuurt via iWlz informatie door naar het CAK voor het opleggen van de eigen bijdrage. Bij het MPT wordt geen informatie over de leverende zorgaanbieder doorgestuurd naar het CAK. (Zijn er meer zorgaanbieders betrokken dan is het niet logisch om maar 1 aanbieder op te nemen op de factuur.) Belangrijk is de juiste startdatum van het MPT.

Vanaf 3 mei 2021 gaat De Klaproos DTV leveren (3,5 etmaal). Sara woont afwisselend een week bij De Klaproos en een week thuis. In de week dat Sara thuis woont, blijft de thuiszorg en dagbesteding ongewijzigd. De Klaproos stuurt op 29 april een AAT om de juiste percentages voor DTV aan te vragen. Het MPT wordt daarbij voor De Paardery omgezet naar DTV, Opname: Nee. De Klaproos telt voor zichzelf het % DTV Opname: Ja en het % DTV Opname: Nee bij elkaar op én vraagt dit in één percentage aan onder DTV Opname: Ja. Het zorgkantoor stuurt op 3 mei de aangepaste zorgtoewijzingen naar de zorgaanbieders Omdat de zorg thuis bij dezelfde aanbieders doorloopt, weten die dat de overbruggingszorg thuis overgaat in reguliere zorg thuis onder leveringsvorm DTV.

AW39 (verzonden op 29-04-2021) Van De Klaproos naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 03-05-2021) Van Zorgkantoor naar De Klaproos en Zorgboerderij De Paardery
<b>Aanvraag (AAT)</b> Besluitnummer: 301 Afgiftedatum IB: 29-01-2021 Instelling: De Klaproos Zorgprofiel: 4VG Etmalen: 3,5 Leveringsvorm: Deeltijdverblijf Dossierhouder: De Klaproos Doelmatig: Ja Verantwoord: Ja	Instelling: De Klaproos Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 03-05-2021 ToewijzingPercentage: 85% ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: Deeltijdverblijf Etmalen: 3,5 Dossierhouder: De Klaproos Opname: Ja (DTV)
<b>Aanvraag (AAT) instelling</b> Instelling: De Klaproos Soort zorgtoewijzing: Regulier ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg ToewijzingPercentage: 85% Opname: Ja (DTV)	Instelling: Zorgboerderij De Paardery Toegewezen zorgprofiel: 4VG Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 03-05-2021 ToewijzingPercentage: 33% ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: Deeltijdverblijf Etmalen: 3,5 Dossierhouder: De Klaproos Opname: Nee (DTV)
Instelling: De Paardery Soort zorgtoewijzing: Regulier ToewijzingIngangsdatum: 03-05-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg ToewijzingPercentage: 33% Opname: Nee (DTV)	

#### Voorbeeld 5c

Beide zorgaanbieders sturen op 3 mei nog een MAZ. Zorgboerderij De Paardery vult in de MAZ 3,5 etmalen bij het DTV. Dit is hetzelfde aantal etmalen als bij DTV Opname: Ja. Het aantal etmalen DTV Opname: Ja, bepaalt de hoogte van de eigen bijdrage. Het zorgkantoor stuurt de informatie op naar het CAK om de start van het Deeltijdverblijf en het aantal etmalen door te geven. Het CAK concludeert op basis van de MAZ op MAZ-situatie dat het MPT beëindigd is.

De Klaproos en Zorgboerderij De Paardery hoeven bij het zorgkantoor geen MEZ (MUT-bericht) aan te leveren voor het MPT. Door de MAZ op het regulier toegewezen Deeltijdverblijf wordt de overbruggingszorg (automatisch) ingetrokken door het zorgkantoor.

#### 4.3.4 Zorgtoewijzingsproces Verblijf

Heeft een cliënt een opnamebehoefte voor intramurale zorg<sup>134</sup> en kan de DH niet direct een passende plaats aanbieden? Dan plaatst de DH de cliënt op de wachtlijst voor deze locatie<sup>135</sup>. De DH geeft via het Mutatiebericht (AW39) de juiste wachtstatus en classificatie door aan het zorgkantoor en vraagt (gelijktijdig) de noodzakelijke overbruggingszorg aan.

#### Voorkeurlocatie zonder eigen agb-code

Heeft een zorgaanbieder niet voor elke locatie een eigen agb-code? Dan is het in iWlz niet mogelijk om een cliënt als wachtend te registreren bij een locatie zonder eigen agb-code. De cliënt staat in deze situaties op de wachtlijst van een locatie die wel een eigen agb-code heeft. Wordt de cliënt opgenomen, maar niet bij de voorkeurlocatie (zonder eigen agb-code)? dan is de wens van een cliënt nu alleen zichtbaar te maken via het apart bijhouden van een schaduw wachtlijst door de zorgaanbieder.

#### 4.3.4.1 Zorg thuis tot opname (DTV, VPT, MPT en/of Pgb)

Woont iemand nog thuis dan kan de wachttijd tot opname worden overbrugd met zorg thuis op voorwaarde dat deze (doelmatig en) verantwoord is. De wachttijd kan ook overbrugd worden met tijdelijk verblijf in een andere instelling (zie Bijlage G, voorbeeld familie Yusuf).

#### Zorgtoewijzingsproces Overbruggingszorg thuis

- De DH vraagt de eerste keer altijd de noodzakelijke overbruggingszorg aan.
- Wordt overbruggingszorg ingezet via MPT, dan is er in iWlz altijd sprake van een DH én een CZT. Zodra de CZT bekend is kan deze het regelen van overbruggingszorg overnemen van de DH. De CZT heeft daarvoor zelf geen reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg nodig.
- Via een AAT kan maar één leveringsvorm worden aangevraagd. Een AAT kan bijvoorbeeld niet gelijktijdig de leveringsvorm Verblijf én MPT bevatten. Verder moet de CZT (of DH) altijd alle actuele zorgtoewijzingen van de betrokken zorgaanbieders voor deze leveringsvorm opnemen in de AAT. Ook als er voor een van de zorgaanbieders niets verandert aan de huidige zorgtoewijzing. Gebeurt dat niet, dan wordt 'een vergeten' periode niet opnieuw toegewezen. De zorgaanbieder loopt hierover een financieel risico omdat de meeste zorg niet gedeclareerd kan worden zonder geldige zorgtoewijzing.
- Had iemand al een zorgtoewijzing voor verblijfszorg en is overbruggingszorg nodig in de vorm van MPT. Dan wordt via een AAT alleen het MPT aangevraagd. De zorgtoewijzing voor Verblijf blijft ongewijzigd staan.
- Levert de DH zelf (een deel van) de overbruggingszorg in de vorm van een MPT, dan kan hij de rol van DH én CZT hebben. De aanbieder (agb-code) wordt gevuld bij het veld Dossierhouder (Verblijf) en bij het veld Coördinator zorg thuis (MPT).
- In de situatie dat meerdere aanbieders betrokken zijn bij het leveren van overbruggingszorg via MPT, bespreekt de DH met de cliënt welke aanbieder hiervoor 1e aanspreekpunt is. De DH vult deze aanbieder in het veld Coördinator zorg thuis in de AAT. De DH is niet verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg door de CZT (andere aanbieder) en/of de zorgtoewijzingen die door deze CZT worden aangevraagd bij het zorgkantoor.

<sup>134</sup> Intramurale zorg (intramurale opname) is zorg die een zorgaanbieder binnen de muren van een instelling verleent aan cliënten die minimaal 24 uur in die instelling verblijven.

<sup>135</sup> Voor intramurale zorg of zorg in een geclusterde woonvorm staat voorkeuraanbieder gelijk aan voorkeurlocatie.

- Overbruggingszorg thuis wordt ook in een percentage (budgetcomponent) aangevraagd. Net zoals regulier zorg thuis (zie hoofdstuk 3).
- Voor de aanvraag van overbruggingszorg, overlegt de DH met de CZT over de inhoud van de AAT (overbruggingszorgarrangement op basis van de feitelijke zorgbehoefte van de cliënt). Ze kunnen samen ook besluiten dat de DH hiervoor de 1e keer een percentage van 100% aanvraagt. De CZT bespreekt daarna met de cliënt wat er precies nodig is en vraagt dit % eventueel via een nieuwe AAT aan. De Rekenmodule is daarbij een hulpmiddel
- Levert één zorgaanbieder alle overbruggingszorg en past dit binnen het beschikbare basisbudget voor het geïndiceerde zorgprofiel/leveringsvorm? Dan wordt in de AAT een percentage van 100% aangevraagd, met soort zorgtoewijzing Overbrugging. Doe dit ook als (nog) niet het volledige basisbudget nodig is om de wachtperiode te overbruggen. Zet de zorg thuis dan doelmatig in. In deze situaties hoeft geen lager percentage<sup>136</sup> bij het zorgkantoor te worden aangevraagd.
- Gebruik de Rekenmodule als er meerdere zorgaanbieders zijn betrokken bij de inzet van overbruggingszorg. Bereken hiermee het aan te vragen/te verdelen % per zorgaanbieder.
- Voor het aanleveren van een Rekenmodule en/of het Adviesformulier gelden dezelfde voorwaarden zoals beschreven in paragraaf 3.3 (zie ook figuur 11a en 11b). Vraag de Toeslag Extra Overbruggingszorg thuis aan als geen van deze toeslagen passend is én er sprake is van hoge, ondoelmatige zorg thuis. Start in deze situaties niet de aanvraagprocedure Meerzorg MPT op, als iemand nog geen gebruik maakte van deze toeslag. Dat scheelt onnodige administratieve last. In de situatie dat de toeslag Meerzorg MPT al werd ingezet, hoeft dit niet omgezet te worden naar de toeslag Extra overbruggingszorg thuis.
- Vul bij een aanvraag voor de Toeslag Extra Overbruggingszorg het veld Doelmatig met Nee en het veld Verantwoord met Ja. De DH/CZT vult daarnaast bij het veld BijzondereSituatie: ToeslagOverig, Extra overbruggingszorg Urgent plaatsen of Actief plaatsen (waarde 1). De CZT of DH levert in deze situatie altijd de Rekenmodule en het Adviesformulier aan bij het zorgkantoor. Uit de onderbouwing moet blijken waarom het extra budget nodig is (zie paragraaf 2.5.1). Uitgangspunt is dat dit voor uitzonderingssituaties geldt. De hoeveelheid extra in te zetten overbruggingszorg moet redelijk en te verantwoorden zijn. Het afgesproken budget mag niet worden overschreden. Verder moet duidelijk zijn wat de verwachte duur tot opname is en welke stappen de zorgaanbieder onderneemt om realisatie van verblijfszorg voor de cliënt te bespoedigen.
- Is een aanvraag voor ondoelmatige overbruggingszorg thuis akkoord dan wijst het zorgkantoor deze met terugwerkende kracht toe aan de zorgaanbieder. De gewenste startdatum van de zorgtoewijzing is in deze situaties veelal gelijk aan de aanvraagdatum. Wordt een aanvraag afgewezen? Dan neemt het zorgkantoor contact op met de DH, CZT en/of de cliënt om dit te bespreken.
- Zorgkantoren regelen dat naast de zorgtoewijzing(en) voor de overbruggings zorg<sup>137</sup> thuis, óók de actuele leveringsvorm.

<sup>136</sup> Zorgaanbieders kunnen er wel voor kiezen om het feitelijk noodzakelijke percentage(s) via een AAT aan te vragen als de eigen organisatie hierom vraagt. Bijvoorbeeld vanwege interne verantwoording van geleverde en gedeclareerde zorg. Zijn er meerdere aanbieders bij een cliënt betrokken dan raakt de keuze van een organisatie ook de administratieve last voor de andere zorgaanbieder(s) omdat zij ook altijd nieuwe zorgtoewijzingen ontvangen.

<sup>137</sup> Dat geldt niet alleen voor een aanvraag MPT maar ook voor een aanvraag VPT.

- Verblijf wordt opgenomen in het zorgtoewijzingsbericht (informatieve zorgtoewijzing). Dit bericht (AW33) gaat naar alle aanbieders die op dat moment bij een cliënt zijn betrokken. Zo heeft iedereen beeld bij de actuele zorgvraag.
- Een cliënt kent in iWlz formeel één dossierhouder (één agb-code). In de situatie dat DTV of VPT (ook rol DH) als overbruggingszorg wordt ingezet tijdens de wachtperiode voor opname, ligt de rol van DH altijd bij de verblijfszorg-aanbieder. Die vraagt zo nodig een wijziging op overbruggingszorg aan voor de (andere) aanbieder(s) die het DTV of VPT levert. De DTV- of VPT-aanbieder wordt in deze situaties dus niet gevuld in een AAT bij het veld DH, maar de agb-code van de verblijfszorgaanbieder.
- Uitgangspunt voor het aanvragen van noodzakelijke overbruggingszorg is dat daarmee direct gestart kan worden bij een cliënt. Met inzet van (een deel van de) overbruggingszorg wordt niet gewacht totdat het volledige zorgarrangement thuis bekend is, afgestemd met andere betrokken aanbieders en via een AAT bij het zorgkantoor is aangevraagd. Dit voorkomt dat eventuele overdracht vanuit het andere domein onnodig stagneert.
- De huidige DH regelt dat ingezette overbruggingszorg niet opnieuw hoeft te worden aangevraagd als de voorkeuraanbieder voor verblijfszorg wijzigt. De huidige DH draagt daarvoor alleen het zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf over naar de nieuwe DH via een Mutatiebericht. De aanbieders die overbruggingszorg leveren krijgen een informatieve zorgtoewijzing en daarmee informatie over de gewijzigde DH.

#### **Processtappen (aanvraag) overbruggingszorg**

- In een toewijzingsbericht voor verblijfszorg vult het zorgkantoor de eerste keer altijd 100%. Tenzij er sprake is van een combinatie verblijfszorg met Pgb. Dan wordt 1% toegewezen bij de verblijfszorg. Dit is een trigger voor de voorkeuraanbieder om met de budgethouder, gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger af te stemmen over de in te zetten zorg.
- Het percentage 100% voor verblijfszorg verwijst naar het maximale NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel (verblijf inclusief dagbesteding en/of inclusief behandeling).
- Na een zorgtoewijzing voor Verblijf, levert de DH tijdig de juiste status aan via een MAZ- (In zorg) of MUT-bericht (Einde zorg of wachtstatus/classificatie). Zie paragraaf 2.7 en 2.8.
- Bij aanlevering van een wachtstatus/classificatie voor verblijfszorg via een Mutatiebericht (MUT18), kan gelijktijdig een AAT worden ingediend voor overbruggingszorg. Dit kan eventueel ook later<sup>138</sup> via een apart Mutatie-/ AW39-bericht als voor het samenstellen van een overbruggingszorgarrangement meer tijd nodig is.
- Wordt er later (een wijziging voor) overbruggingszorg aangevraagd? Dan blijft de zorgtoewijzing voor verblijfszorg ongewijzigd staan en hoeft er géén herbevestiging van de wachtstatus bij verblijfszorg te worden aangeleverd via een MUT-bericht.
- Maakte een cliënt al gebruik van dagbesteding vanuit de Wlz? Dan kan dit gewoon doorlopen via overbruggingszorg (met leveringsvorm MPT, VPT, Deeltijdverblijf Opname Nee en/of Pgb). De ZIN-dagbesteding wordt daarvoor via een AAT aangevraagd.
- Wil een cliënt zijn/haar dagbesteding of -behandeling na opname continueren bij een andere aanbieder (en/ of via Pgb)? Dan vraagt de DH daarvoor een aparte zorgtoewijzing aan (Verblijf, Opname Nee). Dat kan alleen bij GZ- of GGZW-zorgprofielen.

<sup>138</sup> Vanaf iWlz 2.0 is de AAT losgekoppeld van het doorgeven van een Mutatiebericht/ wachtstatus. Een zorgaanbieder hoeft daardoor bij een AAT, een wachtstatus niet opnieuw te bevestigen als die ongewijzigd is.

- Dagbesteding of -behandeling met leveringsvorm MPT, VPT of DTV Opname Nee én soort zorgtoewijzing Overbrugging blijft na opname niet op dezelfde manier toegewezen. Deze toewijzingen worden automatisch beëindigd (ingetrokken via een AW33) vanaf de ingangsdatum van de MAZ voor het regulier toegewezen Verblijf, Opname Ja. En moeten door de DH opnieuw worden aangevraagd met leveringsvorm Verblijf, Opname Nee.
- Na opname is er alleen nog sprake van een DH. Die is eindverantwoordelijk voor het gehele zorgarrangement (Verblijf, Opname Ja én Verblijf, Opname Nee). Het veld CZT kan daarom niet worden gevuld bij de leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee.
- Verblijft een cliënt in een instelling en krijgt hij dagbesteding via een andere zorgaanbieder (Leveringsvorm Verblijf, Opname Nee)? En gaat een cliënt weer zelfstandig thuis wonen (MEZ voor Verblijf, Opname Ja)? Dan moet de zorgtoewijzing voor de leveringsvorm Verblijf, Opname Nee worden beëindigd en omgezet naar leveringsvorm MPT, VPT of DTV, Opname Nee. De DH<sup>139</sup> of CZT vraagt die in deze situatie opnieuw aan via een AAT. Dit is belangrijk voor een juiste eigen bijdrage heffing.

#### **Overbruggingszorg thuis in een combinatie van ZIN en Pgb**

- Wil een cliënt overbruggingszorg volledig via Pgb? Dan vraagt de budgethouder, gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger dit zelf rechtstreeks aan bij het zorgkantoor. De DH stuurt in deze situatie alleen een Mutatiebericht naar het zorgkantoor met de actuele wachtstatus en classificatie voor verblijfszorg. De DH kan via een AAT geen zorgtoewijzing voor Pgb aanvragen.
- Wordt overbruggingszorg thuis in een combinatie van ZIN met Pgb geleverd? Dan overlegt de DH met de cliënt welk deel daarvan via ZIN wordt geleverd. Dit gedeelte vraagt de DH via een AAT aan bij het zorgkantoor. Omdat er sprake is van een combinatie met Pgb levert de zorgaanbieder altijd een Rekenmodule aan bij het zorgkantoor. Het Adviesformulier hoeft niet aangeleverd te worden als de zorg thuis binnen het beschikbare budget verantwoord kan worden georganiseerd.
- De DH of CZT geeft in de Rekenmodule aan of met de cliënt is besproken dat de inhoud van het afgesproken MPT of VPT van invloed kan zijn op de hoogte van het Pgb. Het zorgkantoor weet zo of de cliënt een bewuste keuze heeft gemaakt. Dat helpt alle betrokken partijen in de afhandeling en toekenning van Pgb (zie ook paragraaf 3.3.4).
- Is er sprake is van een combinatie van ZIN en Pgb dan wordt ook altijd een nieuwe AAT ingediend als het (totale) percentage voor ZIN wijzigt en/of het aantal betrokken zorgaanbieders. Deze wijziging kan namelijk direct van invloed zijn op het toegekende Pgb.

#### **4.3.4.2 Tijdelijk bij andere zorginstelling opgenomen tot definitieve opname**

Is overbruggingszorg thuis niet (meer) verantwoord te leveren of te organiseren? Of duurt opname bij de voorkeuraanbieder toch langer dan verwacht (status Actief plaatsen, met classificatie Voorkeuraanbieder leidend). Dan is tijdelijke opname bij een andere zorgaanbieder een alternatief om de wachtperiode te overbruggen.

<sup>139</sup> De dossierhouder sluit de verblijfszorg dan af met een mutatie-bericht (MUT19 of MUT20) en vraagt gelijktijdig via een AAT de eerste zorgtoewijzing aan voor zorg thuis. Daarna neemt de coördinator zorg thuis dit over van de dossierhouder.

Een cliënt kan het zorgkantoor of de DH zelf vragen om bemiddeling naar een tijdelijke, andere instelling totdat de voorkeuraanbieder een plaats beschikbaar heeft. Dit kan de DH of het zorgkantoor ook zelf met de cliënt bespreken. Het zorgkantoor stuurt hier actief op als vanuit het wachtlijstbeheer duidelijk is dat de voorkeuraanbieder geen passende plaats beschikbaar krijgt binnen de streefnorm voor de wachtstatus Actief plaatsen.

### **Processtappen tijdelijke opname bij andere zorgaanbieder**

- De DH blijft het eerste aanspreekpunt als overbruggingszorg thuis niet (meer) verantwoord is en tijdelijke opname bij een andere aanbieder de aangewezen oplossing is. In deze situaties zoekt de DH, na overleg met de cliënt, naar een passende zorgaanbieder. De DH zorgt ervoor dat bij de leveringsvorm Verblijf de wachtstatus Actief plaatsen staat, met de classificatie Tijdelijk andere aanbieder bespreekbaar. Zo nodig schakelt hij het zorgkantoor in voor hulp bij de bemiddeling naar een andere aanbieder. Hoe dit er in iWlz berichtenverkeer uitziet is uitgewerkt in het voorbeeld van familie Yusuf (zie Bijlage G).
- Als er een zorgaanbieder is gevonden die de cliënt (tijdelijk) kan plaatsen? Dan vraagt de DH de tijdelijke opname bij de andere instelling aan via een AAT. Bij de leveringsvorm Verblijf (Opname Ja) wordt soort zorgtoewijzing Overbrugging gevuld, omdat de cliënt wil blijven wachten op een plaats bij zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder. Wijzigt er niets aan de reguliere zorgtoewijzing voor verblijfszorg bij de voorkeuraanbieder, dan hoeft die niet in de AAT te worden opgenomen. Het zorgkantoor laat in deze situaties de reguliere zorgtoewijzing voor Verblijf gewoon staan en trekt deze niet in.
- Afhankelijk van de status wordt overbruggingszorg voor maximaal een half jaar (Actief plaatsen) of maximaal een jaar (Wacht op voorkeur) toegewezen aan de tijdelijke verblijfsinstelling. De oorspronkelijke voorkeuraanbieder (DH) past zo nodig de wachtstatus en/of classificatie aan bij zijn reguliere zorgtoewijzing voor leveringsvorm Verblijf. Het maakt daarbij niet uit dat een cliënt al tijdelijk is opgenomen bij een andere zorgaanbieder.
- Beide verblijfszorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om onderling af te stemmen over de cliëntsituatie. Is een cliënt tevreden met de tijdelijke zorgaanbieder en vervalt zijn wens voor de oorspronkelijke voorkeuraanbieder? Dan levert deze oorspronkelijke voorkeuraanbieder (DH) een mutatiebericht (MUT<sub>12</sub>, Einde zorg) aan op de reguliere zorgtoewijzing voor Verblijf, Opname Ja voor deze cliënt. Gelijktijdig wordt hiervoor een nieuwe zorgtoewijzing aangevraagd voor de gewijzigde voorkeuraanbieder (nieuwe DH). Nadat het zorgkantoor de AAT heeft verwerkt wordt de overbruggingszorg ingetrokken bij deze aanbieder en vervangen door een reguliere zorgtoewijzing voor de cliënt.
- Heeft de oorspronkelijke voorkeuraanbieder plaats? Dan levert die een MAZ aan bij het zorgkantoor. Deze MAZ is voor het zorgkantoor de trigger om de zorgtoewijzing bij de tijdelijke verblijfsinstelling in te trekken (te beëindigen). Omdat de zorgtoewijzing wordt ingetrokken, hoeft die aanbieder geen MEZ aan te leveren. Door de intrekking eindigt de zorg namelijk op de einddatum van de zorgtoewijzing. Vanaf iWlz 2.0 maakt het zorgkantoor bij deze situaties zelf een 'melding einde zorg' aan in het eigen systeem.
- Is de cliënt tevreden met zijn tijdelijke zorgaanbieder en wil hij niet meer terug naar zijn oorspronkelijke voorkeuraanbieder? Dan moet de zorgtoewijzing voor de overbruggingszorg worden omgezet naar een reguliere zorgtoewijzing. De oorspronkelijke voorkeuraanbieder (DH) levert in deze situatie een mutatie-bericht aan op zijn eigen reguliere zorgtoewijzing voor Verblijf, Opname Ja (MUT<sub>12</sub>, Einde Zorg).

Gelijktijdig vraagt hij een nieuwe reguliere zorgtoewijzing aan voor de gewijzigde voorkeuraanbieder en vult hij deze zorgaanbieder in het veld Dossierhouder. Na verwerking van deze aanvraag, wordt de zorgtoewijzing voor overbruggingszorg ingetrokken.

#### **4.3.4.3 Overbruggingszorg thuis na overdracht uit een ander domein**

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

Dit op voorwaarde dat:

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

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

Heeft een cliënt een dringende opnamebehoefte (Urgent plaatsen, ongeacht classificatie of Actief plaatsen met classificatie Dreigende crisis thuis)? En stemt de cliënt in met (tijdelijke) opname bij een andere aanbieder als zijn voorkeuraanbieder geen plaats heeft binnen de streefnorm, of binnen enkele weken daarna? Dan:

- Mag de cliënt tijdelijk zijn aanbieder(s) uit het andere domein houden als het zorgkantoor uitvoering kan geven aan de wens van de cliënt en deze zorgaanbieder hier uitvoering aan kan of wil geven. En de zorg die in het andere domein is geleverd past binnen de bestaande Wlz-prestaties. Of.
- Mag de cliënt tijdelijk zijn Pgb continueren zonder aan bepaalde voorwaarden<sup>140</sup> voor Pgb te voldoen. Dit kan alleen als de cliënt in het andere domein op het moment van indicatiestelling voor de Wlz een Pgb heeft.
- Levert de DH binnen 10 werkdagen na ontvangst van de zorgtoewijzing de wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen aan bij het zorgkantoor (met de bijbehorende classificatie). En vraagt gelijktijdig een AAT aan voor de overbruggingszorg. Bij het vullen van de velden in de AAT volgt de DH de reguliere afspraken. Verder houdt hij bij de ingangsdatum van de overbruggingszorg rekening met de maximale regeltijd voor overgang naar de Wlz (zorg in het andere domein mag 5 dagen gecontinueerd worden na de ingangsdatum van het indicatiebesluit).
- Mag de omvang van zijn zorg uit het andere domein voor een periode van maximaal 13 weken gecontinueerd worden. Dit is afhankelijk van de wachtstatus/ classificatie. In overleg met het zorgkantoor is beperkte uitloop/verlenging mogelijk als de dossierhouder opname garandeert binnen een afgesproken termijn van bijvoorbeeld maximaal 2 weken.

---

<sup>140</sup> Onder verwijzing naar artikel 5.7a RLz



En als daarmee rekening wordt gehouden met het belang voor de cliënt: bereikbaarheid voor sociaal netwerk, herkenbaarheid van omgeving en voorkomen van onnodige achteruitgang van de cliënt door bijvoorbeeld extra verhuisbewegingen. (Het is niet wenselijk om iemand met cognitieve problemen in korte periode meerdere keren te verhuizen).

- Volgt het zorgkantoor het reguliere wachtlijstproces dat past bij de wachtstatus/classificatie, en bewaakt samen met de DH dat de cliënt binnen de streefnorm wordt opgenomen.

#### 4.3.4.4 Langdurige opname

Te leveren zorgprofiel is gelijk aan geïndiceerd zorgprofiel

De zorgaanbieder levert de geïndiceerde en toegewezen zorg als:

- Uit overleg met de cliënt blijkt dat de toegewezen leveringsvorm passend is en overeenkomt met de zorgbehoefte van de cliënt.
- De zorgaanbieder hiervoor is gecontracteerd.

#### Processtappen zorgtoewijzing

- Het zorgkantoor wijst het geïndiceerde zorgprofiel met leveringsvorm Verblijf toe aan de voorkeuraanbieder met een percentage van 100%. Het veld Opname heeft de waarde Ja en de soort zorgtoewijzing blijft Regulier.
- Intramurale toeslagen, intramurale Meerzorg of vervoer worden niet via iWlz aangevraagd en/of toegewezen. Deze zorg is daarmee nooit onderdeel van een toe te wijzen percentage.
- Het percentage 100% gaat uit van het (maximale) NZa-tarief voor het geïndiceerde zorgprofiel. Afhankelijk van het zorgprofiel is dit een tarief inclusief dagbesteding en behandeling.
- Is er sprake van een percentage inclusief dagbesteding en behandeling, dan mag de zorgaanbieder deze niet standaard inzetten en declareren. Dat mag alleen als de zorg nodig is voor de cliënt en deze ook echt wordt geleverd aan de cliënt<sup>141</sup>. Zo is het bijvoorbeeld niet toegestaan om een tarief inclusief dagbesteding te declareren als een cliënt deelneemt aan onderwijs (en tijdens het onderwijs geen zorg nodig heeft) of wanneer een cliënt aangepast werk heeft en dus geen dagbesteding afneemt.
- Voor bepaalde zorgprofielen uit de GZ<sup>142</sup> en GGZ, kan een cliënt zijn dagbesteding van een andere zorgaanbieder (en/of via Pgb) krijgen. De DH bespreekt dit altijd zelf met de cliënt.
- Wil een cliënt alle zorg (inclusief dagbesteding) van dezelfde zorgaanbieder, dan wordt dit aangevraagd via Verblijf, Opname Ja met een percentage van 100%.
- Als de cliënt zijn dagbesteding (deels) van een andere zorgaanbieder wil, vraagt de DH dat via een AAT aan bij het zorgkantoor. Het percentage voor Verblijf, Opname Ja verandert daardoor (< 100%) en moet opnieuw worden aangevraagd.
- Voor de dagbesteding wordt leveringsvorm Verblijf aangevraagd met Opname Nee. Via de Rekenmodule wordt het aan te vragen % berekend.

<sup>141</sup> En is daarnaast ook afhankelijk van het zorginkoopbeleid van het regionale zorgkantoor.

<sup>142</sup> Voor de VV, (SG)LVG en GGZB-zorgprofielen is dagbesteding integraal onderdeel van het zorgprofiel (en tarief) en kan de dagbesteding bij verblijfszorg nooit los worden toegewezen aan een andere zorgaanbieder of Pgb..

- Wil de cliënt zijn dagbesteding (deels) via Pgb inkopen? Dan neemt de budgethouder, gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger rechtstreeks contact op met het zorgkantoor. Is er sprake van een combinatie van ZIN en Pgb voor de dagbesteding? Dan vraagt de DH in de AAT een % voor de dagbesteding aan vermindert met het percentage voor Pgb.
- Het is ook mogelijk om de dagbesteding door meerdere aanbieders te laten leveren en/of in combinatie met Pgb. Bijvoorbeeld een deel door de aanbieder die ook het verblijf levert en een deel door een andere aanbieder. Of zelfs door 2 andere aanbieders (allebei anders dan de aanbieder die Verblijf<sup>143</sup> levert). Deze flexibiliteit verhoogt de keuzevrijheid van de cliënt.
- Het hoogste percentage verwijst in deze situaties altijd naar de leveringsvorm Verblijf, Opname: Ja. Het lagere percentage(s) verwijst naar dagbesteding en/of behandeling (Verblijf, Opname Nee).
- Net zoals dagbesteding kan behandeling (tijdelijk) door een andere aanbieder worden geleverd naast de verblijfszorg. Dit kan bij alle zorgprofielen (inclusief VV) met uitzondering van de (SG)LVG en GGZ-B zorgprofielen<sup>144</sup>. Als deze behandeling wordt betaald vanuit de Wlz, wordt dit op dezelfde wijze aangevraagd als de dagbesteding (leveringsvorm Verblijf, Opname: Nee met bijbehorende %). Voor behandeling die ingezet wordt door een BORG-instelling is geen zorgtoewijzing nodig.
- Wordt verblijfszorg zonder dagbesteding en zonder behandeling geleverd én wordt niet alle financiële ruimte voor behandeling benut? Dan is deze ruimte niet vrij beschikbaar. De budgetcomponent voor behandeling is alleen in te zetten voor behandeling.
- Krijgt een cliënt verblijfszorg maar wil deze overgeplaatst worden naar een andere zorgaanbieder? Dan levert de DH (latende zorgaanbieder) een mutatiebericht aan om een overplaatsing voor dezelfde leveringsvorm te melden. Hiervoor wordt alléén een MUT17 gebruikt als er voor deze cliënt direct een plaats beschikbaar is bij de nieuwe aanbieder. De leveringsstatus bij de oorspronkelijke aanbieder wijzigt door deze overplaatsing van In zorg naar Einde zorg. De doorgegeven mutatiedatum is de einddatum van de zorgtoewijzing voor deze aanbieder. Het zorgkantoor stuurt deze einddatum niet door naar het CAK, omdat dezelfde zorg wordt gecontinueerd bij de nieuwe voorkeuraanbieder<sup>145</sup>. Het zorgkantoor stuurt de MAZ van de nieuwe aanbieder wel door naar het CAK. Het CAK weet zo dat dezelfde zorg door een andere zorgaanbieder aan de cliënt wordt geleverd. De eigen bijdrage loopt ongewijzigd door.
- Kan de nieuwe voorkeuraanbieder een cliënt niet direct overnemen, door wachtlijstproblematiek of omdat iemand niet in een bestaande groep cliënten past? Dan gebruikt de huidige zorgaanbieder géén MUT17 voor de overplaatsing. De DH meldt dan via een MUT19, de leveringsstatus Einde zorg en vraagt via een AAT de zorgtoewijzing aan voor de nieuwe zorgaanbieder. De nieuwe voorkeuraanbieder moet vervolgens regelen dat de zorg bij de huidige zorgaanbieder wordt omgezet naar overbruggingszorg.

<sup>143</sup> Langdurig Verblijf, DTV of VPT kan bij een cliënt niet over meerdere aanbieders worden gesplitst.

<sup>144</sup> (SG)LVG en GGZ-B zorgprofielen zijn altijd integrale (volledige) zorgpakketten, met een integraal tarief. Het is niet mogelijk om hier andere prestaties los naast te declareren.

<sup>145</sup> Het CAK heeft deze informatie niet nodig voor het factureren van de eigen bijdrage.

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

Voorbeeld 6 Ingevulde Rekenmodule verblijfszorg, dagbesteding en behandeling

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

- Heeft de cliënt voorkeur voor opname bij een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor het geïndiceerde zorgprofiel? En wil het zorgkantoor of de zorgaanbieder hiervoor geen productieafsprake maken? Dan is er sprake van een instellingsvreemd zorgprofiel voor deze zorgaanbieder. De zorgaanbieder informeert de cliënt over deze situatie en overlegt of een gecontracteerd, instellingseigen zorgprofiel past bij de zorgvraag van de cliënt (of een zorgarrangement thuis). De zorgaanbieder bespreekt met de cliënt ook of dit zorgarrangement leidt tot kwalitatief verantwoorde, passende zorg voor de cliënt. Is dit het geval en gaat de cliënt hiermee akkoord?
- Dan vraagt deze zorgaanbieder aan het zorgkantoor om het geïndiceerde (regulier toegewezen) zorgprofiel om te zetten naar een instellingseigen zorgprofiel via een AAT. Dit wordt toegewezen ook met soort zorgtoewijzing Regulier. Voor deze omzettingen hanteren zorgkantoren uniforme uitgangspunten (zie bijlage C).
- Is de cliënt niet tevreden met het voorstel of kan de zorg door deze aanbieder niet verantwoord worden geleverd? Dan geeft de zorgaanbieder de zorgtoewijzing gemotiveerd terug aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor neemt de zorgbemiddeling van de zorgaanbieder over en/of geeft advies over regionaal, passend zorgaanbod aan de cliënt. Heeft de cliënt voorkeur voor hulp van zijn voorkeuraanbieder bij het zoeken naar een nieuwe aanbieder, dan mag dit ook. Komen de voorkeuraanbieder en de cliënt er samen niet uit dan wordt alsnog het zorgkantoor ingeschakeld of een OCO als de cliënt dat zelf wil.

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

Kan de zorgaanbieder de verblijfszorg direct leveren, dan meldt de zorgaanbieder de cliënt in zorg met een MAZ-bericht. Is dit niet direct mogelijk en heeft de cliënt overbruggingszorg nodig? Dan vraagt de zorgaanbieder overbruggingszorg thuis aan op het regulier toegewezen zorgprofiel (ook als dit een ander zorgprofiel is dan het geïndiceerde zorgprofiel).

#### 4.3.5 Crisisopname in een instelling

Een crisis kan zowel thuis als intramuraal ontstaan, bijvoorbeeld door ouderdoms- of gedragsproblematiek. In een crisissituatie kan crisisopname (verblijfszorg) in de Wlz een oplossing zijn maar dat is niet altijd noodzakelijk. Een crisissituatie kan thuis ook opgelost worden door tijdelijke inzet van een expertteam.

Een crisisopname gaat altijd over situaties waarbij op zeer korte termijn (een versnelde) opname in een Wlz-instelling noodzakelijk is. Eventuele ophoging van zorg thuis, extra ambulante begeleiding of inzet van een crisisondersteuningsteam (GZ) lost (het risico op) het gevaarscriterium niet op. Dit kan alleen opgelost worden met 24-uurs toezicht, maar dat is geen reguliere oplossing voor Wlz-zorg.

Crisisbedden zijn binnen de Wlz beschikbaar voor cliënten met een zorgprofiel voor VV, VG, LG en ZG. Een crisisopname in de GGZ loopt via de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de oorzaak van de crisis kan het gaan om verblijfszorg met behandeling of verblijfszorg zonder behandeling. In hoofdstuk 5 wordt de crisiszorg verder beschreven.

#### Crisisopname (crisiszorg)

Crisiszorg is erop gericht om een cliëntsituatie te stabiliseren of acute dreiging af te wenden, zodat de cliënt weer terug kan naar reguliere zorg. Een crisisopname kan een vrijwillige opname zijn maar ook een gedwongen opname, op basis van de Wzd of Wvvgz.

Een versnelde opname is niet aan de orde bij een geleidelijke achteruitgang, dan is er geen sprake van een crisissituatie. Daarvoor gelden de reguliere stappen in de Wlz-keten.

Is in een crisissituatie behandeling van curatieve aard nodig (medisch specialistische zorg)? Dan valt dat niet onder de aanspraak Wlz. Een cliënt wordt in deze situaties doorverwezen naar opname en behandeling in een (2<sup>e</sup> lijns) instelling zoals een ziekenhuis, revalidatiecentrum, opnameafdeling van een GGZ-instelling of psychiatrische afdeling in het ziekenhuis (PAAZ).

#### Afzonderlijke procedures crisiszorg V&V, GZ en GGZ

Door organisatorische verschillen (soort aanbieders, specifiek zorgaanbod) en inhoudelijke verschillen (doelgroepen, zorgvragen) geldt een apart uitvoeringsproces voor crisiszorg in de V&V, GZ of GGZ. Dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk 5.

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

Een cliënt kan verblijfszorg (minimaal 5 of 6 etmalen<sup>146</sup>) combineren met zorg thuis. Dit speelt bijvoorbeeld bij een kind of jeugdige die verblijfszorg krijgt maar in het weekend naar huis gaat. In deze situatie is de DH samen met de cliënt verantwoordelijk voor het organiseren van de zorg thuis op de andere dagen. In deze situaties kan thuiszorg alleen via ZIN worden ingezet en niet via Pgb.

---

<sup>146</sup> Een etmaal is een aaneengesloten periode van 24 uur.

#### 4.3.7 Behandeling tijdens verblijf zonder behandeling

Medische zorg goed geregeld

In de ouderenzorg en gehandicaptenzorg hebben cliënten in de Wlz steeds vaker een complexe zorgvraag. Voor deze cliënten is het belangrijk dat het totale pakket aan (medische) zorg goed geregeld is. Het maakt daarbij niet uit of een cliënt op een plaats verblijft met behandeling of zonder behandeling (óf zijn zorg via Pgb inkoop).

De mogelijkheden voor inzet van behandeling bij verblijfszorg V&V of GZ:

1. Kan een huisarts de medische zorg niet goed alleen leveren gezien de complexiteit van een cliëntsituatie? Dan is het mogelijk om hiervoor een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) te consulteren. Voor deze consultatie is geen toewijzing voor de functie Behandeling nodig.  
De aanvraag hiervoor kan rechtstreeks bij de SO of AVG worden gedaan door de huisarts of vanuit het Multidisciplinair overleg (MDO) rond de cliënt.  
Belangrijk is dat de reden, de inhoud en de aanvrager van de consultatie goed worden vastgelegd in het zorgplan van de cliënt;
2. Het (tijdelijk) leveren van de overige behandelvormen SO of AVG of een andere behandelvorm zoals bijvoorbeeld een gedragswetenschapper. Bij inzet van een andere discipline heeft de SO of AVG altijd de regie (de aanvraag hiervoor loopt via een SO of AVG) en blijft de SO of AVG eindverantwoordelijk voor de inzet van deze discipline.

Criteria voor het inzetten van behandeling:

- De inzet gaat uitdrukkelijk over Wlz-behandeling en niet over 'behandeling op de achtergrond'. (Behandeling op de achtergrond gaat over het bijstaan van een individuele zorgverlener(s) in de zorgverlening, het opstellen van een zorgplan of een kort behandelmoment dat weinig inzet vraagt en incidenteel is);
- In het zorgplan wordt de onderbouwing voor deze inzet vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO;
- De onderbouwing in het zorgplan geeft duidelijkheid over de inhoud van de in te zetten behandeling;
- De registratie in het zorgplan bevat de duur en de te verwachten hoeveelheid uren;
- Het verschil (financiële waarde) tussen een ZZP met behandeling en een ZZP zonder behandeling voor een bepaald zorgprofiel geldt als financieel kader voor de inzet. De aanbieder kan de Rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen.

Werkafspraken voor (tijdelijke) behandeling bij leveringsvorm Verblijf

Is behandeling geen onderdeel van het verblijf (ZZP-tarief exclusief behandeling) en heeft de cliënt een indicatie voor een V&V of GZ-zorgprofiel? Dan:

- Hoeft vooraf géén toestemming te worden gevraagd bij het zorgkantoor als die (tijdelijke) behandeling past binnen de beschikbare financiële ruimte van het ZZP-tarief inclusief behandeling en alleen door dezelfde instelling (agb-code) wordt geleverd.
- Vraagt de DH wel een reguliere zorgtoewijzing aan voor behandeling als die door een andere zorgaanbieder wordt geleverd. De aanvraag voor behandeling bevat dan de

leveringsvorm Verblijf, Opname Nee en het benodigde %. Betrokken partijen zien zo dat er sprake is van behandeling naast verblijfszorg. In de AAT wordt alle zorg met leveringsvorm Verblijf opnieuw aangevraagd, ook verblijfszorg met Opname Ja. Als deze wordt vergeten in de AAT, dan wordt die niet opnieuw toegewezen en kan de verblijfszorg niet worden geleverd of gedeclareerd.

- Toetst het zorgkantoor achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria die daarover bij het contracteren zijn gemaakt.

#### 4.3.8 Partneropname

Wordt een cliënt opgenomen in een Wlz-instelling dan is het in de Wlz mogelijk dat de partner zonder Wlz-indicatie meeverhuist. Uitzondering hierop is een psychiatrische instelling. Een partner (zonder Wlz-recht) van iemand met een kortdurend indicatiebesluit, zoals een SGLVG-LVG of gVvB zorgprofiel, komt ook niet in aanmerking voor een partneropname.

De meeverhuizende partner kan natuurlijk zelf ook een indicatie hebben voor Wlz-zorg.

Partner zonder indicatie voor Wlz-zorg

- Een partner kan in aanmerking komen voor een partneropname als dit een echtgenoot is of daarmee wettelijk gelijk is gesteld (geregistreerd partner of samenlevingscontract óf een ongehuwd meerderjarige die met een ongehuwd meerderjarige cliënt een gezamenlijke huishouding voert, tenzij het een bloedverwant in de eerste graad is<sup>147</sup>).
- Komt een partner niet in aanmerking voor Wlz-zorg, en wil die graag meeverhuizen naar een Wlz-instelling (intramuraal)? Dan vraagt de zorgaanbieder hiervoor een indicatie Partnerverblijf (ZZPO) aan bij het CIZ. Dit kan direct via het ICT-systeem van het CIZ.
- Een indicatiebesluit voor Partnerverblijf is een registratief besluit. Het ZZPO vertegenwoordigt geen zorgprofiel en staat los van een recht op Wlz-zorg. Het CIZ voert daarom geen inhoudelijke beoordeling uit op de aanvraag.
- De zorgaanbieder kan deze registratieve indicatie aanvragen zodra de wens bekend is en hoeft daarmee niet te wachten totdat er een geschikte wooneenheid beschikbaar is. De behoefte aan Partnerverblijf komt daardoor eerder en beter in beeld ('wachtlijstinformatie').
- Heeft een meeverhuizende partner (zonder Wlz-recht) zorg nodig? Dan wordt voor deze zorg een beroep worden gedaan op de andere domeinen (Wmo of Zvw).
- De meeverhuizende partner (zonder Wlz-recht) heeft pas recht op een partneropname als de partner met een Wlz-recht permanent in een instelling verblijft.
- Overlijdt een opgenomen partner (cliënt) met Wlz-recht vóór de partneropname? Dan heeft de partner met een ZZPO-indicatie, geen recht meer op Partnerverblijf<sup>148</sup>.

<sup>147</sup> Een broer of zus met wie iemand een gezamenlijke huishouding voert kan dus wel meeverhuizen naar een instelling, maar een zoon of dochter van een verzekerde waarmee hij of zij een gezamenlijke huishouding voert niet. (Bij een gezamenlijke huishouding hebben 2 personen hun hoofdverblijf in dezelfde woning en dragen ze zorg voor elkaar door een bijdrage te leveren in de kosten van de huishouding.)

<sup>148</sup> In geval van een schrijnende situatie kan voor deze achterblijvende partner, naar een (tijdelijke) maatwerk oplossing worden gezocht.

- Overlijdt de cliënt of verhuist de cliënt naar een andere instelling en woonden de partners al samen in een instelling? Dan houdt de partner het recht om in de instelling te blijven wonen. Woont de partner in een wooneenheid met een intramurale toelating voor 2 plaatsen? Dan moet de partner binnen redelijke termijn naar een eenpersoons wooneenheid verhuizen. Hierover maakt de zorgaanbieder met de partner (vooraf) een duidelijke afspraak. De meeverhuisde partner blijft dan een eigen bijdrage voor het verblijf in de instelling betalen. De zorgaanbieder declareert deze verblijfscomponent bij het zorgkantoor.
- De meeverhuisde partner kan er ook voor kiezen om naar een wooneenheid te verhuizen zonder intramurale toelating. Bijvoorbeeld een zelfstandige wooneenheid (huur of koop) in of bij de intramurale instelling. De intramurale eigen bijdrage vervalt daarmee. Voor eventuele ondersteuning vanuit de Wmo geldt dan weer wel een eigen bijdrage.
- Ontstaat er behoefte aan Wlz-zorg dan wordt een reguliere indicatie bij het CIZ aangevraagd (als vervanging van de ZZPO-indicatie).

#### **Wachtstatus en classificatie bij ZZPo**

- Heeft de zorgaanbieder nog geen mogelijkheid om beide partners samen te plaatsen, dan kan, via de classificatie bij de wachtstatus, de wens voor Partnerverblijf worden doorgegeven. Dit kan alleen bij de wachtstatus Wacht op voorkeur of Wacht uit voorzorg.
- Heeft de partner met Wlz-indicatie een (zeer)dringende zorgvraag (wachtstatus Urgent plaatsen of Actief plaatsen) óf is hij al opgenomen? Dan kan deze wens alleen via de wachtstatus/ classificatie bij het ZZPO van de partner worden doorgegeven.
- Bij een ZZPo is alleen de status wachtstatus Wacht uit voorzorg van toepassing met classificatie Partneropname. Door de wachtlijstproblematiek en personele schaarste geldt voor partners zonder Wlz-indicatie dat iemand met een Wlz-indicatie vaak voor zal gaan bij opname in een instelling. Het is belangrijk om vooraf de verwachtingen bij de partner over de mogelijkheden om samen in een instelling te verblijven te managen. En eventueel samen de mogelijkheden te verkennen voor een geschikt alternatief zoals wonen in een zelfstandige, geclusterde woonvorm.

#### **Beide partners met een reguliere indicatie voor Wlz-zorg**

- Heeft de meeverhuisende partner wel een Wlz-recht (indicatie voor een zorgprofiel) dan geldt het reguliere proces voor Wlz-zorg.
- Is er nog geen indicatie maar wel verwachting van een Wlz-recht, dan wordt in plaats van een indicatie voor Partnerverblijf, een reguliere Wlz-indicatie aangevraagd bij het CIZ.
- In de situatie dat de zorg voor iemand niet dringend gerealiseerd hoeft te worden, kan de wens voor partneropname via een MUT18-bericht worden doorgegeven. Dat kan bij de statussen Wacht op voorkeur of Wacht uit voorzorg met classificatie Partneropname. Door gebruik van deze wachtstatus/ classificatie ontstaat inzicht in deze gewenste situaties.

#### 4.3.9 Administratieve zorgtoewijzing (tijdelijk verblijf in andere instelling)

Met een administratieve zorgtoewijzing kan een Wlz-zorgaanbieder afwezigheidsdagen declareren voor een cliënt die tijdelijk afwezig is omdat andere Wlz-zorg<sup>149</sup> noodzakelijk is. Dit kan bij verblijfszorg, VPT of DTV. De aanbieder declareert tijdens de afwezigheidsdagen de huidige zorg door, hiervoor is geen aparte prestatie beschikbaar.

Denk aan een cliënt die tijdelijk opgenomen moet worden bij een andere intramurale aanbieder voor herstelgerichte behandeling. De aanbieder mag in deze situaties de plaats (verblijfszorg/DTV) of het (VPT-) personeel tijdelijk beschikbaar houden voor terugkeer van de cliënt. Omdat de verwachting is dat de cliënt terugkeert blijft deze zorgaanbieder het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt (dossierhouder) voor de cliënt.

Een administratieve zorgtoewijzing kan worden aangevraagd als:

- Een cliënt is opgenomen op een Wlz-plaats zonder toelating voor behandeling, en tijdelijk moet worden opgenomen op een Wlz-plaats met toelating voor behandeling. De Wlz-plaats met behandeling is daarbij een fysiek<sup>150</sup> andere locatie dan die zonder behandeling.
- Een cliënt verblijfszorg krijgt met behandeling maar tijdelijk naar een andere locatie met een toelating voor behandeling moet. Dit geldt specifiek voor situaties van revalidatiezorg/ herstelgerichte behandeling (zorgprofiel gVVb). Deze zorg mag nadrukkelijk niet op dezelfde, fysieke locatie worden geboden als waar de cliënt normaal verblijft (de cliënt is op deze locatie afwezig).

Een administratieve zorgtoewijzing kan niet worden aangevraagd als:

- Een cliënt verblijfszorg met behandeling krijgt en tijdelijk moet worden opgenomen op een crisisplaats (met behandeling).
- Een cliënt wordt opgenomen bij een zorgaanbieder en vooraf duidelijk is dat het om een tijdelijke, doelgerichte opname gaat. Denk aan de situatie dat een cliënt voor herstelgerichte behandeling (gVVb) tijdelijk bij een zorgaanbieder moet worden opgenomen. De Wlz-aanbieder die kortdurende, herstelgerichte behandeling biedt (< 6 maanden) kan de vrijgekomen kamer na de tijdelijke opname weer snel beschikbaar stellen aan een andere cliënt<sup>151</sup>. Wordt desbetreffende cliënt tijdens de herstelgerichte behandelperiode in het ziekenhuis worden opgenomen? En daarna opnieuw herstelgerichte Wlz-behandeling nodig hebben, dan is dit een 'nieuwe' zorgvraag voor deze aanbieder.

Processtappen Administratieve zorgtoewijzing

- Een administratieve zorgtoewijzing wordt via het Notitieverkeer aangevraagd bij het zorgkantoor en loopt altijd buiten het iWlz-berichtenverkeer om.
- De aanvraag wordt gedaan door de huidige zorgaanbieder (omdat die al zorg leverde aan de cliënt). Deze aanvraag loopt dus niet via de tijdelijke, andere zorgaanbieder.

<sup>149</sup> Wlz-zorg kan ook door gedeclareerd worden als iemand tijdelijk afwezig is door een ziekenhuisopname. Verschil met bovenstaande situatie is dat de reguliere zorgtoewijzing bij een ziekenhuisopname niet tijdelijk hoeft te worden omgezet naar een administratieve zorgtoewijzing, omdat er géén 2 zorgtoewijzingen voor bijvoorbeeld Wlz-verblijfszorg naast elkaar open moeten staan.

<sup>150</sup> De fysieke locatie is daarvoor leidend niet de agb-code.

<sup>151</sup> Bij kortdurende opnames worden kamers niet persoonlijk ingericht door een cliënt (anders dan bij langdurige opname). Deze kamers zijn daarom weer snel in te zetten. Hierop zijn geen mutatiedagen van toepassing.



- Dit gebeurt binnen 5 werkdagen na start van de afwezigheid van deze cliënt.
- Het zorgkantoor controleert de aanvraag altijd op juistheid in het eigen systeem. Zo moet er bijvoorbeeld voor de tijdelijke verblijfszorg een MAZ ontvangen zijn van deze aanbieder.
- In deze aanvraag wordt gemeld dat de administratieve zorgtoewijzing gaat over de leveringsvorm Verblijf, Opname Ja of VPT en soort zorgtoewijzing Administratief. Ook wordt aangegeven welk zorgprofiel aan de cliënt was toegewezen op de locatie waar de cliënt normaal verblijfszorg krijgt of woont (VPT). Dit is dus het zorgprofiel uit de voorgaande, aansluitende zorgtoewijzingsperiode.
- De aanvraag wordt gedaan voor een periode van maximaal 3 maanden. Met toestemming van het zorgkantoor is een verlenging van maximaal 3 maanden mogelijk.
- Is eerder duidelijk dat de cliënt niet meer kan terugkeren naar zijn oorspronkelijke woonsituatie, dan beëindigt deze zorgaanbieder de administratieve zorgtoewijzing.
- Heeft de cliënt een tijdelijk indicatie voor een ander zorgprofiel én is de cliënt eerder uitbehandeld? Dan wordt de administratieve zorgtoewijzing ook eerder beëindigd. Is er al een indicatie aanwezig voor de opvolgende periode? Dan wordt een reguliere zorgtoewijzing aangevraagd voor het zorgprofiel dat hierin is opgenomen (dit gaat dan eerder in). Is er nog geen opvolgende indicatie aanwezig? Dan wordt die zo snel mogelijk bij het CIZ aangevraagd. Voor de resterende periode binnen het nog geldige indicatiebesluit, wordt het zorgprofiel aangevraagd uit de administratieve zorgtoewijzing.
- Is duidelijk dat de zorgvraag structureel wijzigt, dan wordt ook zo snel mogelijk een nieuwe indicatie aangevraagd bij het CIZ.
- Een zorgkantoor kan voor de financiering van afwezigheidsdagen een beperkende afspraak maken. Dit is na te gaan bij het contracterende zorgkantoor.

#### Voorbeeld

Een cliënt heeft een langdurige indicatie voor zorgprofiel VV6 en krijgt verblijfszorg zonder behandeling. Omdat het herstel na een operatie niet goed verloopt, krijgt de cliënt voor een half jaar een indicatie voor zorgprofiel gVVb. Er is niet direct een geschikte plaats beschikbaar. Tot het moment van opname op een Wlz-plaats met behandeling, blijft de cliënt wachten bij zijn huidige zorgaanbieder (die wordt als overbruggingszorg aangevraagd en ingezet). De wachtperiode wordt overbrugd met het huidige zorgprofiel. Vanaf het moment van opname (MAZ) op een Wlz-plaats met behandeling (gVVb), wordt de zorgtoewijzing voor de overbruggingszorg (VV6) ingetrokken door het zorgkantoor. En vraagt deze zorgaanbieder voor het vrij houden van de plaats een administratieve zorgtoewijzing aan. De huidige zorgaanbieder (dossierhouder) blijft tijdens de opname voor gVVB gewoon eindverantwoordelijk voor de cliënt. Deze verantwoordelijkheid komt niet tijdelijk bij de zorgaanbieder voor gVVB te liggen.

Heeft de cliënt in zijn indicatiebesluit een indicatie voor gVVb (6 maanden), gevolgd door een indicatie voor VV6 (onbepaalde tijd) én is de cliënt na 4 maanden uitbehandeld? Dan levert deze zorgaanbieder een MEZ aan op de zorgtoewijzing voor gVVb. Gelijktijdig wordt een reguliere zorgtoewijzing voor de VV6 aangevraagd (om 2 maanden te overbruggen). De cliënt gaat weer terug naar zijn oorspronkelijke zorgaanbieder. Door een MAZ te plaatsen op de reguliere zorgtoewijzing, eindigt de administratieve zorgtoewijzing voor de VV6.

## 4.4 Palliatief Terminale Zorg

Het CIZ geeft geen aparte indicatie af voor iemand met een Wlz-recht die in een terminale levensfase komt. Krijgt iemand verblijfszorg of zorg in een geclusterd VPT<sup>152</sup>, heeft iemand een levensverwachting van niet langer dan 3 maanden en is er Palliatief terminale zorg (PTZ) nodig dan gelden onderstaande afspraken. Deze afspraken gelden niet alleen voor cliënten met een indicatie voor een VV-zorgprofiel, maar ook voor cliënten met een indicatie voor een GZ of GGZ zorgprofiel als de dominante grondslag een somatische (lichamelijke) en/of psychogeriatrische ziekte of aandoening wordt.

PTZ voor een cliënt die voor de terminale levensfase thuis woont

- Krijgt iemand PTZ thuis, maar is verblijfszorg of geclusterd VPT aangewezen omdat thuis wonen niet meer verantwoord is? Of
- Stroomt een terminale cliënt vanuit het ziekenhuis rechtstreeks door naar een instelling of geclusterd VPT?
- Dan mag de zorgaanbieder de VV10-prestatie voor PTZ declareren als de zorg en ondersteuning voor deze cliënt niet verantwoord geleverd kan worden vanuit het beschikbare budget voor het geïndiceerde zorgprofiel<sup>153</sup>.
- In deze situaties hoeft niet aan specifieke voorwaarden te worden voldaan om een van deze prestaties te mogen declareren (zie volgend tekstblok<sup>154</sup>).

PTZ voor een cliënt die al in een instelling of geclusterd VPT woont

- Voor iemand die in een instelling verblijft of in een geclusterd VPT, wordt PTZ in principe betaald op basis van het geïndiceerde zorgprofiel. Stervensbegeleiding is onderdeel van de normale zorg. Het toegewezen zorgprofiel is het te declareren zorgprofiel (het toegewezen zorgprofiel kan daarbij afwijken van het geïndiceerde zorgprofiel).
- Verblijft iemand in een instelling of geclusterd VPT en is er zeer intensieve 24-uurs zorg nodig die niet past in het beschikbare budget voor het geïndiceerde zorgprofiel? Dan kan de VV10-prestatie voor verblijfszorg of VPT worden gedeclareerd als de PTZ niet verantwoord kan worden geleverd. Én de zorgvraag van de cliënt voldoet aan de volgende criteria. Bij de cliënt is sprake van:
  - Zware pijn(bestrijding) en/of
  - Verwardheid en/of
  - Benauwdheid en/of
  - Onrust én
  - Complexe zorg waarbij inzet van verschillende disciplines en continue nabijheid van zorg noodzakelijk is.

<sup>152</sup> PTZ via MPT en/ of Pgb wordt beschreven in paragraaf 3.3.10.

<sup>153</sup> Zie Informatiekaart Palliatieve zorg 2020

<sup>154</sup> En de meest actuele NZa-beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis).

- Inzet van PTZ en declaratie van de prestatie VV10 kan in de beschreven situaties zonder specifieke zorgtoewijzing door het zorgkantoor, en is onafhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel. Dit op voorwaarde dat de cliënt beschikt over een geldige Wlz-indicatie. Daarnaast geldt dat de onderbouwing van de extra zorginzet, met de ingeschatte levensverwachting door de behandelend arts, wordt vastgelegd in het zorgplan. Hiervoor is geen aparte schriftelijke verklaring nodig van de behandelend arts.
- Ontstaat in de loop van deze 3 maanden de verwachting dat een cliënt niet binnen deze periode zal overlijden? Dan bespreekt de zorgaanbieder, voor afloop van deze 3 maanden, de cliëntsituatie met de behandelend arts en wordt een nieuwe inschatting van de levensverwachting gemaakt. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan. Is de verwachting dat de cliënt op korte termijn gaat overlijden, dan mag de VV10-prestatie door gedeclareerd worden. Is dat niet de verwachting omdat de gezondheidssituatie van de cliënt is verbeterd? Dan declareert de aanbieder weer de reguliere prestatie voor het geïndiceerde zorgprofiel.

## 4.5 Meerzorg bij Verblijf of (geclusterd) VPT

### 4.5.1 Inleiding

Wanneer is er sprake van intramurale toeslag Meerzorg?

Cliënten in de langdurige zorg krijgen een indicatie voor een zorgprofiel die het beste past bij de zwaarte van hun zorgvraag. Soms is er (tijdelijk) meer zorg nodig, omdat de kwaliteit van het bestaan van een cliënt met een complexe zorgsituatie onder druk staat. Dat kan bijvoorbeeld door complex, onbegrepen gedrag (intensieve begeleidingsvraag) en/ of door ernstige lichamelijke problematiek. Bij deze situaties kan, als een cliënt intramuraal verblijft of VPT krijgt, tijdelijk<sup>155</sup> extra budget worden aangevraagd via de regeling Meerzorg<sup>156</sup>. De regeling Meerzorg staat ook open voor mensen die thuis wonen en zorg krijgen via een MPT en/ of Pgb. Dit staat uitgewerkt in hoofdstuk 3, onder paragraaf 3.3.

### 4.5.2 Wie kan beroep doen op Meerzorg?

Meerzorg bij verblijfszorg of (in geclusterd) VPT kan worden aangevraagd voor:

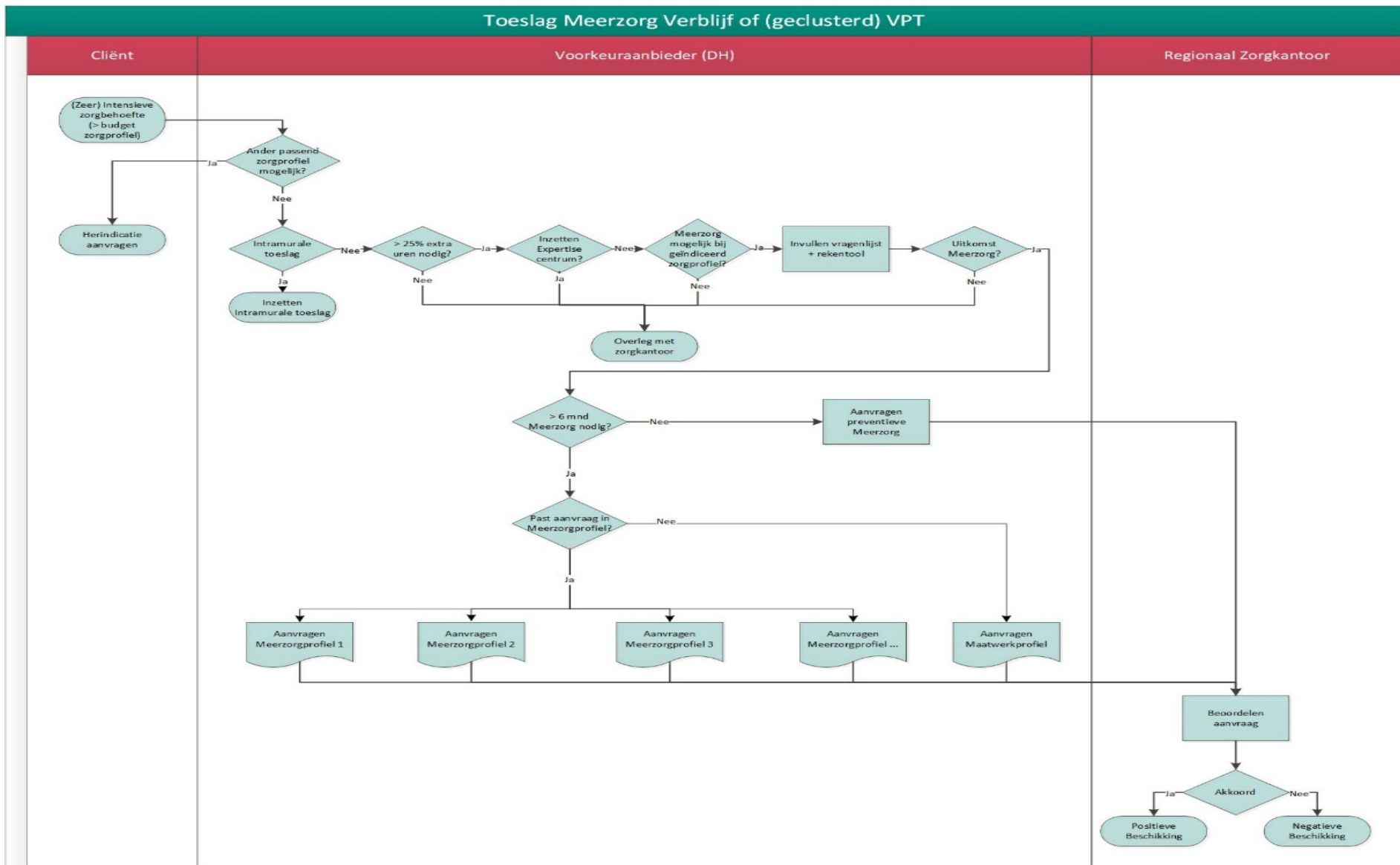
- iemand met een indicatiebesluit voor zorgprofiel: 7VV, 8VV, 5VG, 7VG, 8VG, 4LVG, 5LVG, 1SGLVG, 5LG, 6LG, 7LG, 3ZGaud, 5ZGvis, 4GGZW, 5GGZW, 6GGZB of 7GGZB én
- iemand die in uren minimaal 25% meer zorg nodig heeft dan is opgenomen in het (hoogst mogelijk) geïndiceerde of het toegewezen zorgprofiel (het zorgprofiel dat voor de bekostiging van de zorg wordt gebruikt).

Daarbij kan er sprake zijn van:

- Een zorgbehoefte die ook bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, chronisch non-invasieve beademing, klinisch intensieve behandeling, niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie, CVA, Huntington, observatie óf;
- iemand die jonger is dan 23 jaar en in een instelling verblijft;
- iemand met een indicatiebesluit voor VG of GGZ en zwaar complexe somatische problematiek.

<sup>155</sup> Meerzorg heeft in principe een tijdelijk karakter maar kan structureel worden ingezet bij een langdurig intensieve zorgbehoefte. Er zal altijd periodiek worden herijkt omdat de context of cliëntsituatie kan veranderen.

<sup>156</sup> De criteria voor Meerzorg zijn terug te vinden in artikel 2.2 van de Regeling Langdurige Zorg (RLZ). In het Besluit Langdurige Zorg artikel 3.1.1, lid 2 wordt het verzekerd pakket en het recht op zorg omschreven.



Figuur 15 Toeslag Meezorg Verblijf of (geclusterd) VPT

#### 4.5.3 Meerzorgprofiel of Maatwerkprofiel

De zorg die iemand nodig heeft is altijd afgestemd op de individuele cliënt. Meerzorg kan worden aangevraagd als er sprake is van een zorgbehoefte die de uren van het geïndiceerde zorgprofiel ruim overstijgen. Of iemand in aanmerking komt voor Meerzorg wordt bepaald met behulp van een Vragenlijst en een Rekentool.

Via de Vragenlijst wordt een inhoudelijke onderbouwing gevraagd van:

- **De huidige situatie van een cliënt.**  
Is beeldvorming en diagnostiek helder bij de cliënt, wordt begrepen waarom de cliënt doet wat hij doet, is duidelijk wat de invloed van de context is, is de huisvesting en samenstelling van de groep of het team passend, zijn er andere opties bijvoorbeeld interne of externe consultatie, wat is er al gedaan om Meerzorg te voorkomen en wat gebeurt er als Meerzorg niet wordt toegekend?
- **De gewenste situatie voor een cliënt**  
Wat zijn de te bereiken doelen voor de cliënt om zijn kwaliteit van leven te verbeteren? Bijvoorbeeld hechting, intimiteit en seksualiteit, veiligheid, afbouw vrijheidsbeperkende maatregelen, stabilisatie van onverwerkte gebeurtenis(sen) of eigen regie vergroten.
- **Het (ontwikkel)perspectief voor de cliënt en zijn/haar omgeving.**  
Wat levert het op? Draagt Meerzorg bij aan verbetering of handhaving van voldoende kwaliteit van leven gezien de mogelijkheden en beperkingen van een cliënt, zijn het realistische, concrete en haalbare doelen voor de cliënt, is er sprake van een overzichtelijk tijdspad voor de cliënt en zijn/haar omgeving? én
- **De inzet om de gewenste situatie te bereiken.**  
Hoe wordt het aangevraagde Meerzorg bedrag daadwerkelijk ingezet, wordt dit effectief en efficiënt gedaan? Hoe verhoudt het gewenste resultaat zich tot de kosten? Heeft de aanbieder de vereiste (stabiele) capaciteit en expertise binnen het team of de organisatie beschikbaar?

Voor het toekennen van een extra bedrag vanuit de regeling Meerzorg wordt gewerkt met Meerzorgprofielen en Maatwerkprofielen. Per geïndiceerd zorgprofiel dat in aanmerking komt voor Meerzorg, zijn meerdere Meerzorgprofielen beschikbaar en/ of een Maatwerkprofiel. Het bedrag voor een Meerzorgprofiel of Maatwerkprofiel komt boven op het beschikbare bedrag voor het geïndiceerde zorgprofiel. Door het invullen van de Rekentool, die aansluit op de inhoud van de Vragenlijst, wordt automatisch een Meerzorgbedrag bepaald.

Waarvoor kan het extra bedrag worden ingezet?

Bij het Meerzorgprofiel, Maatwerkprofiel of Kortdurende/ Preventieve Meerzorg kan het extra bedrag worden ingezet voor:

- Directe zorg<sup>157</sup>: (extra) uren begeleiding, verzorging, verpleging, dagbesteding of nachtzorg.
- Behandelaren: (extra) uren van de gedragsdeskundige, psychiater, SOG, AVG, geriater of overige behandelaren.
- Context gebonden middelen in uren die direct toe te wijzen zijn aan de extreme zorgvraag: bijvoorbeeld voor extra overleg/ MDO, extra nabijheid van leidinggevende of gedragswetenschapper/ behandelaar, extra uren voor scholing/ intervisie/ training (geen reguliere trainingen). Deze uren zijn ook opgenomen in de Rekentool en tellen mee voor het bepalen van het Meerzorgprofiel voor een cliënt.

---

<sup>157</sup> Meerzorg gaat om Wlz-zorg en kan niet worden ingezet voor welzijnsactiviteiten.

- Overige context-gebonden middelen<sup>158</sup>: eenmalige indirecte/ context gebonden kosten zoals bijvoorbeeld een kleine verbouwing. In principe maken deze kosten al onderdeel uit van het Meerzorgprofiel. Zijn deze kosten hoger dan 7,12% van het bedrag van het Meerzorgprofiel? Dan kan de zorgaanbieder, via de Rekentool, een verzoek om extra middelen indienen. Het zorgkantoor neemt dit verzoek in de beoordeling mee, en neemt hierover zo nodig contact op met de zorgaanbieder. Na een positieve beoordeling van de aanvraag wordt het toe te kennen bedrag verwerkt in de beschikking van de cliënt.

### **Meerzorgprofiel**

- Een Meerzorgprofiel kent een bandbreedte aan uren (minimale en maximale aantal uren);
- Het voordeel van de bandbreedte in uren is dat deze flexibel kunnen worden ingezet (opschalen of afschalen binnen de bandbreedte). Er hoeft hierdoor minder snel een nieuwe Meerzorgaanvraag te worden ingediend of afstemming te worden gezocht met het zorgkantoor. Dat levert administratieve lastenverlichting op.
- Een Meerzorgprofiel wordt, net zoals een zorgprofiel, uitgedrukt in één gemiddeld (vast) bedrag per etmaal. Dit is het te declareren bedrag voor de Meerzorg;
- Het best passende Meerzorgprofiel wordt bepaald via de Vragenlijst (Word-document) en Rekentool (Excel document). De actuele versie van beide documenten wordt gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren. In de Rekentool is rekening gehouden met het tariefverschil tussen verschillende soorten zorg. Alle Meerzorgprofielen staan in paragraaf 4.5.12.

### **Maatwerkprofiel**

Met een Maatwerkprofiel kan een uniek vast te stellen bedrag per etmaal worden aangevraagd voor een cliënt. Per zorgprofiel dat in aanmerking komt voor Meerzorg is één maatwerktaarif vastgesteld. (Alle maatwerktarieven staan in de Rekentool.) Voor het bepalen van het extra beschikbare bedrag wordt een maatwerktaarif vermenigvuldigd met het aantal extra uren dat noodzakelijk is. Deze extra uren zijn variabel in te vullen in de rekentool.

Het Maatwerkprofiel is beschikbaar voor 2 categorieën:

- Voor hoge zorgvragen, die niet in een van de Meerzorgprofielen passen.
- Voor zorgprofielen waarvoor de afgelopen jaren maar heel beperkt Meerzorg is aangevraagd. Hierdoor zijn er onvoldoende (financiële) gegevens beschikbaar om onderscheidende Meerzorgprofielen te maken, dat geldt bijvoorbeeld voor de GGZW-zorgprofielen. Alle Maatwerkprofielen staan in paragraaf 4.5.12.

### **Kortdurende Meerzorg/ Preventieve Meerzorg**

Naast aanvraag van een Meerzorgprofiel of een Maatwerkprofiel is het mogelijk om Kortdurende of Preventieve Meerzorg aan te vragen. Deze Meerzorg is bedoeld om in individuele cliëntsituaties (verdere) terugval van functioneren te voorkomen of te beperken.

Of om tegemoet te komen aan een Meerzorgvraag bij een crisissituatie op de eigen woonplek. Dat kan via snelle onderbouwde inzet van expertise of uitbreiding van de zorg voor een kortdurende periode van 3-6 maanden. Door flexibele inzet van deze extra zorg kan langdurige inzet van Meerzorg worden voorkomen.

<sup>158</sup> Zie ZN document: Verantwoording financiële keuzes meerzorg-systematiek (Nieuwe regeling meerzorg ZIN 2022).

#### Voorwaarden voor inzet van Kortdurende/ Preventieve Meerzorg

- Er ligt een concreet vraag/ doelstelling.
- De verwachting is dat met de kortdurende Meerzorg doelen bereikt worden of een context op orde gebracht waardoor een vervolg op Meerzorg niet nodig is.
- Voor de beoordeling van een aanvraag worden dezelfde criteria gehanteerd als voor reguliere Meerzorgaanvragen. Ook wordt hetzelfde Vragenformulier en Rekentool gebruikt.
- Er is/wordt een collega zorgaanbieder of het CCE bij deze cliëntsituatie betrokken én
- Er is sprake van kennis- en handelingsbekwaamheid<sup>159</sup> van de interne betrokkenen.

#### 4.5.4 Uitgangspunten Meerzorg

##### Algemeen

- Het CIZ kan bij de indicatiestelling doorgeven dat er mogelijk sprake is van Meerzorg. Dat doet het CIZ alleen bij een cliënt die (non)invasieve ademhalingsondersteuning nodig heeft of bij een cliënt met een indicatie voor zorgprofiel VG5 of VG8 met complexe somatische problematiek waarbij permanent toezicht noodzakelijk is. Dit advies van het CIZ is niet bindend<sup>160</sup> maar is voor de zorgaanbieder en het zorgkantoor een handvat bij de beoordeling van een Meerzorgaanvraag.
- Een zorgaanbieder kan alleen Meerzorg aanvragen als de basiszorg op orde is. Daarmee wordt bedoeld dat de zorgaanbieder de zorg kan leveren zoals die beschreven is voor de zorgprofielen waarvoor hij gecontracteerd is (en die aan hem worden toegewezen).
- Het indienen van een Meerzorgaanvraag is altijd een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder met de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Een cliënt of zijn vertegenwoordiger moet instemmen met het indienen van een aanvraag. In het zorgplan wordt daarom vastgelegd of de zorgaanbieder namens de cliënt een Meerzorgaanvraag mag indienen en eventueel een bezwaarprocedure mag starten (na overleg met de cliënt, zijn vertegenwoordiger of zaakwaarnemer).
- Een Meerzorgaanvraag wordt pas ingediend als er geen andere oplossing mogelijk is of geen andere intramurale toeslag<sup>161</sup> kan worden ingezet. Zo kan bijvoorbeeld voor een cliënt in de laatste levensfase geen Meerzorgaanvraag worden gedaan. Ofwel Palliatief terminale zorg is een contra-indicatie voor Meerzorg (zie paragraaf 4.4 PTZ).
- Heeft iemand de ziekte van Huntington, het syndroom van Korsakov, een Langdurige bewustzijnsstoornis (LBS), Dementie met zeer ernstig probleemgedrag (DZEP) of een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening (GP+) én een zeer complexe en omvangrijke zorgbehoefte? Overleg dan eerst met het zorgkantoor of opname in een gespecialiseerd expertisecentrum<sup>162</sup> een betere oplossing is.
- Als door een nieuwe indicatie het geïndiceerde zorgprofiel wijzigt, dan vervalt een al afgegeven beschikking voor Meerzorg in alle situaties. Het nieuw geïndiceerde zorgprofiel kan namelijk meer ruimte bieden om de benodigde zorg in te zetten of mogelijk gecombineerd worden met een andere voorliggende intramurale toeslag. De zorgaanbieder of cliënt kan in deze situaties wel een nieuwe Meerzorgaanvraag indienen.

<sup>159</sup> In de situatie van onmacht of verlegenheid is er geen sprake van inzet van preventieve Meerzorg en moet eerst consultatie van een (externe) partij worden ingeschakeld.

<sup>160</sup> Het CIZ weegt de mogelijkheden van de sociale omgeving niet mee in de besluitvorming.

<sup>161</sup> Intramurale toeslag voor bijvoorbeeld Huntington, Gespecialiseerde epilepsiezorg, Niet strafrechtelijke forensische psychiatrie, Woonzorg gehandicaptenzorg kind of jongvolwassenen, Dagbesteding gehandicaptenzorg kind. Zie NZa beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

<sup>162</sup> Expertisecentra richten zich op problematiek die niet veel voorkomt maar wel hoog complex is (LVHC: Laag Volume Hoog Complex).



## Context

- Bij een Meezorgaanvraag wordt naar de individuele cliënt gekeken én naar de wijze waarop zijn context georganiseerd is. (Is de context al goed georganiseerd of is daarin bijvoorbeeld nog verbetering mogelijk.)
- Met context wordt de gehele situatie rondom een kwetsbare cliënt bedoeld. Bijvoorbeeld situering van de woning, met wie en met hoeveel mensen woont een cliënt samen, welke hulpmiddelen zijn er beschikbaar, welke vorm van zinvolle dagbesteding heeft de cliënt, welke partijen zijn betrokken in het systeem rondom de cliënt (denk aan familie, begeleiders, CCE), voelt het personeel zich voldoende veilig en wat is de deskundigheid en/ of continuïteit van de begeleiders. Elke partij kan namelijk invloed hebben op de rest, dat kan zich vertalen in de mate van vastlopen of bewegen bij het beantwoorden van de zorgvraag van een cliënt.
- Door aandacht voor de context van een cliënt is het mogelijk om hiervoor, naast de zorg, extra budget aan te vragen. Dat kan zowel bij een individuele Meezorg aanvraag als een aanvraag voor Groepsmeezorg. Deze context gebonden kosten moeten net zoals de directe kosten doelgericht worden ingezet en ook bijdragen aan het verbeteren van kwaliteit van leven en het welbevinden van een cliënt. Het gaat daarbij niet om welzijnsactiviteiten.

## Proces

- Een Meezorgaanvraag wordt pas ingediend als deze vóóraf is besproken met de cliënt, zijn vertegenwoordiger of zaakwaarnemer. De uitkomst van dit overleg wordt expliciet vastgelegd in het zorgplan van de cliënt. In dit zorgplan wordt beschreven waarom de zorgvraag niet past binnen het geïndiceerde zorgprofiel en welke aanvullende zorg via Meezorg wordt aangevraagd voor de individuele cliënt. Dit wordt beschreven via realistische, haalbare (Meezorg)doelen. In het zorgplan worden de ontwikkelingen bijgehouden/ gevolgd via evaluaties en bijstelling van de geformuleerde doelen.
- Een Meezorgaanvraag wordt ook pas ingediend als personeel daadwerkelijk beschikbaar is gezien de arbeidsmarktproblematiek. Let op: meerkosten voor personeel dat niet in loondienst is (PNIL) worden niet vanuit de Meezorg regeling vergoed.
- Bij Meezorg is altijd sprake van het (deels) overnemen van zorg door professionals. Er is een MDT (multidisciplinair team) betrokken om kwaliteit van leven van een kwetsbare cliënt te verbeteren of te handhaven. Betere kwaliteit van leven kan bijvoorbeeld zichtbaar worden in minder vrijheidsbeperking, hogere cliënttevredenheid, afbouw van MIC-meldingen<sup>163</sup> en/ of afbouw van medicatie.
- De zorgaanbieder legt voor de verantwoording vast op welke wijze de extra financiële middelen zijn ingezet voor een individuele cliënt. Het zorgkantoor kan zo bij een materiële controle nagaan of de gedeclareerde zorg hierop aansluit. En of dit de juiste zorg is gezien de Meezorgaanvraag. Of de Meezorg die is toegekend volgens afspraak is ingezet, is ook relevant voor evaluatie van de Meezorg.
- Voor het tijdig en juist declareren van de ingezette Meezorg bij een cliënt is één prestatie beschikbaar (deze prestatie kan alleen binnen de toekenningsduur van de beschikking worden gedeclareerd, tegen het toegekende bedrag).

### 4.5.5 Individuele Meezorg of Groepsmeezorg

Voor cliënten die verblijfszorg krijgen óf VPT (in een geclusterde woonvorm) kan een nieuwe Meezorgaanvraag worden ingediend, een her-aanvraag Meezorg of een wijziging op een bestaande Meezorg-beschikking.

---

<sup>163</sup> MIC-melding: deze Meldingen Incidenten Cliënten worden gebruikt om kwaliteit van zorg te verbeteren.

Dat kan via:

- Een individuele aanvraag of
- Een aanvraag voor Groepsmeezorg.
- Een aanvraag voor Preventieve Meezorg.

#### 4.5.6 Processtappen Meezorgaanvraag zorgaanbieder

- Een individuele Meezorgaanvraag voor één cliënt kan het hele jaar worden ingediend. Of een aanvraag betaald kan worden is afhankelijk van het nog beschikbare budget.
- Een aanvraag voor Groepsmeezorg<sup>164</sup> wordt in principe één keer per jaar ingediend (de Groepsmeezorg die voor jaar t wordt afgesproken gaat in op 1 januari van dat jaar).
- Alleen de zorgaanbieder waar een cliënt verblijft of die het VPT levert, kan Meezorg aanvragen. Dat gebeurt bij het zorgkantoor dat een contract heeft afgesloten met de organisatie waar deze zorgaanbieder bij hoort.
- Treedt een zorgaanbieder ook op als zaakwaarnemer (eerste aanspreekpunt) voor een cliënt in de Meezorgprocedure? Regel dit als zorgaanbieder dan vooraf goed met de cliënt of zijn vertegenwoordiger en leg dit ook vast in het zorgplan. Dit voorkomt bij eventuele gerechtelijke procedures onduidelijkheden.
- De zorgaanbieder checkt voor het opstarten van de aanvraagprocedure voor Meezorg of inzet van (interne of externe) consultatie een Meezorgaanvraag overbodig maakt. Of de basiszorg op orde is en/ of de diagnose al helder is. Als hierop nog actie nodig is, dan wordt dat eerst gedaan.
- Voor een Meezorgaanvraag gebruikt de zorgaanbieder altijd de actuele Meezorg<sup>165</sup> aanvraagprocedure waarin de Vragenlijst en de Rekentool is opgenomen. Zorgkantoren publiceren die op hun website.
- Voor een aanvraag Groepsmeezorg is een aangepaste Vragenlijst en Rekentool beschikbaar. De Vragenlijst sluit aan bij de individuele aanvragen maar geeft meer focus op de samenhang in de groep en context. In deze Vragenlijst wordt wel extra gevraagd naar de individuele en de groepsinzet om dubbele financiering te voorkomen.
- In de Rekentool voor een aanvraag Groepsmeezorg kunnen meerdere cliënten worden ingevuld. Vervolgens wordt per cliënt een individueel Meezorgprofiel óf Maatwerkprofiel berekend. Er wordt bij een Groepsmeezorg dus géén gemiddeld (gelijk) bedrag per cliënt berekend maar voor iedere cliënt een uniek (eigen) bedrag.
- Een aanvraag voor Groepsmeezorg kan bestaan uit alleen Meezorgprofielen, een combinatie van Meezorgprofielen en Maatwerkprofielen of alleen Maatwerkprofielen.
- Is bij een Meezorgaanvraag sprake van een 1:1 of 2:1 begeleiding? Dan wordt dit altijd onderbouwd bij de aanvraag. Er wordt toegelicht waarom deze begeleiding nodig is, wat deze begeleiding oplevert, welke interventies gedaan zijn/worden om deze inzet te voorkomen en hoe deze inzet wordt afgebouwd (visie of plan voor afbouw).
- Als alle informatie in de Vragenlijst en Rekentool is ingevuld én een cliënt in aanmerking komt voor Meezorg, wordt de aanvraag met een getekend voorblad naar het zorgkantoor gestuurd. Dit gebeurt via het Notitieverkeer of via een andere beveiligde manier van informatie-uitwisseling als de zorgaanbieder hiermee akkoord is.
- Het zorgkantoor neemt een aanvraag alleen in behandeling als deze is ingediend via een volledig ingevulde vragenlijst en rekentool. Bij een onvolledige aanvraag stuurt het zorgkantoor die terug met het verzoek om aanvullende informatie. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van de beschikking.

<sup>164</sup> Als in een lopend jaar door capaciteitsuitbreiding substantiële groei van Groepsmeezorg ontstaat, kan in overleg met het zorgkantoor de jaarlijkse afspraak voor Groepsmeezorg worden bijgesteld. Dit gebeurt alleen in uitzonderlijke situaties.

<sup>165</sup> De gewenste ingangsdatum van de Meezorg bepaalt de 'actuele' Meezorg aanvraagprocedure.

- De ingangsdatum van een beschikking kan in principe niet voor de datum liggen dat de volledige aanvraag bij het zorgkantoor is ingediend.  
Start de Meezorg later dan de aanvraagdatum, dan wordt de ingangsdatum hierop aangepast. Een aanvraag met startdatum in het verleden is niet mogelijk.
- Het zorgkantoor kan bij een aanvraag vragen om extra informatie of om een locatiebezoek (bijvoorbeeld bij een hoge Meezorgaanvraag).
- Het zorgkantoor koppelt besluitvorming over een aanvraag via het Notitieverkeer of via een andere beveiligde informatie-uitwisseling terug aan de zorgaanbieder.
- Verandert de zorginzet in uren bij een cliënt met Meezorg dusdanig dat de cliënt hierdoor in een lager Meezorgprofiel uitkomt? En geldt dit voor minimaal 3 maanden? Dan moet de zorgaanbieder het zorgkantoor hierover informeren. Bij de melding wordt een actueel ingevulde Rekentool aangeleverd. Het zorgkantoor kan besluiten om de beschikking Meezorg aan te passen. De einddatum van deze nieuwe beschikking krijgt de einddatum van de voorgaande beschikking.
- Is verlenging van de Meezorg noodzakelijk (her-aanvraag)? Dan vraagt de zorgaanbieder die minimaal 8 weken maar uiterlijk 10 weken vóór het verlopen van de beschikking aan bij het zorgkantoor. Er is dan een zo actueel mogelijk beeld van de zorgbehoefte bij de cliënt. Het indienen van een her-aanvraag is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder met de cliënt. Een aanvraag die te laat is ingediend kan gevolgen hebben voor de continuïteit en financiering van de Meezorg.
- Bij een her-aanvraag wordt weer de Vragenlijst en Rekentool gevuld. Daarin wordt aanvullend beschreven wat de Meezorg al heeft opgeleverd voor de cliënt en zijn omgeving (context) en waarom het logisch is om inzet van Meezorg te vervolgen. Daarnaast levert hij een gedegen schriftelijke evaluatie aan van de al toegekende Meezorg.

#### Processtappen beoordeling Meezorgaanvraag zorgkantoor

- Het zorgkantoor beoordeelt een aanvraag binnen 8 weken. Dit wordt berekend vanaf de ontvangstdatum van een volledig ingediende aanvraag. Kan het zorgkantoor de beoordeling niet binnen 8 weken afronden, dan stelt het zorgkantoor de aanvrager hiervan op de hoogte. Het zorgkantoor moet dan aangeven binnen welke redelijke termijn een besluit volgt. (zie artikel 4:14, derde lid, Awb).
- Het zorgkantoor kan expertise van een externe partij (bijvoorbeeld het CCE) inschakelen en vragen om inhoudelijk mee te denken over een aanvraag. De externe partij heeft vanuit de inhoud een adviserende rol aan het zorgkantoor. In deze situaties neemt het zorgkantoor, op basis van alle informatie, binnen 12 weken een besluit (de streeftermijn is 10 weken).
- Het zorgkantoor legt het besluit op een Meezorgaanvraag vast in een beschikking en stuurt die beschikking, via een beveiligde route, naar de aanvragende zorgaanbieder. In de beschikking staat of de aanvraag voor een cliënt akkoord is.
- Is er een positieve beschikking afgegeven dan ontvangt de zorgaanbieder daarnaast informatie over het toegekende Meezorg bedrag en de toegekende periode. Afhankelijk van het zorgkantoor gebeurt dit via de positieve beschikking of via een apart format.
- Afhankelijk van de zorgvraag wordt een looptijd gehanteerd van maximaal 3 jaar. Tenzij er redenen zijn om hiervan af te wijken. Dit is onder andere afhankelijk van de doelen en het perspectief van de cliënt en eventueel de groep.
- Een positieve beschikking op een aanvraag van kortdurende of preventieve Meezorg geeft het zorgkantoor maximaal voor een half jaar af.
- Wordt het aangevraagde bedrag aangepast? Dan ontvangt de zorgaanbieder van het zorgkantoor een rekentool retour voor de onderbouwing hiervan.

- De zorgaanbieder legt de beschikking vast in het persoonlijke zorgplan<sup>166</sup> van een cliënt. En zorgt dat die altijd inzichtelijk is voor de cliënt en het zorgkantoor (materiële controle). Verder informeert de zorgaanbieder de cliënt over de inhoud van de beschikking. Dat geldt ook voor de verdeling van de directe en indirecte kosten. Deze zijn voor de cliënt altijd zichtbaar in zijn persoonlijke zorgplan.
- Bij een negatieve beschikking geeft het zorgkantoor hiervan een inhoudelijke en juridische onderbouwing bij de beschikking. Dat kan bijvoorbeeld omdat in de aanvraag onvoldoende is aangetoond dat de zorgvraag, de reguliere zorg overstijgt of omdat de basiszorg niet op orde is.

#### 4.5.7 Processtappen Groepsmeezorgaanvraag zorgaanbieder

Een aanvraag voor Groepsmeezorg kan worden ingediend als:

- Minimaal 2 cliënten van één groep of op één (intramurale) locatie in aanmerking komen voor Meezorg<sup>167</sup>. Een groep bestaat dus uit 2 of meer cliënten. En
- Er sprake is van één vast team dat verantwoordelijk is voor de zorg. Het kan dus ook gaan om een groep van individueel wonende cliënten op een locatie die door één team worden begeleid. Bijvoorbeeld cliënten die individueel wonen in een geclusterde woonvorm en zorg in de vorm van een VPT krijgen.
- Groepsmeezorg een efficiëntere oplossing biedt (minder budget nodig) dan de combinatie van meerdere individuele aanvragen binnen de groep.
- Het om een homogene groep gaat waarbij de begeleidingsbehoefte van cliënten sterk overeenkomt en er instrumenten/interventies kunnen worden ingezet die de context verstevigen en het team gemotiveerd houden.  
Denk hierbij aan deskundigheidsbevordering voor hele specifieke doelgroepen, extra training voor specifieke zorgvragen, coaching op hoe om te gaan met extreme agressie, extra intervisie voor medewerkers die te maken hebben met (zeer) complex gedrag of kosten voor inventaris en kleine verbouwingen;
- Wanneer bij een cliënt de zorgvraag en zorgkosten sterk afwijken van de rest van de groep, dan kan hiervoor individuele Meezorg worden aangevraagd. Dit kan naast de Groepsmeezorg voor de andere cliënten in de groep.

Kenmerkend voor Groepsmeezorg

- Vanuit de groep kan beter naar de context worden gekeken en wat voor de gehele groep nodig is.
- Inzet van Meezorg is zowel afgestemd op de individuele cliënt als op de groep.
- Iedere cliënt krijgt een eigen beschikking. Afhankelijk van het zorgkantoor staat in de beschikking van een cliënt het individueel toegekende Meezorg bedrag (Meezorgprofiel of Maatwerkprofiel) en de duur van de individuele beschikking. Anders wordt deze informatie via een apart format met de zorgaanbieder gedeeld.
- Bij overlijden of invoegen van een nieuwe cliënt heeft dit geen invloed op de individuele beschikkingen van de rest van de groep. Omdat het een op de individu afgestemde beschikking/ bedrag is, hoeft er geen herberekening plaats te vinden voor de rest van de groep).

Wanneer context gebonden kosten bij Groepsmeezorg aanvragen?

- Voorwaarde voor een aanvraag van context gebonden kosten is dat deze altijd in relatie staan met de extreme zorgzwaarte van een cliënt of groep cliënten.

<sup>166</sup> In bijlage A staat meer informatie over het zorgplan uitgeschreven, zie ook hoofdstuk 3 en 4.

<sup>167</sup> Pgb gefinancierde locaties zijn een contra indicatie voor een aanvraag Groepsmeezorg.

- Het budget moet daarvoor doelgericht worden ingezet en het gaat in deze situaties in het algemeen om incidentele kosten. Denk aan specifieke deskundigheidsbevordering, specifieke training of een kleine verbouwing.
- Verder mag een aanvraag voor deskundigheidsbevordering niet gaan over reguliere deskundigheidsbevordering, intervisie of over een gangbare methodiek.

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

Mogelijke wijzigingen zijn dat:

- Een nieuwe cliënt bij de groep komt wonen die ook een extreme zorgvraag heeft.
  - Voor deze cliënt dient de zorgaanbieder tijdens het lopende jaar altijd eerst een individuele aanvraag voor Meezorg in, waarbij de naam van de groep in de aanvraag wordt vermeld<sup>168</sup>. Het zorgkantoor geeft voor deze cliënt een individuele beschikking af. Bij de eerstvolgende evaluatie (Meezorgdialoog) wordt de samenstelling van de groep opnieuw besproken.
- Een cliënt verhuist naar een andere groep of locatie. In deze situatie:
  - Neemt de cliënt bij verhuizing zijn Meezorgprofiel of Maatwerkbudget mee naar de andere groep of locatie voor de maximale duur van 6 maanden. (Zie paragraaf 4.5.11 Verhuizing);
  - Vervalt voor de bestaande groep het Meezorgprofiel van de vertrekkende cliënt inclusief het context gebonden gedeelte dat bij deze groep hoort. De zorgaanbieder kan voor deze cliënt namelijk geen declaraties meer indienen.
  - Wijzigen de individuele Meezorgprofielen van de overblijvende cliënten in de groep niet. In bijzondere situaties gaat de zorgaanbieder met het zorgkantoor in gesprek, om tot een passende oplossing te komen (voor bijvoorbeeld het wegvallen van een gedeelte van de context-gebonden middelen).
- Een cliënt overlijdt. De overlijdensdatum wordt bij Meezorg nog apart doorgegeven aan zorgkantoor. Wordt er na het overlijden van een cliënt, weer een nieuwe cliënt opgenomen met Meezorg, dan worden de processtappen gevolgd onder 'Er komt een nieuwe cliënt wonen'.

#### 4.5.8 Meezorgplan

Vraagt een aanbieder Meezorg aan voor één of meerdere (nieuwe) individuele cliënten of (nieuwe) groepen? Dan levert deze aanbieder in een aantal situaties bij het zorgkantoor ook een Meezorgplan aan. In het Meezorgplan wordt ook een evaluatie gevuld als in het voorgaande jaar Groepsmeezorg is toegekend.

Wanneer levert een zorgaanbieder een Meezorgplan aan?

- Wordt er al Meezorg geleverd? Dan wordt een Meezorgplan aangeleverd als:
  - 10 of meer individuele cliënten Meezorg hebben.
  - Het zorgkantoor hier om vraagt bij minder dan 10 individuele cliënten met Meezorg.
  - De aanbieder hiervoor zelf het initiatief neemt bij minder dan 10 individuele cliënten met Meezorg.
  - Een of meerdere nieuwe Groepsmeezorg worden opgestart.
- Wordt er nog geen Meezorg geleverd? Dan wordt een Meezorgplan aangeleverd als er:
  - Een of meerdere nieuwe individuele cliënten een beroep doen op Meezorg of
  - Een of meerdere nieuwe groepen Groepsmeezorg worden opgestart.

<sup>168</sup> Een nieuwe cliënt kan niet zonder meer instromen in een bestaande groep, tenzij dit vooraf met het zorgkantoor is afgestemd en daarvoor toestemming is.

## Doel Meerzorgplan

Het Meerzorgplan is een handvat voor gesprekken (Meerzorgdialoog) over verbetering van kwaliteit van leven voor de groep cliënten met Meerzorg. De zorgaanbieder vult hiervoor het Format Meerzorgplan in. Het Meerzorgplan heeft betrekking op de totale populatie Meerzorg cliënten van een zorgaanbieder.

In het Meerzorgplan<sup>169</sup> staat beschreven:

- Hoe de Meerzorgpopulatie afgelopen jaar was samengesteld: het aantal bestaande Meerzorg cliënten (inclusief her-aanvragen) en het aantal nieuwe Meerzorg cliënten.
- Hoeveel cliënten van de totale populatie een Meerzorgprofiel of Maatwerkprofiel hebben of komend jaar krijgen.
- Wat de visie van de zorgaanbieder is op Meerzorg en de relatie met de context.
- Hoe de zorgaanbieder het afgelopen jaar met Meerzorg is bezig geweest en aan welke ontwikkelingen is gewerkt.
- Welke successen er afgelopen jaar behaald zijn er en welke zorgen liggen er nog voor de Meerzorgpopulatie (bijvoorbeeld beschikbaarheid van geschikt personeel).
- Op welke ontwikkelingen het komen jaar wordt ingezet en welke resultaten (kwaliteit, betaalbaarheid) de zorgaanbieder het komend jaar wil bereiken.
- Hoe de afstemming (inschakelen van) met andere zorgaanbieders loopt rondom deze doelgroep en hoe de samenwerking met externe deskundigen zoals het CCE verloopt.
- Op welke wijze de zorgaanbieder de opgedane expertise in de diverse groepen verbreedt. Hoe er intern geleerd wordt van Meerzorgtrajecten op andere plaatsen in de eigen organisatie en/ of bij andere zorgaanbieders (buiten de eigen organisatie). Hoe de opgedane expertise (voorbeelden) daarbij gedeeld wordt om van elkaar te leren en te blijven ontwikkelen.

## Meerzorgplan en Meerzorgdialoog

Een Meerzorgdialoog vindt plaats tussen het zorgkantoor, de zorgaanbieder die Meerzorg levert en het CCE. Een Meerzorgdialoog (evaluatie) vindt 1x per jaar plaats. Handvat voor het gesprek is het vooraf ingediende Meerzorgplan (terugblik op voorgaande jaar en vooruitblik op lopend jaar). Het zorgkantoor neemt daarbij het initiatief voor de Meerzorgdialoog<sup>170</sup>. De Meerzorgdialoog is onderdeel van de PDCA-cyclus<sup>171</sup> rondom Meerzorg.

## Doel Meerzorgdialoog

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

<sup>169</sup> Zorgkantoren publiceren een format voor invullen van het Meerzorgplan op de website.

<sup>170</sup> Als het om een beperkt aantal cliënten gaat voor een zorgaanbieder of om een beperkt budget, kan het zorgkantoor er voor kiezen het Meerzorgplan schriftelijk te beoordelen en af te handelen.

<sup>171</sup> PDCA staat voor Plan Do Check en Act

In de Meerzorgdialoog worden verder afspraken gemaakt over:

- Het aantal cliënten dat Meerzorg krijgt, verdeeld naar het aantal Meerzorgprofielen en/ of het aantal maatwerkprofielen per geïndiceerd zorgprofiel. Daarnaast het budget per cliënt (optelsom van directe en indirecte kosten).
- Het Meerzorgbudget voor komend jaar, dit gebeurt op basis van de evaluatie over de gehele populatie. Het zorgkantoor bepaalt uiteindelijk altijd de looptijd en het totale budget.
- Het aantal nieuw op te nemen cliënten in het lopende jaar (prognose), met een doorkijk naar jaar t+1. Ofwel via Groepsmeerzorg als daarvoor nog ruimte is ofwel via een individuele aanvraag.
- Inzet van het CCE bij ontwikkeltrajecten. Voor welke groepen, individuele cliënten en op welke thema's is dit nodig, als je kijkt naar kwaliteitsverbetering in samenhang met Meerzorg.
- Een eventuele hernieuwde meting (na de nulmeting bij aanvang).

#### **4.5.9 Het Ontwikkeltraject**

Voor iedere cliënt met Meerzorg wordt via een vaste cyclus van overleg een kwaliteitsslag gemaakt bij de uitvoering van de regeling Meerzorg. Hiervoor wordt het CCE inhoudelijke betrokken bij een cliëntsituatie<sup>372</sup> in de vorm van een ontwikkeltraject. (Dat geldt ook voor situaties waar de Meerzorg korter dan 3 jaar is toegekend of is verlengd.) Afstemming over de inhoud en het aantal ontwikkeltrajecten vindt plaats in de Meerzorgdialoog en/ of tussen de betrokken zorgaanbieder en het CCE.

Een ontwikkeltraject bestaat uit 2 aparte bijeenkomsten. Deze worden bij voorkeur binnen een kalenderjaar georganiseerd. Het initiatief daarvoor ligt bij de zorgaanbieder, deze bewaakt ook dat de bijeenkomsten plaatsvinden. Voor de gesprekken worden de cliënt of zijn vertegenwoordiger, het CCE en eventueel het zorgkantoor uitgenodigd. Een van de partijen kan daarbij (een) andere zorgaanbieder(s) vragen om deel te nemen aan een ontwikkeltraject gezien de aanwezige expertise bij deze aanbieder(s). Uitgangspunt is om het CCE minimaal 1x per 3 jaar te betrekken bij een cliënt met Meerzorg die gedragsproblematiek heeft.

#### **Doel ontwikkeltraject**

Belangrijkste doel van het ontwikkeltraject is het evalueren van de resultaten, het verkrijgen van inzicht en het doorvoeren van verbeteracties op het gebied van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van het bestaan voor een cliënt. Daarvoor worden inhoudelijke thema's rondom de cliënt en zijn context besproken. Dat gebeurt op basis van de huidige stand van zaken. Er wordt bepaald voor welke knelpunten in de zorg actie uitgezet moet worden, eventueel wordt de inzet/ aanvraag van Meerzorg bijgesteld. Alle betrokkenen krijgen zo zicht op de gewenste verbetering in kwaliteit van leven en de context van de cliënt(en).

Daarnaast worden ook concreet afspraken gemaakt over hoe de aanbieder aan dit perspectief gaat werken en wanneer de voortgang weer geëvalueerd wordt. De leereffecten van deze ontwikkeltrajecten zijn bij voorkeur intern schaalbaar.

#### **Kosten ontwikkeltraject**

De kosten voor een ontwikkeltraject worden betaald door de aanbieder. De actuele kosten voor een ontwikkeltraject zijn terug te vinden op de website van het CCE.

---

<sup>372</sup> Is er geen sprake van gedragsproblematiek dan wordt het CCE niet ingeschakeld, maar kan de zorgaanbieder een andere externe deskundige/ organisatie inschakelen.

#### 4.5.10 Bezwaarprocedure

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

#### 4.5.11 Verhuizing

- Het zorgkantoor dat een zorgaanbieder heeft gecontracteerd voor het leveren van Meezorg, beoordeelt de (individuele) Meezorgaanvraag voor een cliënt die hij van deze zorgaanbieder ontvangt.
- Verhuist een cliënt tijdens de toekenningsduur van de beschikking naar een andere zorgaanbieder, binnen dezelfde zorgkantoorregio of naar een andere zorgkantoorregio? Dan beoordeelt de nieuwe zorgaanbieder het zorgplan dat hoort bij de actuele Meezorg beschikking.
- Neemt de nieuwe zorgaanbieder het individuele zorgplan niet integraal over? Dan vervalt het besluit en kan deze zorgaanbieder een nieuwe aanvraag Meezorg indienen bij zijn regionale zorgkantoor.
- Neemt de nieuwe zorgaanbieder het individuele zorgplan wel integraal over? Dan blijft de geldige beschikking nog maximaal 6 maanden van kracht. Tenzij die beschikking eerder is afgelopen, dan geldt de einddatum van deze beschikking.
- Een periode van 6 maanden is voldoende voor de nieuwe zorgaanbieder om de zorgvraag (opnieuw) te beoordelen. Een cliënt verhuist veelal met een reden naar een andere zorgaanbieder. De zorgvraag en daarmee de inzet van de toeslag Meezorg kan er hierdoor heel anders uit komen te zien.
- Alle betrokken partijen bevestigen de verhuizing van een cliënt via het Verhuisformulier. Dit formulier is onderdeel van de Rekentool. In sommige gevallen kan het zorgkantoor vragen om een nieuw sjabloon Meezorg toe te voegen aan het Verhuisformulier.
- Het Verhuisformulier wordt ondertekend door betrokken partijen: eerst ondertekent de overdragende zorgaanbieder, daarna het overdragende zorgkantoor. Vervolgens ondertekent de nieuwe zorgaanbieder en als laatste het nieuwe zorgkantoor.
- Met het ingevulde en ondertekende Verhuisformulier wordt de overheveling van financiële middelen tussen zorgaanbieders en/ of zorgkantoren vastgelegd. Het nieuwe regionale zorgkantoor stuurt daarom ook een nieuwe (kortdurende) beschikking naar de zorgaanbieder die de cliënt overneemt.



#### 4.5.12 Overzicht Meerzorgprofielen en Maatwerkprofielen

In tabel 14 staat per geïndiceerd zorgprofiel<sup>373</sup> met welk Meerzorgprofiel(en) of maatwerkprofiel het gecombineerd kan worden. De bandbreedte van uren die hoort bij een combinatie zorgprofiel/ Meerzorgprofiel en het bijbehorende tarief staan, net zoals de Maatwerk tarieven, in de Rekentool. Het is geen statisch overzicht. Door ervaring met de gewijzigde methodiek kan dit veranderen.

Profiel	Meerzorg-profiel 1	Meerzorg-profiel 2	Meerzorg-profiel 3	Meerzorg-profiel 4	Meerzorg-profiel 5	Meerzorg-profiel 6	Maat-werk
VG5	○	○	○	○	○	-	
VG7	○	○	○	○	○	○	-
VG8	○	○	○	○	○	-	
VV7	○	○	○	○	○	-	
VV8	○	○	○	○	○	-	
LVG4	-	-	-	-	-	-	
LVG5	-	-	-	-	-	-	
SGLVG1	-	○	○	○	○	-	
LG5	-	-	-	-	-	-	
LG6	-	○	○	○	○	-	
LG7	○	○	○	○	○	-	
ZG3AUD	○	○	○	○	○	-	
ZG5VIS	-	-	-	-	-	-	
GGZ6B	-	-	-	-	-	-	
GGZ7B	-	-	-	-	-	-	
GGZW4	-	-	-	-	-	-	
GGZW5	-	-	-	-	-	-	

○	Meerzorgprofiel
-	Maatwerk

Tabel 14 Overzicht Meerzorgprofielen en Maatwerkprofielen

<sup>373</sup> Geïndiceerd zorgprofiel waarbij Meerzorg mogelijk is.

# 5. Crisiszorg

## Inleiding

In dit hoofdstuk wordt crisiszorg uitgewerkt voor iemand die (verwacht) recht heeft op Wlz-zorg. Daarvoor beschrijven we eerst de redenen voor het ontstaan van een crisissituatie en de eventuele gevolgen daarvan (paragraaf 5.1). Vervolgens gaan we in op een acute crisissituatie die leidt tot een gedwongen opname via een Inbewaringstelling (IBS) of crisismaatregel GGZ. Iemand kan ook crisiszorg krijgen zonder drang of dwang tot opname (vrijwillige crisisopname).

Voorwaarde voor inzet (en betaling) van crisiszorg vanuit de Wlz is dat iemand al beschikt over een Wlz-indicatie of met terugwerkende kracht een indicatie krijgt. In paragraaf 5.2 gaan we in op deze laatste situatie (nog geen Wlz-indicatie aanwezig). Aansluitend wordt in paragraaf 5.3 beschreven welke rol een partij heeft die betrokken is bij het regelen van crisiszorg voor een cliënt. Dit kan per sector anders ingevuld worden. Als dat het geval is, wordt dit verder uitgeschreven onder de crisiszorg voor desbetreffende sector (paragraaf 5.4 tot en met 5.6).

## 5.1 Crisissituatie

### 5.1.1 Ontstaan crisissituatie

Een crisissituatie kan ontstaan door:

- Een ernstige, plotselinge (acute) wijziging in de gezondheidssituatie (aandoeningen, stoornissen, beperkingen) van een cliënt in de thuissituatie óf van de verzorgers of informele hulp (mantelzorg). Bijvoorbeeld door ernstige ziekte of overlijden. De acute verandering, ontregeling of uitval is onverwacht en expliciet te benoemen. Bij een acute, onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van een cliënt is direct na de medische diagnostiek en behandeling al duidelijk dat de cliënt blijvend is aangewezen op Wlz-zorg.
- Overvraging, overbelasting of het (deels) wegvallen van mantelzorg of het sociale netwerk in de thuissituatie.
- Escalatie van problematiek, bijvoorbeeld de ontwikkeling van ernstige gedragsproblemen. De oorzaak van een (dreigende) crisis bij, niet-begrepen gedrag van een cliënt, is vaak gelegen in de context waarin de cliënt verblijft (het systeem om een cliënt heen).
- Overbelasting van het professionele team, in de thuissituatie of bij de intramurale zorgaanbieder (woonsituatie van de cliënt).

### Gevolg acute gebeurtenis

Door deze acute gebeurtenis is er sprake van:

- Een substantieel andere inhoud (zorg of plaats) en omvang van de benodigde zorg.
- Een eventueel verzwaarde zorgbehoefte bij de cliënt die naar verwachting blijvend is.
- Een onaanvaardbaar gezondheidsrisico of ander gevaar voor de cliënt of zijn gezin of zijn woonomgeving (gevaarscriterium of risico op ernstig nadeel).

Deze (medische) risico's moeten worden voorkomen. Het gevaarscriterium (risico op ernstig nadeel) kan alleen opgelost worden met 24-uurs toezicht, maar dat is geen reguliere oplossing voor Wlz-zorg in de thuissituatie.

### Gevaarscriterium

In de situatie van een gevaarscriterium (risico op ernstig nadeel) is er sprake van:

- Voortdurend, acute bedreiging van het leven waarbij iemand niet de volledige regie heeft over zijn eigen leven. Iemand kan niet zelfstandig buiten een instelling wonen en heeft zorg nodig die alleen in een professionele zorginstelling mogelijk is. Zonder die zorg is er sprake van ernstig gevaar voor zichzelf, ernstige zelfverwaarlozing, ernstig verstoorde ontwikkeling, een risico voor mensen in zijn omgeving (door agressief gedrag) of een risico voor de algemene veiligheid (spullen in zijn omgeving kapot maken). Het gedrag kan zó gevaarlijk zijn dat er wel moet worden ingegrepen. Ook als niemand dat eigenlijk wil. Bijvoorbeeld: brandgevaar als iemand het gas laat aanstaan of dat iemand rookt terwijl dat niet veilig kan, niet voldoende eten of drinken, problemen met juiste medicatie inname, dwaalgedrag, wegloop gedrag, etc.
- Voortdurend, acute bedreiging van het leven waarbij iemand wel de volledige regie heeft over zijn eigen leven en kan en wil deelnemen aan de samenleving. In deze situaties gaat het om iemand met zeer ernstige/ zware lichamelijke beperkingen (bijvoorbeeld ernstige ademhalingsproblematiek) die is aangewezen op zorg met zeer korte responstijd. Er is een medische noodzakelijkheid tot direct ingrijpen omdat anders een levensbedreigende situatie ontstaat. Feitelijk moet er iemand 24 uur per dag in de directe omgeving van de cliënt zijn. Als iemand niet in staat is om zelf te alarmeren dan wordt dit geborgd door medisch technologie.

### Inzet crisiszorg

Een crisis kan zowel thuis als in een instelling ontstaan, bijvoorbeeld door ouderdoms- of gedragsproblematiek. In een crisissituatie kan crisisopname (verblijfszorg) in de Wlz een oplossing zijn maar dat is niet altijd noodzakelijk. Een crisissituatie kan thuis ook opgelost worden door bijvoorbeeld gedwongen behandeling of vrijwillige zorg via tijdelijke inzet van een expertteam zoals een FACT-team of een COT<sup>274</sup>.

---

<sup>274</sup> FACT: Flexible, Assertive Community Treatment. COT: Crisis- en Ondersteuningsteam

Doel inzet crisiszorg

Inzet van crisiszorg heeft een of meerdere doelen:

- **Rust** rond de cliënt en zijn leefsituatie te bewerkstelligen, met en zonder dagactiviteiten of onderwijsprogramma.
- **Observatie** en herschrijven van het zorgplan van de cliënt voor de zorg en begeleiding na terugkeer naar de eigen woonsituatie.
- **Behandeling** in een voor de crisissituatie passende omgeving. Behandeling op een crisisplaats richt zich alleen op het herstel van het evenwicht bij de cliënt en het krijgen van inzicht om herhaling van de crisis te voorkomen.  
Het inregelen van medicatie kan daar onderdeel van zijn. Het doel van de behandeling is dat de cliënt terug kan naar de woonsituatie waar hij vandaan komt.

### 5.1.2 Crisisopname en IBS

Vormt iemand een acuut, dreigend gevaar voor zichzelf of zijn omgeving (denk aan een verwarde persoon in de wijk), is opname de aangewezen oplossing én is er sprake van weigering of verzet van de cliënt tegen opname? Dan kan de burgemeester<sup>175</sup> voor iemand een IBS/ Wzd (Beschikking tot Inbewaringstelling) of Crisismaatregel/ Wvvgz afgeven voor een onvrijwillige, gedwongen opname. Een cliënt waarvoor een IBS of crisismaatregel GGZ voor verblijfszorg is afgegeven moet binnen 24 uur na afgifte zijn opgenomen.

In deze situaties wordt na een crisismelding bij de dienstdoende GGZ-crisisdienst<sup>176</sup> eerst een triage uitgevoerd. Triage is een medische selectie of screeningsmethode. In de triage wordt beoordeeld welke problematiek op de voorgrond staat (GGZ, GZ of VV/ PG) én of afgifte van een IBS/ Crisismaatregel GGZ noodzakelijk is. Op grond van de uitkomst van de triage kan een psychiater van de dienstdoende crisisdienst de burgemeester adviseren om voor iemand een IBS of Crisismaatregel GGZ af te geven.

Voor plaatsing van iemand met een Crisismaatregel GGZ is de regionale GGZ-crisisdienst verantwoordelijk. Plaatsing van iemand met een IBS (VG of VV/ PG problematiek) wordt ook door de regionale GGZ-crisisdienst opgepakt, tenzij dit regionaal anders is bepaald.

### 5.1.3 IBS VG-client zonder Wlz-indicatie

Voor iemand met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie kan een IBS worden opgelegd. Komt iemand ook niet in aanmerking voor een Wlz-indicatie omdat er sprake is van een IBS door medische noodzaak? Dan kan voor deze personen tijdens de IBS-periode toch een beroep worden gedaan op een Wlz-crisisbed. Ook al is dit formeel Zvw-zorg<sup>177</sup>.

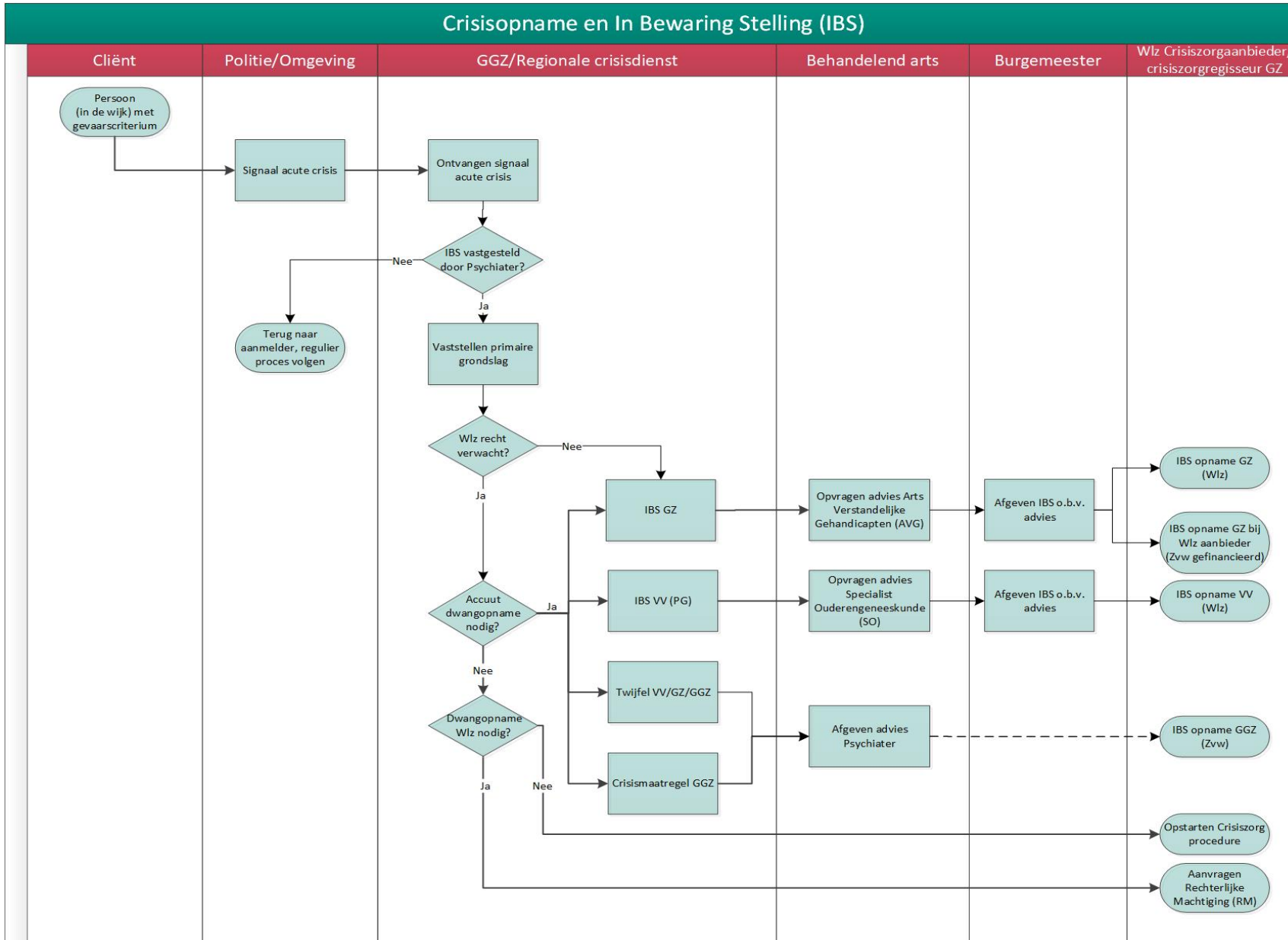
<sup>175</sup> Een IBS wordt afgegeven door de burgemeester van de gemeente waar iemand op dat moment verblijft.

<sup>176</sup> Dit kan een psychiater van de GGZ-crisisdienst zijn maar ook een psychiater die wordt ingeschakeld via een centraal meldpunt dat door een gemeente hiervoor is ingericht. Afhankelijk van de regio kan dit anders zijn ingevuld.

<sup>177</sup> Zorgverzekeraars kunnen deze zorg op dit moment nog niet goed organiseren omdat er onvoldoende zicht is op deze kleine kwetsbare groep. Daarom start hiervoor een 2-jarige pilot. Tijdens de pilotperiode wordt de inzet van deze bedden wel vergoed vanuit de Zvw. Op de websites van de zorgkantoren staat hierover meer informatie.

### **Instroom, doorstroom en uitstroom IBS VG-cliënt zonder Wlz-indicatie**

- Tijdens kantoortijd meldt een zorgprofessional iemand uit deze groep aan bij de crisisregisseur (paragraaf 5.5.2). Buiten kantoortijd gelden de regionale afspraken voor een IBS-cliënt met Wlz-indicatie.
- De crisisregisseur meldt de cliënt aan bij een zorgaanbieder met een beschikbare IBS-plek.
- De psychiater of arts AVG blijft verantwoordelijk voor de ondersteuning van de cliënt totdat een IBS-plek beschikbaar is. Zodra er plaats is, regelt die ook het vervoer hiernaar toe.
- Als de medische noodzaak voor de IBS vervalst, keert iemand terug naar de woonsituatie voorafgaand aan de IBS. Na ontslag is iemand feitelijk zelf weer verantwoordelijk voor het regelen van ondersteuning of zorg. Maar de betrokken VG-aanbieder kan de cliënt hierbij al helpen tijdens de IBS-opname als die daarmee akkoord gaat. Deze aanbieder kan namens de cliënt dan eventueel ondersteuning bij het Wmo-loket van de gemeente aanvragen.



Figuur 16 Crisisopname en IBS

## 5.2 Crisissituatie en nog geen indicatiebesluit

Woont iemand nog thuis en is er geen Wlz-indicatie aanwezig, eventueel wel zorg of ondersteuning vanuit een ander domein? Wijzigt een cliëntsituatie acuut naar een crisissituatie én is de verwachting dat de cliënt in aanmerking komt voor Wlz-zorg? Dan kan deze cliënt direct bij een zorgaanbieder worden opgenomen die gecontracteerd is voor Wlz-crisiszorg. Een Wlz-indicatie kan in deze cliëntsituaties met terugwerkende kracht worden aangevraagd bij het CIZ.

### Indicatiestelling CIZ

- Door bijzondere omstandigheden (acute verandering in een cliëntsituatie) kan het CIZ een indicatiebesluit met terugwerkende kracht afgeven.
- De ingangsdatum<sup>178</sup> van de indicatie is dan de datum dat het CIZ de aanvraag heeft ontvangen óf maximaal 5 dagen daarvoor als de zorg eerder is gestart dan deze datum.
- Het CIZ stelt wel als voorwaarde dat de aanvraag voldoende is onderbouwd met diagnostiek en aanvullende (medische) informatie<sup>179</sup>. Anders kan geen Wlz-recht worden bepaald.
- De aanmelder of (crisis)zorgaanbieder vraagt de indicatie zo snel mogelijk aan na het opstarten van de crisiszorg. Dit gebeurt via de spoedprocedure van het CIZ en wordt uiterlijk 5 werkdagen na de crisisopname gedaan, maar bij voorkeur op de eerstvolgende werkdag. In de aanvraag wordt expliciet vermeld dat het gaat om deze bijzondere omstandigheid.
- Wordt op de datum van de aanvraag al zorg verleend? Dan neemt het CIZ binnen 2 weken een besluit op de aanvraag. Geeft het CIZ geen indicatie voor de Wlz af, dan vallen de kosten voor (bemiddeling) van de crisisopname onder verantwoordelijkheid van de gemeente of zorgverzekeraar. Dit proces wordt verder niet in het voorschrift beschreven.
- Zolang er geen indicatiebesluit door het CIZ is afgegeven kan er geen zorgtoewijzing worden aangemaakt. De zorgaanbieder kan zonder zorgtoewijzing geen leveringsstatus of wachtstatus met classificatie doorgeven via het iWlz-berichtenverkeer. De crisiszorg kan zonder zorgtoewijzing (nog) niet gedeclareerd worden.

---

<sup>178</sup> De ingangsdatum van het indicatiebesluit is normaal gesproken de datum waarop het CIZ een beslissing neemt (CIZ-beleidsregels indicatiestelling Wlz).

<sup>179</sup> Zie <https://www.ciz.nl/zorgprofessional/meer-informatie/overzicht-benodigde-aanvullende-informatie-bij-een-aanvraag>

## 5.3 Rollen rondom crisiszorg

Deze paragraaf gaat in op de rollen van diverse partijen die betrokken zijn bij het organiseren en regelen van crisiszorg voor een cliënt.

### 5.3.1 Het zorgkantoor

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor:

- Het formuleren van eenduidig beleid voor crisiszorg en het informeren van betrokken ketenpartners over dit beleid.
- Inkoop van genoeg regionale crisisplaatsen (V&V/GZ) die voldoen aan de kwaliteitsnormen. Rekening houdend met het aantal inwoners per gebied en de bezetting van de crisisbedden in het voorgaande jaar (jaren).
- GZ: Het organiseren van een landelijk, dekkend netwerk van onafhankelijke crisisregisseurs GZ én inkoop van voldoende capaciteit Crisisondersteuningsteams (COT) in de regio's.
- GGZ: Afstemming met zorgverzekeraars over inkoop van voldoende acute psychiatrische zorg (GGZ) voor de Wlz. Zorgkantoren kopen zelf geen GGZ-crisisplaatsen in.
- Inkoop van voldoende vervolgzorg zodat een cliënt zo snel mogelijk doorstroomt naar reguliere zorg die past bij zijn/haar situatie. Dit voorkomt dat crisisplaatsen onnodig lang bezet zijn en niet beschikbaar komen voor nieuwe crisissituaties.
- Hulp en ondersteuning bij het regelen van crisiszorg of vervolgzorg tijdens kantooruren.
- Het publiceren van een overzicht op de website met contactgegevens en bereikbaarheid van regionale crisiszorgaanbieders, een regionaal coördinatiepunt (V&V) of regionale crisisregisseurs (specifiek GZ of GGZ). Deze publicatie wordt minimaal gecommuniceerd aan zorgaanbieders, politie, (GGZ-)crisisdiensten en SEH in de regio.
- Een rechtvaardige crisisopname. Cliënten (uit de regio) worden in volgorde van aanmelding of urgentie opgenomen. Er mag daarbij bijvoorbeeld geen onderscheid worden gemaakt naar zorgverzekeraar (bij welke zorgverzekeraar een cliënt verzekerd is).
- Het betalen van terecht geleverde crisiszorg als er een actuele Wlz-indicatie aanwezig is.

### 5.3.2 Crisiszorgaanbieder

De crisiszorgaanbieder:

- Levert, samen met andere regionale crisiszorgaanbieders, een uiterste inspanning om 24/7 bereikbaar te zijn voor aanmelding of beoordeling van een crisissituatie. Daarnaast wordt een uiterste inspanning geleverd om 24/7 over een crisisplaats te beschikken, zodat crisisplaatsing (inclusief IBS)<sup>180</sup> binnen de streefnorm kan plaatsvinden.
- Borgt dat er voldoende deskundig personeel beschikbaar is voor adequate crisiszorg.
- Neemt, na een crisismelding, het contact met een cliënt (of naaste) van bijvoorbeeld de behandelend (huis)arts over zodat die partij zoveel mogelijk wordt ontlast.
- Minimaliseert bij een crisissituatie de belasting voor de cliënt en zijn omgeving.

---

<sup>180</sup> Streefnorm IBS/GGZ crisismaatregel met Verblijf 0-24 uur. Streefnormen overige crisisplaatsingen: V&V 0-24 uur, GZ 0-48 uur, GGZ 0-72 uur. Zie ook paragraaf 2.5.5 Urgent plaatsen/Geen crisisbed beschikbaar.



- Is gemandateerd voor het inhoudelijk beoordelen en plaatsen van een crisissituatie als er sprake is van een vrijwillige opname/ geen verzet tegen opname van de cliënt. Is voor crisisaanmeldingen een centraal coördinatiepunt ingericht, dan voert de crisiscoördinator of crisisregisseur (GZ of GGZ) deze inhoudelijke beoordeling (zoveel mogelijk) uit.
- Vraagt aanvullende informatie (via een crisisformulier) op bij de bij de aanmelder/betrokken zorgprofessional als de crisiszorgaanbieder zelf de beoordeling uitvoert.
- Mag een cliënt (met Wlz-indicatie), die onvrijwillig moet worden opgenomen, **niet** weigeren als de vereiste Art. 21-verklaring voor de crisisopname nog niet aanwezig is. De crisiszorgaanbieder toetst altijd of de aanmelder hiervoor een aanvraag heeft ingediend bij het CIZ. Is dat nog niet gebeurd, dan wordt dit eerst gedaan door de aanmelder of crisiszorgaanbieder. LET op: de Wzd beschrijft dat zonder aanvraag of geldige Art. 21 verklaring een cliënt niet onvrijwillig mag worden opgenomen.
- Vraagt de aanmelder (altijd een zorgprofessional) of de cliënt al beschikt over een Wlz-indicatie. Bij een thuiswonende cliënt, weet de cliënt zelf of vertegenwoordiger of betrokken zorgaanbieder dit meestal wel. Is deze informatie niet bekend dan vraagt de crisiszorgaanbieder dit zelf na bij het zorgkantoor op de eerstvolgende werkdag.
- Beschikt een cliënt nog niet over een Wlz-indicatie? Dan wordt de aanmelder gevraagd om een Wlz-indicatie (en zo nodig een Wzd artikel 21 verklaring) aan te vragen. Als een persoon ondertussen al is opgenomen in een instelling, vraagt de crisiszorgaanbieder deze zelf aan. Dit gebeurt op de eerstvolgende werkdag via de spoedprocedure CIZ. De aanmelder levert hiervoor de beschikbare informatie zo spoedig mogelijk aan, zodat de crisiszorgaanbieder in staat is om een complete aanvraag in te dienen bij het CIZ.
- Beschikt een cliënt wel over een Wlz-indicatie, maar volstaat deze niet? Dan wordt overlegd met de dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT) als er een nieuwe indicatie (en Wzd artikel 21 verklaring) nodig is. De DH of CZT vraagt zo nodig een nieuwe indicatie aan als de cliënt of zijn naasten dit zelf niet kunnen. Dat geldt ook voor een artikel 21 verklaring. Dit gebeurt op de eerstvolgende werkdag via de spoedprocedure CIZ.
- Overlegt met de DH en het zorgkantoor over extra budget als een cliënt al Meezorg krijgt én het tarief voor crisiszorg niet voldoende is om verantwoorde zorg te leveren.
- Streeft ernaar om een crisisplaatsing zoveel mogelijk in de (sub)regio te laten plaatsvinden. De crisiszorgaanbieder, regionaal coördinatiepunt of crisisregisseur heeft mandaat van het zorgkantoor voor een eventuele bovenregionale crisisplaatsing. Is de (sub)regionale capaciteit structureel onvoldoende, dan vindt hierover overleg plaats met het zorgkantoor.
- Neemt zo snel mogelijk contact op met het zorgkantoor als op korte termijn geen crisisplaats beschikbaar is. Tenzij dit bij een crisisregisseur of regionaal coördinatiepunt is belegd. Heeft de crisiszorgaanbieder al een zorgtoewijzing voor Verblijf bij de cliënt, dan wordt dit signaal ook via een Mutatiebericht doorgegeven aan het zorgkantoor (MUT18: **wachtstatus Urgent plaatsen en classificatie Geen crisisbed beschikbaar**).
- Legt bij crisisplaatsing de (maximale) duur van de crisisopname in de overeenkomst met de cliënt vast en bespreekt dit met de cliënt of zijn vertegenwoordiger. De crisiszorgaanbieder bewaakt dat iemand zo snel mogelijk wordt opgenomen op een reguliere vervolgplaats als terugkeer naar huis niet mogelijk is.
- Stelt de DH (of CZT) op de hoogte van de crisisopname omdat deze verantwoordelijk is voor het regelen van vervolgzorg. Deze taak ligt niet bij de crisiszorgaanbieder, tenzij de cliënt op de wachtlijst staat bij deze zorgaanbieder.

- Neemt contact op met het zorgkantoor als er geen informatie over een DH (of CZT) bekend is, om deze te achterhalen óf voor hulp bij de zorgbemiddeling. Het realiseren van passende (vervolg)zorg is dan een gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- Vraagt toestemming aan het zorgkantoor om de crisisopname te verlengen als er binnen de afgesproken termijn nog geen passende oplossing is (deze termijn varieert per sector). Tenzij dit bij een crisisregisseur of regionaal coördinatiepunt is belegd.
- Geeft zorg-, behandel- of begeleidingsadvies mee, bij doorplaatsing naar reguliere zorg.
- Houdt een registratie<sup>181</sup> bij van iedere crisismelding zodat gevolgd kan worden of iemand binnen de streefnorm een (crisis)plaats heeft en waar deze (crisis)plaatsing heeft plaatsgevonden (bij welke zorgaanbieder, binnen of buiten de sub-regio, binnen welke zorgkantoorregio). Tenzij dit belegd is bij bijvoorbeeld een crisisregisseur of regionaal coördinatiepunt voor crisiszorg.
- Meldt een vrije crisisplaats aan bij de regionale crisisdienst, de regionale crisisregisseur of een ander centraal coördinatiepunt (volgens regionale afspraken).
- Declareert de kosten van crisisopname van een cliënt bij het zorgkantoor als er een Wlz-indicatie is afgegeven. Of declareert de geleverde crisiszorg bij de gemeente of zorgverzekeraar als het CIZ geen Wlz-indicatie afgeeft.
- Meldt leegstand crisisbedden aan het zorgkantoor in het kader van de verantwoording rondom de productieafspraken en betaling van deze leegstand (zorginkoop).

### 5.3.3 Dossierhouder

De dossierhouder (DH):

- Heeft zorgplicht voor een cliënt zoals het zorgkantoor die in de overeenkomst met de aanbieder overeen is gekomen.
- Probeert bij een thuiswonende cliënt een dreigende crisis thuis of een crisisopname zoveel mogelijk te voorkomen, door adequaat te handelen op een veranderende cliëntsituatie. Zo nodig wordt, via de betrokken CZT, extra budget voor zorg thuis aangevraagd.
- Vraagt via een AAT extra budget voor zorg thuis aan, wanneer een crisisopname niet kan worden voorkomen, maar er nog geen plaats beschikbaar is. Met als doel om via extra zorginzet het gevaarscriterium te minimaliseren.
- Is verantwoordelijk voor het regelen van vervolgzorg<sup>182</sup> (juiste plaatsing) als de DH niet zelf een crisisplaats kan aanbieden. Het dossierhouderschap stopt dus niet bij een crisisplaatsing, een crisiszorgaanbieder neemt deze rol niet over.
- Blijft RM-houder voor een cliënt, als de cliënt bij crisisplaatsing al beschikt over een Rechterlijke machtiging (RM). De dossierhouder regelt zo snel mogelijk vervolgzorg. Een RM is geen reden om een cliënt langer op een crisisplaats te houden dan nodig.
- Vraagt voor de crisiszorgaanbieder een zorgtoewijzing aan met soort zorgtoewijzing Overbrugging als de cliënt op een wachtlijst staat voor reguliere opname.

<sup>181</sup> Deze registratie hoeft niet periodiek aangeleverd te worden bij het zorgkantoor. Als het nodig is kan het zorgkantoor hier achteraf om vragen (voor analyse of verantwoording inzet crisisbedden).

<sup>182</sup> Vervolgzorg bestaat veelal uit doorplaatsing naar reguliere verblijfszorg maar dat kan ook zorg thuis zijn.

- Neemt zo snel mogelijk contact op met het zorgkantoor voor hulp bij de zorgbemiddeling, als op korte termijn geen reguliere verblijfszorg beschikbaar is en de doorstroom vanuit de crisisplaats een probleem is. Het zorgkantoor ontvangt dit signaal van de DH ook via een Mutatiebericht (MUT-code 18) op de zorgtoewijzing voor verblijfszorg, met de **wachtstatus Urgent plaatsen** en **classificatie Doorstroom crisisbed**.
- Probeert een crisisopname bij een cliënt die verblijfszorg krijgt te voorkomen. Bij het ontstaan van een dreigende crisis wordt tijdig extra expertise ingeschakeld of bijvoorbeeld extra deskundigheidsbevordering van medewerkers georganiseerd. Is crisisplaatsing niet te voorkomen dan wordt een cliënt tijdelijk overgeplaatst naar een andere locatie of zorgaanbieder voor crisiszorg (observatie en behandeling).  
Om de plaats beschikbaar te houden voor terugkeer van de cliënt, vraagt de zorgaanbieder een administratieve zorgtoewijzing aan (zie paragraaf 4.3.9).
- Is niet verantwoordelijk voor de (medische) zorg bij een crisiszorgaanbieder die niet onder de verantwoordelijkheid van de eigen organisatie valt.

#### 5.3.4 Coördinator zorg thuis

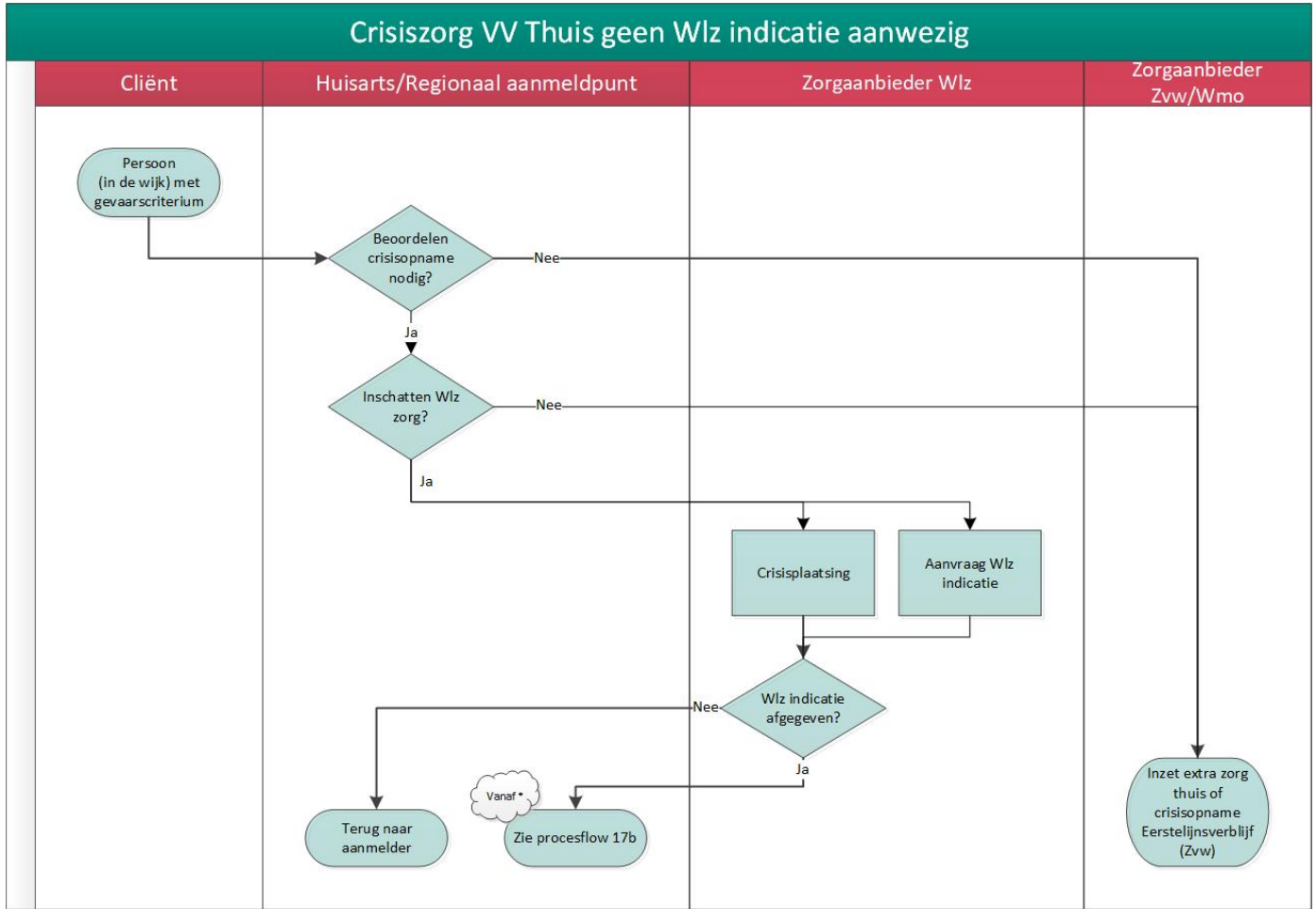
De coördinator zorg thuis (CZT):

- Heeft zorgplicht voor een cliënt zoals het zorgkantoor die in de overeenkomst met de aanbieder overeen is gekomen.
- Probeert zoveel mogelijk te voorkomen dat een crisisopname noodzakelijk is, door tijdig op een veranderende cliëntsituatie te reageren/handelen (zorg op te schalen).
- Signaleert tijdig het ontstaan van een dreigende crisissituatie thuis bij de huisarts en eventueel bij de dossierhouder.
- Regelt dat de zorg thuis tot crisisopname verantwoord wordt geleverd. Daarvoor kan kortdurend, extra overbruggingszorg worden ingezet. Als er sprake is van een acuut gevaarscriterium mag dit direct worden ingezet. Het zorgkantoor hoeft hier vooraf geen toestemming voor te geven (zie paragraaf 2.5).
- Heeft een cliënt nog geen zorgtoewijzing voor verblijfszorg én is (tijdelijke) opname noodzakelijk? Dan vraagt de CZT die zo snel mogelijk aan bij het zorgkantoor via een AAT.
- Stemt met de crisiszorgaanbieder of DH af om adequate vervolgzorg thuis te regelen als na de crisiszorg, een opname niet (direct) noodzakelijk is.

## 5.4 Processtappen crisiszorg V&V

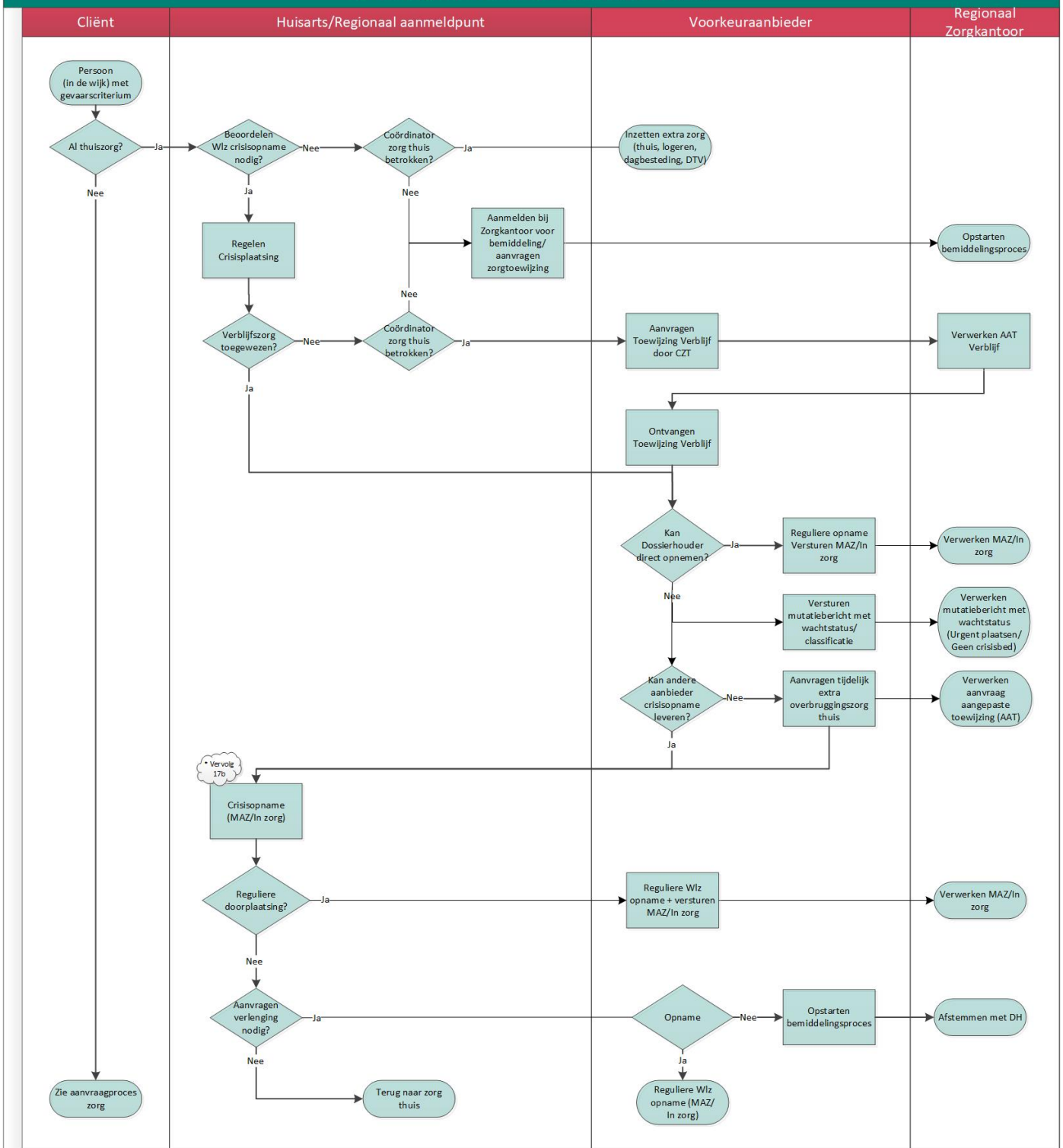
Hoe crisiszorg in de sector V&V wordt geregeld, is eerst uitgewerkt in een 3-tal procesflows. Daarna worden in een tabel de opvolgende processtappen nog een keer uitgeschreven.

Voor de procesflow rondom verblijfszorg geldt dat het incidenteel kan voorkomen dat een cliëntsituatie in een instelling acuut escaleert. Deze situatie wordt in de processtappen (paragraaf 5.4.2) verder niet uitgewerkt. Zorgaanbieders streven ernaar om dit te voorkomen door hier vooraf al een oplossing voor te zoeken (in regionale afspraken/ afstemmingsoverleg).



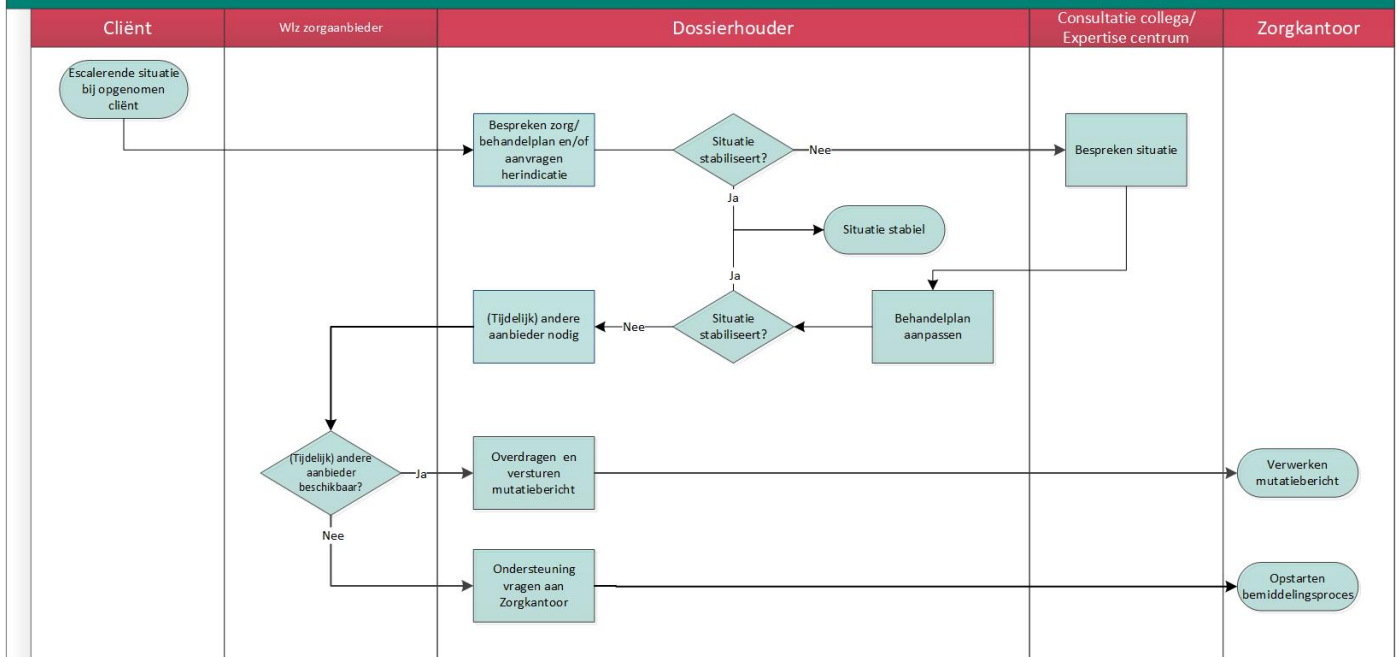
Figuur 17a Crisiszorg V&V Thuis (geen Wlz-indicatie aanwezig)

## Crisis zorg VV Thuis Wlz-indicatie aanwezig



Figuur 17b Crisiszorg V&V Thuis (Wlz-indicatie aanwezig)

## Crisis zorg VV Verblif



Figuur 17c Crisiszorg V&V Verblif

#### 5.4.2 Processtappen met bijbehorende rollen (tabel V&V)

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Clïënt thuis	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt.	-	Medisch: Huisarts
Signaleren probleemsituatie	De huidige thuissituatie wordt onverwacht en plotseling als probleem ervaren. Dit wordt door de cliënt of vertegenwoordiger van de cliënt bij de huisarts of betrokken wijkverpleging gesignaleerd. Een betrokken partij (zoals huisarts of wijkverpleging) kan dit ook zelf signaleren.	Clïënt, mantelzorg, familie, huisarts, wijkverpleging, CZT of eventueel andere ondersteuners	Medisch: Huisarts
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criteria crisisopname</li> <li>• Proces &amp; procedure</li> <li>• Mogelijkheden m.b.t. te volgen stappen en alternatieven</li> <li>• Beschikbare plaatsen</li> </ul>	Zorgkantoor, zorgaanbieders	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie bepaalt de huisarts of er een vermoeden is van een crisissituatie waarbij een crisisopname de best passende optie is óf dat er nog andere alternatieven zijn waarmee een crisisopname kan worden voorkomen. Bijvoorbeeld inzet van extra (ondoelmatige) thuiszorg <sup>183</sup> , respijtzorg of Eerstelijnsverblijf (ELV) als er nog geen Wlz-indicatie aanwezig is.	Huisarts	Huisarts
Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De huisarts zoekt met de cliënt, naaste/mantelzorger of wijkverpleging uit of de cliënt een geldige Wlz-indicatie heeft.	Huisarts, cliënt, familie, mantelzorg, wijkverpleging	Huisarts
Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	Nog geen Wlz-indicatie aanwezig? De huisarts schat in of de cliënt hiervoor in aanmerking komt en checkt daarvoor een aantal geldende criteria. Wordt crisisopname door de huisarts niet als meest adequate oplossing gezien? Dan valt verder verloop buiten scope van de Wlz. Einde proces crisisopname Wlz.	Huisarts (in overleg met wijkverpleegkundige)	Huisarts

<sup>183</sup> Thuiszorgorganisaties zijn 24 /7 bereikbaar voor inzetten van aanvullende zorg in thuissituatie.

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Einde proces crisisopname Wlz	De huisarts (HA) regelt een passend alternatief via de (al betrokken) thuiszorgaanbieder, de zorgverzekeraar of gemeente en verzorgt de overdracht.	Huisarts	Huisarts
Beslismoment: aanvragen crisisopname	Verwacht de HA dat de cliënt in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie dan wordt de aanvraag Wlz-crisisopname opgestart. De huisarts stelt daarvoor alle benodigde cliëntgegevens beschikbaar aan het Centrale regionale aanmeldpunt of Regionale coördinatiefunctie eerstelijnsverblijf (ELV). Is dit nog niet ingeregeld in de regio dan wordt contact opgenomen met een regionale crisiszorgaanbieder. De betrokken thuiszorgorganisatie kan eventueel aanvullende informatie <sup>184</sup> verstrekken.	Huisarts(enpost), Spoed Eisende Hulp, regionale coördinatiefunctie ELV/GRZ of GGZ-crisisdienst	Huisarts
Beoordelen crisisopname	Het Centrale aanmeldpunt/ Regionale coördinatiefunctie ELV of de crisiszorgaanbieder waar de cliënt wordt aangemeld, beoordeelt aan de hand van criteria (triage) of er aanleiding is voor crisisopname. Er is sprake van 24/7 bereikbaarheid, inzicht in beschikbare capaciteit en 24/7 beschikbaarheid consultatiefunctie van een SO, zodat de psychiater van de crisisdienst (IBS) deze kan raadplegen bij cliënten met multi-problematiek (wederkerigheid om elkaar te kunnen raadplegen).	SO (verlengde arm constructie mogelijk)	Crisiszorgaanbieder
Beslismoment: crisisopname nodig?	De Specialist Ouderengeneeskunde (SO) beslist of er daadwerkelijk sprake is van een crisissituatie of dat er sprake is van een IBS in het kader van de Wzd.	SO	Crisiszorgaanbieder
Geen crisisopname, terug naar aanvrager	Beoordeelt de SO dat er géén sprake is van een Wlz-crisisopname, dan neemt de SO met de huisarts of andere aanmelder contact op en geeft de aanvraag terug.	SO	Huisarts
Wel crisisopname: heeft de dossierhouder plaats?	Staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling voor opname? Dan is die zorgaanbieder de DH. Komt de cliënt eerst bij de crisiszorgaanbieder terecht, dan neemt die contact op met deze DH <sup>185</sup> .	Crisiszorgaanbieder	Dossierhouder en Crisiszorgaanbieder

<sup>184</sup> Hiermee worden ook de gegevens van de zorg bedoeld als de cliënt nog zorg krijgt vanuit de Wmo of Zvw.

<sup>185</sup> In dit document wordt niet ingegaan op juridische aspecten rondom gedwongen opname en rechterlijke machtiging.



Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
	De DH bekijkt of de cliënt kan worden opgenomen op een reguliere of crisis plaats binnen de organisatie. Is dat niet mogelijk dan wordt dit teruggekoppeld aan de crisiszorgaanbieder en relevante cliëntgegevens beschikbaar gesteld. Komt een cliënt rechtstreeks bij de DH dan neemt die eventueel contact op met een crisiszorgaanbieder als de DH geen mogelijkheid heeft voor (crisis)plaatsing.		
Reguliere opname	Heeft de DH een passende reguliere plaats beschikbaar? Dan wordt de cliënt daarop geplaatst en is er feitelijk geen sprake van een crisisopname.	Dossierhouder	Dossierhouder
Regelen crisisopname	Is er geen DH bekend (omdat het bijvoorbeeld om een nieuwe Wlz-cliënt gaat)? Dan wordt een crisisopname geregeld door de beschikbare crisiszorgaanbieder (hierover worden in de regio afspraken gemaakt). Is er niet direct een crisisplaats of andere oplossing beschikbaar (buiten de (sub)regios)? Dan kan het zorgkantoor, tijdens kantooruren, helpen met het vinden van een crisisplaats.	Crisiszorgaanbieder	Crisiszorgaanbieder
Crisisopname gerealiseerd	De cliënt is opgenomen bij een zorgaanbieder die gecontracteerd is voor crisiszorg.	Crisiszorgaanbieder	Crisiszorgaanbieder
Aanvraag Wlz-indicatie bij CIZ	Ontbreekt er nog een Wlz-indicatie dan vraagt de crisiszorgaanbieder die zo spoedig mogelijk aan na crisisopname (zie paragraaf 12.2).	Crisiszorgaanbieder	Crisiszorgaanbieder
Beslismoment: positief indicatiebesluit voor Wlz-zorg	Heeft het CIZ een Wlz-indicatie afgegeven en daarin een (voorkeur)aanbieder gevuld anders dan de crisiszorgaanbieder? Dan neemt de voorkeuraanbieder (DH) contact op met de crisiszorgaanbieder om de mogelijkheden voor (reguliere) plaatsing te bespreken/ te regelen.  Is in het indicatiebesluit niet de feitelijke voorkeuraanbieder opgenomen maar de aanvragende crisiszorgaanbieder? Dan wordt de crisiszorgaanbieder tijdelijk DH en stemt met de cliënt af wie zijn voorkeuraanbieder is. Vervolgens wordt hiervoor een zorgtoewijzing aangevraagd bij het zorgkantoor of draagt de crisiszorgaanbieder de zorgtoewijzing zelf over aan deze aanbieder via een Mutatie-bericht (iWlz berichtenverkeer) als deze de cliënt direct kan overnemen.	CIZ	Crisiszorgaanbieder

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
	Is er nog geen voorkeuraanbieder bekend en heeft de cliënt hulp nodig bij het maken van een keuze? Dan kan de crisiszorgaanbieder hiervoor het zorgkantoor of onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) inschakelen zodat zo snel mogelijk een DH bekend is voor reguliere plaatsing.		
Beslismoment: negatief indicatiebesluit voor Wlz-zorg	Wordt er, ondanks inschatting van de huisarts en de SO, geen Wlz-indicatie afgegeven door het CIZ? Dan zijn de crisiszorgaanbieder en de huisarts samen verantwoordelijk voor het regelen van een passend alternatief via de Wmo of Zvw. Einde proces.	Crisiszorgaanbieder/ huisarts	Crisiszorgaanbieder
Regelen doorplaatsing	De dossierhouder organiseert, zo nodig samen met het zorgkantoor, passende vervolgzorg naar een andere instelling of terug naar huis. Dit gebeurt binnen een termijn van 2 weken vanaf datum crisisopname. Eenmalige verlenging van de crisiszorgperiode (met maximaal 2 weken) kan ná overleg tussen de huisarts/ crisiszorgaanbieder/ DH en het zorgkantoor. Daarbij wordt aangetoond welke inspanningen zijn verricht om verlenging te voorkomen. Het zorgkantoor bevestigt de toestemming via het Notitieverkeer met vermelding van de einddatum.  De DH levert de juiste wachtstatus met classificatie aan als er niet direct plaats is (Urgent plaatsen/ Doorstroom crisisbed).	Dossierhouder	Dossierhouder
Vervolgzorg gerealiseerd.	De cliënt heeft reguliere vervolgzorg. Einde proces.	Zorgaanbieder/ dossierhouder	Zorgaanbieder/ dossierhouder

Tabel 15 processtappen met bijbehorende rollen (tabel V&V)

## 5.5 Processtappen crisiszorg GZ

De crisiszorg binnen de GZ verschilt van de V&V doordat cliënten andere zorgbehoeften hebben en er sprake is van ander zorgaanbod. Daarnaast kent de GZ twee extra rollen: de onafhankelijke crisisregisseur en het crisisondersteuningsteam (COT)<sup>186</sup>. Beide rollen worden in deze paragraaf verder beschreven. Aansluitend wordt de invulling van de overige rollen (aanmelder, DH, CZT en zorgkantoor) uitgewerkt in de tabel onder paragraaf 5.5.5.

Drie niveaus crisisplaatsen

De GZ kent drie niveaus binnen de crisisplaatsen. Deze drie niveaus zijn bedoeld om inhoudelijk en financieel een betere aansluiting te geven bij verschillende crisissituaties (mate van complexiteit in problematiek). De crisisregisseur bepaalt, aan de hand van de aard van de crisis, het niveau waarop een cliënt wordt geplaatst binnen de beschikbare plaats(en).

- **Niveau 1: Crisiszorg licht**

Crisiszorg licht is vergelijkbaar met logeertzorg. Het onderscheid met logeertzorg is de noodzaak voor acute beschikbaarheid van een crisisplaats én stabilisatie van de situatie. De cliënt vormt geen ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen (behandeling is in deze situaties vaak niet nodig). Agressie of psychiatrische problematiek staat niet op de voorgrond. Deze crisiszorg is kortdurend van aard en de cliënt kan worden geplaatst op een open (reguliere) setting, zonder specifieke gebouwaanpassingen.

- **Niveau 2: Crisiszorg midden**

Crisiszorg midden wordt ingezet bij een cliënt met matige tot ernstige problematiek, in combinatie met gedragsproblemen. De cliënt vormt geen ernstig gevaar voor zichzelf of anderen en eventuele psychiatrische problematiek staat niet op de voorgrond. Deze crisiszorg wordt geleverd in een gesloten setting in een aangepast gebouw. Er is extra kennis en expertise nodig én aanvullende aandacht voor risicosignalering. Het team rond het crisisplaats is in staat om agressie en meervoudige problematiek te hanteren.

- **Niveau 3: Crisiszorg zwaar**

Crisiszorg zwaar wordt ingezet bij cliënten met ernstige meervoudige problematiek en beperkte zelfredzaamheid. Er is vaak sprake van (acute) psychiatrische problematiek of ernstig middelengebruik/verslaving of zeer ernstige gedragsproblemen met risico's voor de omgeving. Een aangepaste beveiligde bouwomgeving, inzet van specifieke expertise en zorgverlening zijn noodzakelijk.

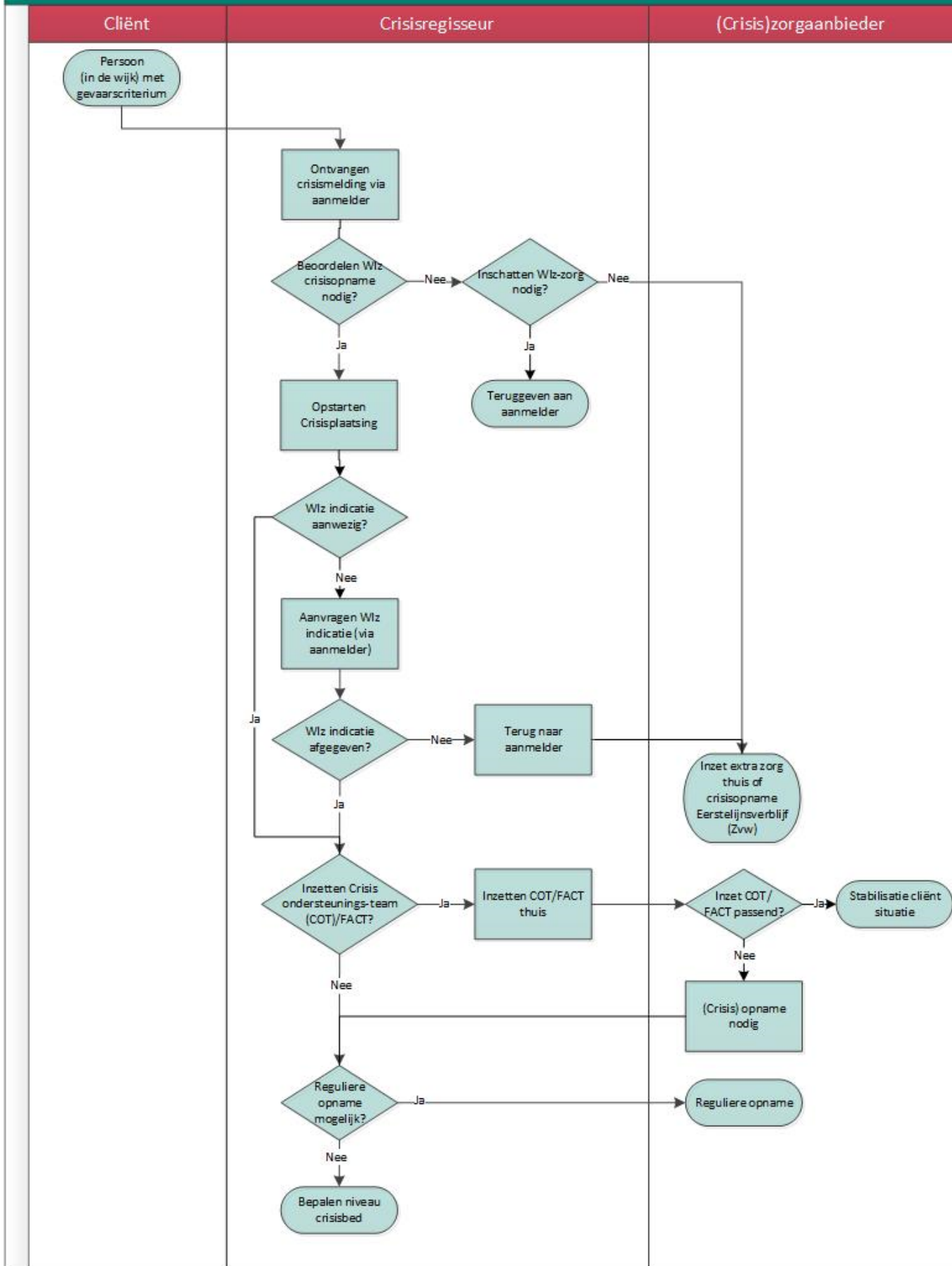
### 5.5.1 Procesflows crisiszorg GZ

In onderstaande procesflows wordt de crisiszorg voor de sector GZ in beeld gebracht. Zowel voor het ontstaan van een crisissituatie vanuit de thuissituatie als vanuit een instelling.

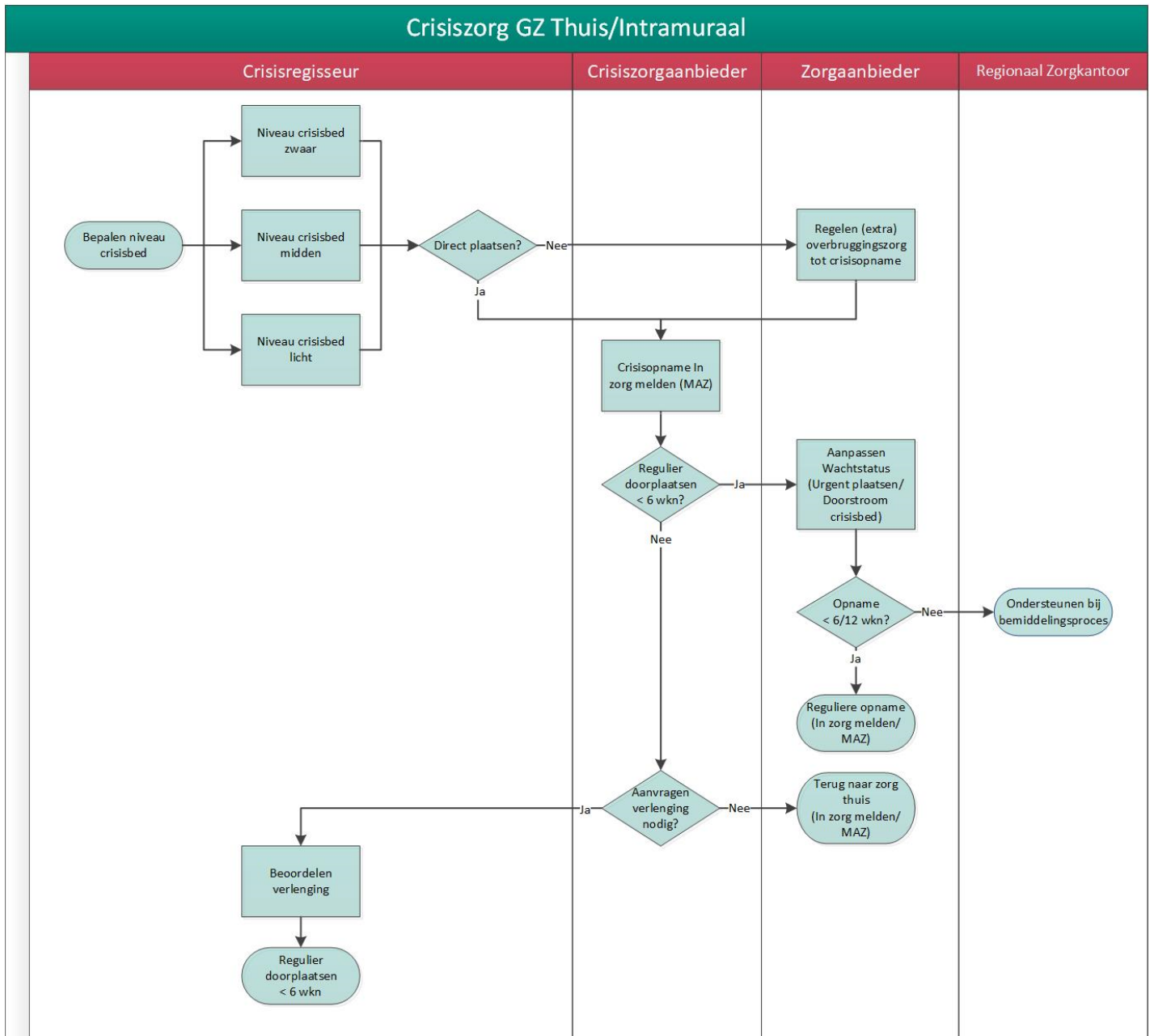
---

<sup>186</sup> Deze wijzigingen worden vanaf 2021 ondersteund via de NZa beleidsregels. Zo is er een aparte prestatie voor het COT en zijn er aparte prestaties met bijbehorende tarieven voor crisisopname licht, midden en zwaar [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_312745\\_22/2/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_312745_22/2/)

# Crisis zorg GZ Thuis

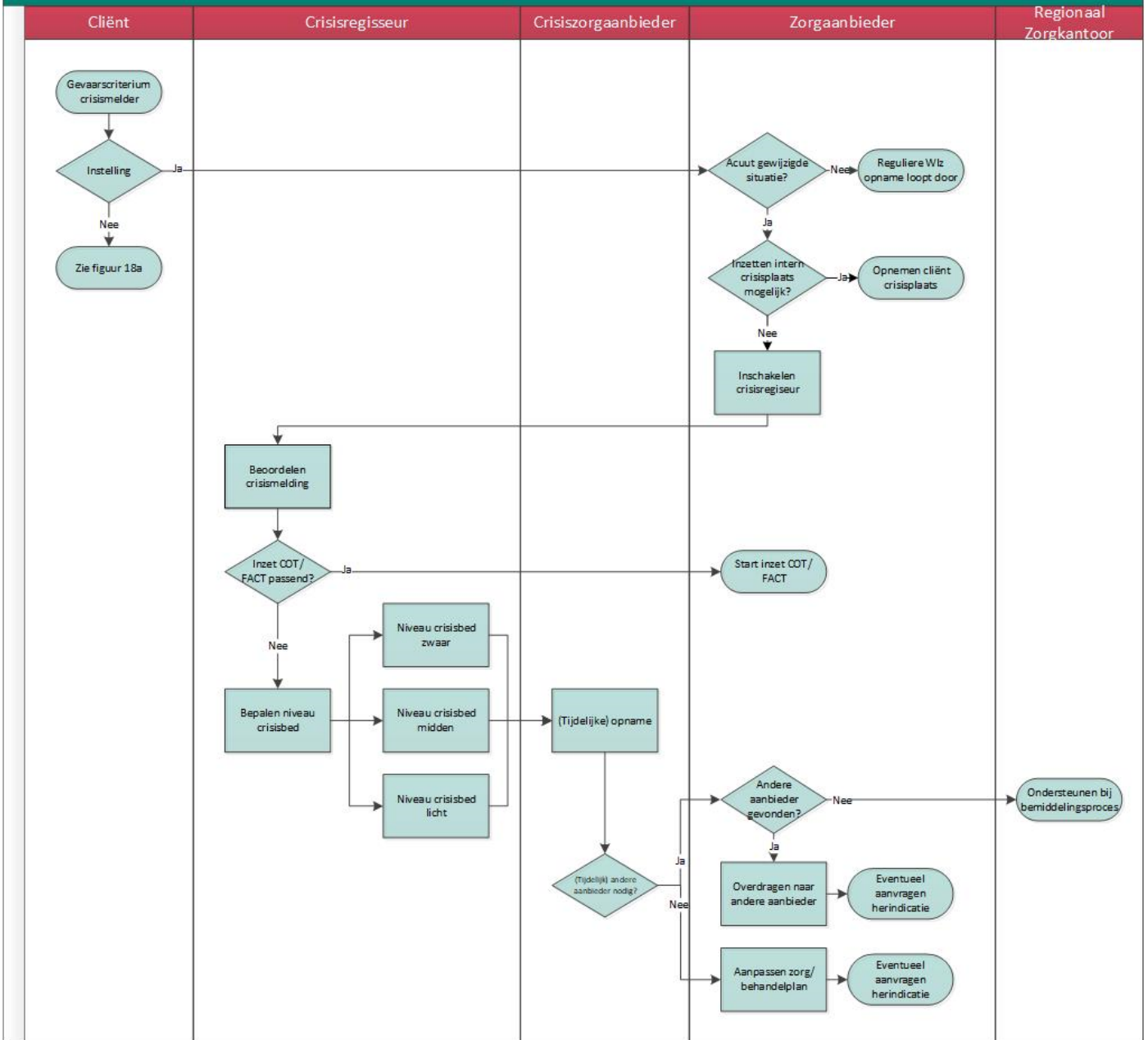


Figuur 18a Crisiszorg GZ Thuis



Figuur 18b Vervolg crisiszorg GZ

## Crisis zorg GZ Verblijf



Figuur 18c Crisiszorg GZ Verblijf

### 5.5.2 Onafhankelijke crisisregisseur

In de gehandicaptenzorg wordt voor het regelen van crisiszorg gewerkt met onafhankelijke crisisregisseurs. Een onafhankelijke crisisregisseur is de poortwachter (1e contactpersoon) voor alle (dreigende) crisissituaties VG in een bepaald gebied en voor crisissituaties LG en ZG waarvoor een GZ-crisisbed passend is. Er is een landelijk dekkend netwerk van crisisregisseurs, waarin crisisregisseurs over meerdere zorgkantorregio's heen werken.

#### Aanmelding crisis bij crisisregisseur

Crisiszorgaanbieders zijn regionale samenwerkingspartners voor de crisisregisseur. Crisisregisseurs zijn beschikbaar tijdens kantooruren. Buiten kantooruren kan een aanmelder in geval van een crisis met inschatting IBS, contact opnemen met de regionale crisisdienst GGZ. Tenzij hiervoor regionaal een ander meldpunt is ingeregeld. En voor overige crisissituaties wordt volgens regionale afspraken contact opgenomen met een crisiszorgaanbieder.

#### 5.5.2.1 Crisisregisseur

De crisisregisseur:

- Ontvangt een (telefonische) aanmelding van een (dreigende) crisissituatie altijd via een zorgprofessional. Dat geldt ook voor een VG-client zonder Wlz-indicatie met een IBS.
- Vraagt de aanmelder om de gegevens van de cliënt door te geven via een crisisformulier. De crisisregisseur stuurt dit formulier zo nodig door.
- Vraagt eventueel aanvullende gegevens voor de cliënt op bij de betrokken crisisdienst.
- Vraagt bij de aanmelder of vertegenwoordiger van de cliënt na of die al een Wlz-indicatie heeft en eventueel een Wzd-verklaring. De crisisregisseur kan dit eventueel ook navragen bij het zorgkantoor. Beschikt de cliënt nog niet over een Wlz-indicatie maar komt die daarvoor wel in aanmerking? Dan legt de crisisregisseur dit verzoek terug bij de aanmelder of de betrokken crisiszorgaanbieder.
- Toetst aan de hand van afgesproken criteria of er sprake is van een (dreigende) crisis. Analyseert daarvoor de aanvraag (triage) en maakt een eerste inschatting van de situatie.
- Wijst zo nodig de aanmelding af en legt bij de aanmelder de verantwoordelijkheid terug om passende zorg in de thuissituatie of bij een intramurale zorgaanbieder te regelen. De crisisregisseur kan eventueel adviseren om contact op te nemen met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).
- Bepaalt in geval van een (dreigende) crisissituatie of het COT moet worden ingeschakeld, crisisplaatsing nodig is of dat andere opties mogelijk zijn zoals inzet van (F)ACT-LVB<sup>187</sup>.
- Beoordeelt of een cliënt met een indicatie voor een zorgprofiel LG<sup>188</sup> of ZG het beste op een crisisplaats VG of een crisisplaats V&V past. De aanleiding van de crisis is belangrijk voor de keuze van de crisisplaats. Wordt de crisissituatie veroorzaakt door ouderdomsproblematiek (bijvoorbeeld psychogeriatrische problematiek) dan is de cliënt in principe aangewezen op V&V crisiszorg. Is er niet direct een duidelijke aanleiding aan te wijzen waarop een keuze gemaakt kan worden voor een V&V- of VG-crisisplaats?

<sup>187</sup> (F)ACT-LVB verwijst naar inzet van flexibele teams voor Intensieve ambulante (bemoei)zorg bij mensen met een licht verstandelijk beperking. Meer informatie hierover is terug te vinden via <https://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>

<sup>188</sup> LG: Lichamelijk gehandicapt. ZG: Zintuiglijk gehandicapt.

Dan is VG-crisiszorg de eerstaangewezen oplossing. Door vóóraf deze keuze te maken, wordt ongewenste vertraging in een crisisopname voorkomen.

- Adviseert over de aard van een crisis als een cliënt wordt aangemeld met een verstandelijk beperking én snijvlakproblematiek (bijvoorbeeld GGZ). Staat de psychiatrische problematiek op de voorgrond, dan verwijst de crisisregisseur naar de GGZ-crisisdienst. Beoordeling wordt dan gedaan door een GGZ-behandelaar eventueel in samenwerking met een AVG-arts. Dat geldt ook voor de situatie dat de lichamelijke problematiek op de voorgrond staat, dan wordt verwezen naar de V&V-crisisdienst.
- Bepaalt welke type crisisplaats (licht, midden of zwaar) nodig is en bemiddelt de cliënt naar een geschikte crisiszorgaanbieder. De aard van de crisis speelt daarin een rol. Bij plaatsing is een passende (type) plaats ondergeschikt aan het belang van een cliënt om zo spoedig mogelijk opgenomen te worden (de crisisregisseur is bij de plaatsing bepalend).
- Bepaalt waar een cliënt wordt geplaatst als er tijdens kantooruren een IBS wordt afgegeven. Dit gebeurt na onderlinge afstemming met de regionale GGZ-crisisdienst of het regionale meldpunt. Die neemt in deze situaties contact op met de crisisregisseur.
- Streeft ernaar om een cliënt binnen 48 uur op een crisisbed<sup>189</sup> te plaatsen. Voor een IBS is de streefnorm voor plaatsing binnen 24 uur.
- Bemiddelt de cliënt eventueel naar een COT-team. Een zorgaanbieder kan een COT-team zelf niet rechtstreeks benaderen, dit loopt via de crisisregisseur.
- Brengt het COT of de crisiszorgaanbieder in contact met de aanmelder en overlegt met hen over de mogelijkheden.
- Neemt zo nodig contact op met het COT, draagt zorg voor beschikbaarheid van inhoudelijke gegevens en be vraagt het COT of er binnen 48 uur contact is gelegd met de zorginstelling met een cliënt in crisis.
- Bewaakt de randvoorwaarden waarbinnen de crisisplaatsing wordt afgegeven.
- Zorgt dat de aanmelder of DH een RM of Wzd verklaring art. 21 aanvraagt als dat nodig is bij de cliënt voor een reguliere opname na de crisisopname.
- Heeft de regie maar neemt de verantwoordelijkheid van de aanmelder, DH of CZT niet over.
- Spreekt duur en voorwaarden voor de crisisopname af met de dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT), de crisiszorgaanbieder of het COT.
- Houdt gedurende de crisisopname contact met het COT, de crisiszorgaanbieder en DH. Volgt daarbij de resultaten op de gemaakte afspraken met alle betrokkenen én bewaakt of deze afspraken worden nagekomen. Bijvoorbeeld over de aard en omvang van de behandeling, de terugkeergarantie, het aanvragen van een (her)indicatie, het opstellen van een begeleidingsadvies of het zoeken van een vervolgplaats.
- Houdt contact met de crisisregisseur van een andere regio als voor de cliënt een crisisplaatsing buiten de eigen regio nodig was (bijvoorbeeld bij specialistische bovenregionale zorg of omdat er in de regio niet direct een crisisplaats beschikbaar was).

---

<sup>189</sup> Dat geldt ook voor de situatie dat een cliënt zijn volledige zorg via Pgb ontvangt (de aanmelder is dan bijvoorbeeld de huisarts of een professionele zorgverlener die via Pgb wordt ingekocht).



### 5.5.2.2 Overige taken en verantwoordelijkheden crisisregisseur

De crisisregisseur:

- Beheert alle crisisplaatsen in een of meerdere zorgkantorregio's en bepaalt wie hier gebruik van mag maken.
- Houdt een registratie bij van bezette en beschikbare crisisplaatsen.
- Houdt een registratie bij van de inzet van de COT's die in zijn/haar regio werkzaam zijn. (Een crisisregisseur kan met een of meerdere crisisondersteuningsteams te maken hebben).
- Bewaakt de duur van het verblijf van een cliënt op een crisisplaats. Dit is in principe 3 weken tot maximaal 6 weken.
- Beoordeelt of eventuele verlenging met maximaal 6 weken noodzakelijk is. De crisiszorgregisseur is voor besluitvorming hierover gemandateerd door het zorgkantoor.
- Bewaakt de duur van inzet van het COT. Voor inzet van het COT geldt een maximale duur van 3 maanden met de mogelijkheid van verlenging met 3 maanden.
- Analyseert in overleg met het zorgkantoor de ontwikkelingen in de regio, zoals knelpunten, bezettingsgraad, bovenregionale plaatsingen, inzet COT en aantal cliënten met IBS/RM. En bespreekt de uitkomsten met het zorgkantoor, de COT-teams en de crisiszorgaanbieders.
- Geeft waar nodig signalen af aan zorgaanbieders en zorgkantoor, bijvoorbeeld als hetzelfde team of dezelfde organisatie vaker dan normaal te maken heeft met crisissituaties.

### 5.5.3 Het crisisondersteuningsteam (COT)

Het COT is een multidisciplinair team en heeft als doel:

- Uitplaatsing te voorkomen door een (dreigende) crisis af te wenden, zodat een cliënt op de huidige verblijfslocatie kan blijven wonen. Dat doet het COT door aanvullend te werken op het team van de zorgaanbieder: het COT analyseert de cliëntsituatie en biedt handvatten voor de omgeving van de cliënt, de organisatie en beleid via voorbeeldgedrag, coaching of scholing. Deskundigheidsbevordering wordt op maat gegeven bijvoorbeeld: psychopathologie, medicatiegebruik en bejegening.
- Een crisisopname te verkorten. Dit gebeurt door gericht adviezen (en nazorg) te geven aan naasten, het team en management van de zorgaanbieder. Daarnaast zorgt het COT voor een goede overdracht en voorbereiding van de zorgaanbieder waar de cliënt na de crisisplaatsing naartoe gaat.
- Eventueel aanvullende diagnostiek te verrichten.

Het gaat dan bijvoorbeeld om situaties waarbij:

- Op de plaats waar de cliënt woont een onhoudbare situatie dreigt te ontstaan.
- Na een crisisopname extra begeleiding en ondersteuning nodig is voor een zorgvuldige terugplaatsing of vervolgplaatsing.
- Na een crisisopname de cliënt terugkeert naar de eigen woning om te voorkomen dat de situatie zich herhaalt.

### 5.5.3.1 Taken en verantwoordelijkheden COT

Het COT:

- Werkt over een of meerdere zorgkantoorregio's heen.
- Is een vast regionaal team (samengesteld uit regionale deskundigen).
- Neemt binnen 48 uur contact op met de aanmelder voor het plannen van een intake.
- Streeft ernaar om het intakegesprek binnen 3-5 werkdagen te voeren, na aanmelding van de cliënt door de crisisregisseur. Omdat de aanmelder deelneemt aan het intakegesprek is de planning afhankelijk van de mogelijkheden van de aanmelder.
- Betreft in het intakegesprek altijd 3 disciplines: begeleider (VG of GGZ-achtergrond), gedragswetenschapper (orthopedagoog of GZ-psycholoog) en leidinggevende van het team/ uit de organisatie. Ook de aanmelder neemt deel aan het intakegesprek (afhankelijk van de aanmelder met dezelfde disciplines).
- Voert naast het intakegesprek ook een dossieronderzoek uit.
- Stelt binnen 3-4 werkdagen na de intake een ondersteuningsvoorstel op (maatwerk);
- Start binnen 2-5 werkdagen met de uitvoering van het ondersteuningsvoorstel als hierover overeenstemming is met de aanmelder.
- Plant een tussenevaluatie (binnen 3-6 weken). Dit is afhankelijk van de behoefte van de cliënt, de aanmelder én de voortgang.
- Schrijft een inhoudelijke evaluatie (met respect en zonder waardeoordeel).
- Verzorg het verslag van bespreking met cliënt(systeem).
- Houdt de crisisregisseur op de hoogte van de voortgang.
- Stuurt een geanonimiseerd, definitief COT-verslag naar de crisisregisseur, zorgkantoor en betrokken zorgaanbieder over de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit verslag heeft het karakter van een ontwikkel- en leeraanbod voor het betrokken team/ zorgaanbieder. De veiligheid voor het team staat centraal. Het verslag kan voor het zorgkantoor aanleiding geven om een gesprek aan te gaan met het bestuur van de organisatie.
- Bespreekt wekelijks in het multidisciplinair team alle cliënten waar op dat moment ondersteuning voor loopt. Alle leden van het COT zijn hierbij aanwezig.
- Houdt een registratie bij (AVG-proof) van de NAW-gegevens van de cliënt, duur en aanleiding van de inzet van het COT en de crisiszorgaanbieder.

### 5.5.3.2 COT en CCE

- COT en CCE kunnen in cliëntsituaties samenwerken (in onderlinge afstemming).
- In tegenstelling tot een CCE-team wordt een regionaal COT kortdurend ingezet (bij de cliënt) en beperkt de inzet zich tot (dreigende)crisissituaties.
- Een CCE-team kan langdurig worden ingezet, in alle stadia van ernstig probleemgedrag, waarbij expertise over dit gedrag nodig is om de kwaliteit van leven van een cliënt te verbeteren (kwaliteit van leven staat onder druk). Het CCE stelt daarvoor een team samen uit een landelijk netwerk deskundigen die een specifieke cliënt in zijn/haar context kunnen benaderen.

#### 5.5.4 De crisiszorgaanbieder VG

De crisiszorgaanbieder:

- Houdt de beschikbaarheid van crisisplaatsen bij en meldt beschikbare plaatsen (direct) terug aan de crisisregisseur. De frequentie van melding wordt in onderling overleg bepaald.
- Neemt op verzoek van een crisisregisseur een cliënt tijdelijk op (crisisplaats), totdat de cliëntsituatie gestabiliseerd is of reguliere vervolgzorg beschikbaar is.
- Adviseert de crisisregisseur over een cliëntsituatie als een beschikbare crisisplaats niet geschikt is voor een cliënt. Dit gebeurt altijd met zwaarwegende, inhoudelijke motivatie.
- Streeft ernaar om een cliënt binnen 48 uur op een crisisbed te plaatsen (voor IBS < binnen 24 uur). Als dat niet lukt koppelt de crisiszorgaanbieder dit terug aan de crisisregisseur.
- Is medisch verantwoordelijk (AVG) voor een cliënt vanaf het moment van opname.
- Bewaakt dat de DH of CZT voor een cliënt vervolgzorg regelt. Ontstaat er een probleem bij het regelen van vervolgzorg binnen de streefnorm van 3 -6 weken dan informeert de crisiszorgaanbieder, de crisisregisseur.
- Draagt zorg voor adequate begeleiding, verzorging, verpleging of behandeling op basis van de zorgvraag van een cliënt.
- Zorgt voor passende bouwkundige voorzieningen, deskundig personeel en extra kennis en expertise bij een crisisopname midden of zwaar<sup>190</sup>.
- Adviseert betrokken partijen (bijvoorbeeld DH, tijdelijk andere intramurale aanbieder of CZT) over geschikte vervolgzorg of vervolgplaats.
- Geeft een behandel of begeleidingsadvies mee aan de reguliere zorgaanbieder.
- Zorgt voor uitvoering van alle procedures en rapportages op grond van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld de Wzd).

#### 5.5.5 De dossierhouder of coördinator zorg thuis

De dossierhouder (DH) of coördinator zorg thuis (CZT):

- Heeft een signalerende rol bij een dreigende of acute crisissituatie (aanmelder).
- Houdt de regie. En blijft bij een crisisopname bij een andere crisiszorgaanbieder primair verantwoordelijk voor de cliënt en het regelen van passende, reguliere vervolgzorg binnen de gestelde doorstroomtermijn. Dit is niet de verantwoordelijkheid van de crisisregisseur. De crisisregisseur of crisiszorgaanbieder kan de DH of CZT hierop aanspreken.
- Heeft minimaal wekelijks contact met de crisiszorgaanbieder over mogelijke reguliere vervolgzorg. In principe moet deze binnen 6 weken na de crisisopname geregeld zijn.
- Koppelt de mogelijkheden voor vervolgzorg terug aan de crisisregisseur en schetst daarbij het perspectief voor overname van de zorg van de crisiszorgaanbieder door de DH, CZT of (tijdelijk) andere zorgaanbieder. Eventueel mogelijkheden voor verlenging van de crisisopname (met maximaal 6 weken) wordt daarbij ook besproken.
- Brengt een cliënt zo nodig in bij een regionaal (keten)overleg met zorgaanbieders rondom crisiszorg/wachlijsten of complexe casuïstiek. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het regelen van passende, reguliere vervolgzorg. Eventueel kan afstemming worden gezocht met het zorgkantoor.

---

<sup>190</sup> Zie NZa beleidsregel [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_312745\\_22/2/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_312745_22/2/)

- Kan de voorkeuraanbieder (DH of CZT) een crisisplaatsing niet (direct) overnemen, dan wordt de wachtstatus Urgent plaatsen met classificatie Doorstroom crisisbed aangeleverd.
- Biedt in principe een terugkeergarantie aan voor de cliënt als de crisissituatie gestabiliseerd is. Is, in het belang van een cliënt of zijn omgeving, terugkeer naar de situatie van voor de crisis niet mogelijk of wenselijk? Dan bespreekt de CZT of DH samen met de cliënt de mogelijkheden voor passende, reguliere vervolgzorg en regelt die in. Zo nodig wordt een herindicatie aangevraagd bij het CIZ of het zorgkantoor of OCO ingezet voor ondersteuning en bemiddeling.

### 5.5.6 Processtappen Wlz-crisis zorg met bijbehorende rollen (tabel GZ)

Activiteit	Beschrijving	Uitvoerder	Verantwoordelijke
Cliëntsituatie	De bestaande situatie waarin een cliënt zich bevindt, thuis of in een instelling.	-	Medisch: Huisarts, AVG
Signaleren probleemsituatie	De huidige situatie wordt acuut als een probleem ervaren. De cliënt, vertegenwoordiger of netwerk van de cliënt, een betrokken zorgaanbieder of hulpverlener neemt contact op met de huisarts	MEE, netwerk van cliënt, huisarts, zorgaanbieders (zoals VG, begeleid wonen, wijkverpleging of CZT) of aan Jeugdwet-gerelateerde instanties	Medisch: Huisarts Psychiater (IBS) AVG
Informatievoorziening	Beschikbare informatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criteria crisisopname</li> <li>• Proces &amp; procedure (o.a. Crisisregisseur/COT)</li> <li>• Beschikbare plaatsen</li> </ul>	Zorgkantoor	Zorgkantoor
Beslismoment: vermoeden crisis?	Op basis van aanwezige informatie en criteria voor een crisisopname, wordt ingeschat of crisiszorg/ -opname de best passende optie is.	Aanmelder <sup>191</sup>	Aanmelder
Aanmelding crisis bij crisisregisseur (tijdens kantoortijden)	De aanmelder van een crisis bij de crisisregisseur is altijd een zorgprofessional. Bijvoorbeeld een hulpverlener van de zorgaanbieders die bij de cliënt betrokken zijn, huisarts etc.	Aanmelder	Aanmelder
Heeft de cliënt een geldige Wlz-indicatie?	De crisisregisseur zoekt uit of de cliënt beschikt over een geldige Wlz-indicatie. De aanmelder levert daarvoor alle benodigde informatie aan waarover hij beschikt zoals inhoudelijke rapportage, benodigde formulieren en documenten. Is er een Wlz-indicatie aanwezig, dan start de crisisregisseur het proces voor crisisplaatsing Wlz op.	Crisisregisseur, aanmelder, cliënt, mantelzorger	Crisisregisseur

<sup>191</sup> Een aanmelder is altijd een professionele hulpverlener.

Ligt een Wlz-indicatie voor de hand?	<p>Is er nog geen Wlz-indicatie aanwezig dan schat de regionale crisisregisseur samen met de aanmelder in of de cliënt hiervoor in aanmerking komt.</p> <p>Zo ja, dan vraagt de aanmelder, crisiszorgaanbieder of vertegenwoordiger van de cliënt een Wlz-indicatie aan. Dit is geen taak voor de crisisregisseur. De cliënt of eventueel iemand uit het directe netwerk van de cliënt wordt hierbij betrokken. Alleen voor iemand waarvoor een Wlz-indicatie wordt afgegeven, kan crisiszorg via de Wlz worden ingezet en vergoed. Anders eindigt het proces.</p>	Crisisregisseur, aanmelder, crisiszorgaanbieder, cliënt, mantelzorger	Crisisregisseur, aanmelder, crisiszorgaanbieder
Negatief indicatiebesluit CIZ Einde proces Terug naar aanmelder	Geeft het CIZ, ondanks inschatting, geen indicatie af voor de Wlz? Dan geeft de crisisregisseur de verantwoordelijkheid voor de cliënt terug aan de aanmelder. De aanmelder (professionele hulpverlener) regelt een passend alternatief en verzorgt verdere afhandeling richting de cliënt. Bijvoorbeeld Crisisopname GGZ, Eerstelijnsverblijf of respijtzorg (Wmo).	Crisisregisseur, aanmelder	Aanmelder
Wlz-indicatie zonder voorkeuraanbieder (DH of CZT)	Wordt er voor een nieuwe Wlz-client een indicatie afgegeven, en is er nog geen voorkeuraanbieder bekend (DH of CZT) voor de reguliere vervolgzorg? Dan bemiddelt het zorgkantoor deze cliënt zo spoedig mogelijk naar een passende zorgaanbieder. Dit gebeurt in afstemming met de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Zo nodig wordt hierover contact gezocht met de aanmelder of crisisregisseur.	Crisisregisseur, aanmelder, zorgkantoor	Zorgkantoor
Beoordelen en beslismoment crisiszorg	Op grond van vooraf vastgestelde criteria beoordeelt de crisisregisseur of er daadwerkelijk noodzaak is voor een crisisopname Wlz of dat inzet van het COT een adequate oplossing kan zijn.	Crisisregisseur	Crisisregisseur
Einde proces Terug naar aanmelder	Is er geen sprake van een crisisopname volgens de geldende criteria voor de Wlz? Dan wordt de aanvraag teruggedigd bij de aanmelder. Zie hierboven.	Crisisregisseur, aanmelder	Crisisregisseur, aanmelder

	De aanmelder coördineert met betrokken zorgaanbieders vervolgzorg, dat kan ook binnen de Wlz zijn als er een Wlz-indicatie is afgegeven. Deze rol wordt dan opgepakt door de DH of CZT.		
Crisisplaatsing	Komt een cliënt in aanmerking voor een Wlz-crisisopname, is er nog geen DH bekend, dan regelt de crisisregisseur een passende crisisplaats. De aanmelder draagt zorg voor de praktische voorbereiding voor overdracht van de cliënt. En regelt bijvoorbeeld ook dat de cliënt alle belangrijke persoonlijke spullen heeft bij opname (kleding, medicijnen etc.)	Crisisregisseur, aanmelder	Crisisregisseur
Beslismoment: heeft de DH plaats? Reguliere opname of crisisopname	Wordt de cliëntsituatie beoordeeld als een crisissituatie én staat de cliënt met een geldige Wlz-indicatie al op de wachtlijst bij een Wlz-instelling? Dan is er een DH. De crisisregisseur neemt dan eerst contact op met deze aanbieder om te bespreken of (reguliere of crisis) plaatsing mogelijk is. Heeft deze instelling een passende reguliere plaats, dan wordt de cliënt daar direct opgenomen. Is er geen reguliere plaats beschikbaar maar wel een crisisplaats? Dan neemt de DH de cliënt daar tijdelijk op en zorgt binnen de organisatie later voor vervolgplaatsing naar een reguliere plaats.	Crisisregisseur, dossierhouder	Crisisregisseur, dossierhouder
Is er geen reguliere of crisisplaats beschikbaar bij de DH	Kan de DH de cliënt niet opnemen dan levert deze wel gegevens aan bij de crisisregisseur of crisiszorgaanbieder die relevant zijn voor crisisplaatsing bij een ander crisiszorgaanbieder.	Crisisregisseur, dossierhouder	Crisisregisseur, dossierhouder
Regelen crisisopname bij (andere) crisiszorgaanbieder	Heeft de DH geen passende plaats beschikbaar? Dan regelt de crisisregisseur een crisisopname bij een crisiszorgaanbieder. De crisiszorgaanbieder neemt de cliënt over van de DH (of CZT).	Crisisregisseur, crisiszorgaanbieder, zorgkantoor	Crisisregisseur, crisiszorgaanbieder, zorgkantoor
Regelen vervolgaanbieder	Staat in het indicatiebesluit de crisiszorgaanbieder als voorkeuraanbieder, maar is die niet de feitelijke voorkeuraanbieder voor een cliënt? Dan bespreekt de crisiszorgaanbieder met de cliënt wie de voorkeuraanbieder is. De crisiszorgaanbieder kan hiervoor ook het zorgkantoor inschakelen. Als de voorkeuraanbieder bekend is vraagt de	Crisiszorgaanbieder, zorgkantoor	Crisiszorgaanbieder, zorgkantoor

	crisiszorgaanbieder een nieuwe zorgtoewijzing aan bij het zorgkantoor. De DH of CZT regelt vervolgens, in overleg met de cliënt en diens vertegenwoordiger, passende reguliere vervolgzorg.		
Crisisopname	De logistieke afstemming en uitvoering over de opname ligt bij de aanmelder, DH of CZT en de crisiszorgaanbieder. De regionale regisseur krijgt terugkoppeling over de opname via de crisiszorgaanbieder.	Crisisregisseur, crisiszorgaanbieder, aanmelder	Crisiszorgaanbieder, aanmelder
Crisisopname gerealiseerd	Het fysiek opnemen van de cliënt bij de crisiszorgaanbieder.	Zorgaanbieder crisisopname	Crisiszorgaanbieder
Regelen vervolgzorg	De DH of CZT regelt in overleg met de cliënt, passende reguliere vervolgzorg. Dit gebeurt binnen de norm zodat de crisisplaats niet onnodig bezet blijft. De DH of CZT informeert de crisiszorgaanbieder hierover en zorgt dat deze aanbieder de cliënt naar de (tijdelijke) zorgaanbieder kan overdragen.	DH of CZT, crisiszorgaanbieder	DH of CZT
Vervolgzorg gerealiseerd, einde proces	De cliënt krijgt passende, reguliere vervolgzorg. Einde proces	DH of CZT	DH of CZT

Tabel 16 processtappen met bijbehorende rollen (tabel GZ)



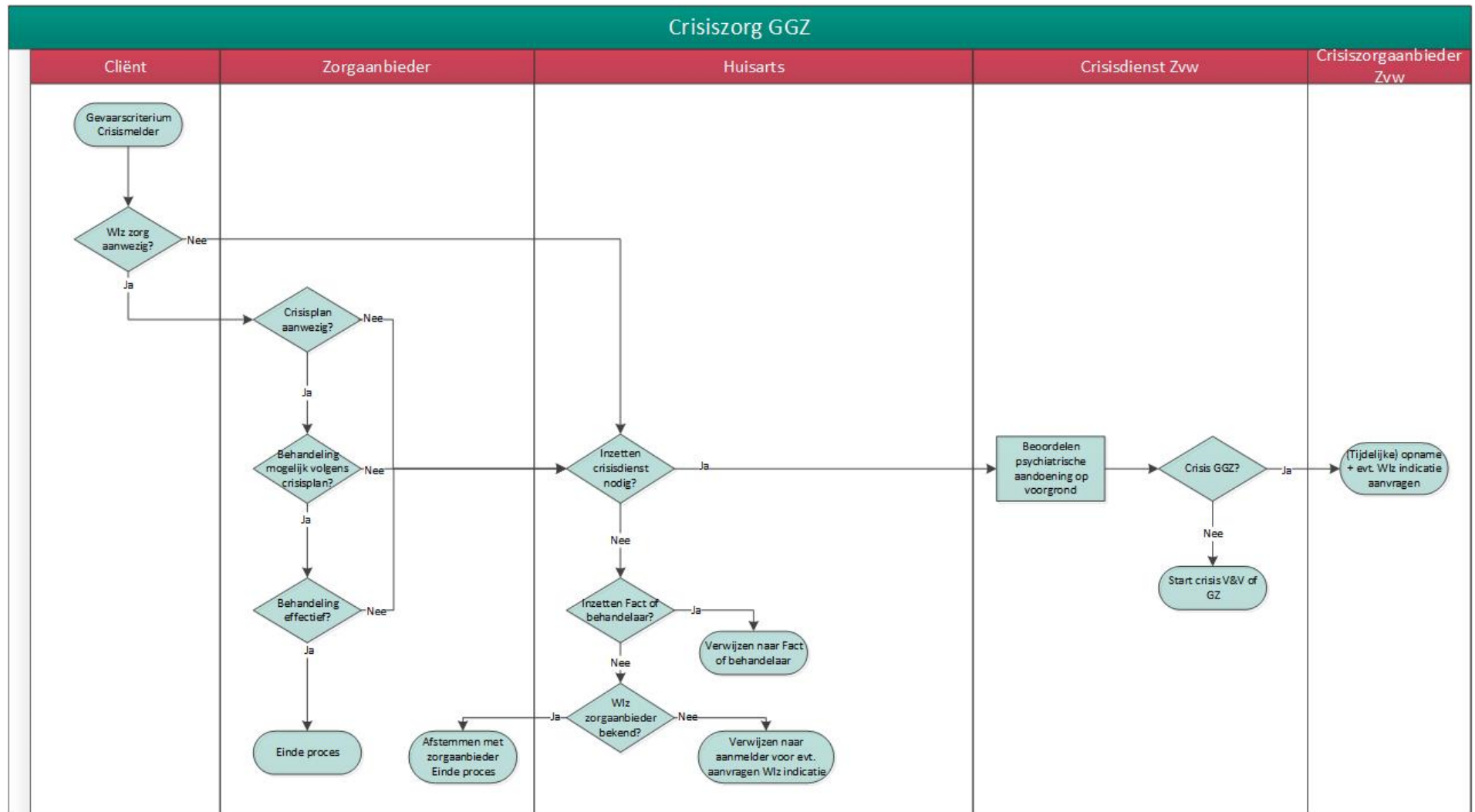
## 5.6 Processtappen crisiszorg GGZ

Voor de groep GGZW-cliënten geldt een afwijkend proces voor het regelen van crisiszorg. Een deel van de crisiszorg wordt namelijk ingezet en betaald vanuit de Zvw.

Regionale GGZ-crisisdienst

De regionale GGZ-crisisdienst;

- Wordt ingeschakeld als bij iemand een acute crisissituatie optreedt en de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat. Dat geldt zowel voor mensen zonder een Wlz-indicatie als voor mensen met een Wlz-indicatie.
- Crisisopname vindt na aanmelding binnen 24 uur plaats als dit noodzakelijk is.
- De eerste 72 uur wordt de noodzakelijke crisiszorg georganiseerd en betaald vanuit de Zvw. Specifiek gaat het dan om crisisplaatsen die namens alle zorgverzekeraars door één partij worden ingekocht in een bepaalde regio. Iemand kan op een dergelijke crisisplaats worden opgenomen ongeacht zijn zorgverzekeraar.
- Na deze eerste 72 uur kan de noodzakelijke crisiszorg worden verlengd voor iemand die in aanmerking komt voor Wlz-zorg. Dit kan maximaal voor een periode van 3 weken. De vergoeding van deze zorg loopt via de eigen verzekeraar van de cliënt.
- Binnen maximaal 3 weken en 3 dagen moet de zorg zijn overgenomen door een GGZ-zorgaanbieder die (ook) gecontracteerd is voor Wlz-zorg. Dat kan ook bij een V&V of GZ-zorgaanbieder als de problematiek gestabiliseerd is.
- In zijn algemeenheid zijn (crisis)zorgaanbieders GGZ zowel voor de Zvw als Wlz gecontracteerd. Voor de Wlz gaat het dan veelal om de prestaties die horen bij de zorgprofielen GGZB en GGZW (integraal tarief). In deze situaties kan tijdige uitstroom vanuit de Zvw naar de Wlz worden ingeregeld.



Figuur 19 Crisiszorg GGZ

# 6. Zorgweigeren en zorgbeëindiging

## 6.1 Inleiding

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

## 6.2 Zorgweigeren door zorgaanbieder

Onder zorgweigeren wordt verstaan het weigeren van zorg op zorginhoudelijke of op financiële gronden vóórdat de zorglevering is begonnen. Er is geen sprake van zorgweigeren als iemand vrijwillig instemt met overplaatsing naar een andere zorgaanbieder (vrijwillige overplaatsing). Of als voor iemand de zorg is toegewezen aan een verkeerde zorgaanbieder (niet de gewenste zorgaanbieder/agb-code geselecteerd bij de indicatiestelling of zorgtoewijzing).

De zorgaanbieder kan zorg weigeren:

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

#### Procedure zorgweigering voor een individuele cliënt

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

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

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

### 6.3 Zorgbeëindiging door zorgaanbieder

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

Voorbeelden van zwaarwegende redenen zijn:

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

In de besluitvorming moeten de volgende afwegingen worden meegenomen:

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

Procedure bij zorgbeëindiging voor een individuele cliënt

- Bij een voorgenomen stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder hiervan schriftelijk melding aan de cliënt.
- Bij een voorgenomen stopzetting van zorg doet de zorgaanbieder via Notitieverkeer een met redenen omklede melding aan het zorgkantoor. Deze schriftelijke melding aan het zorgkantoor wordt onderbouwd met een dossier. Uit het dossier moet blijken welke omstandigheden een rol spelen in het voorgenomen besluit. In het dossier is verder een toelichting opgenomen over de stappen die gezet zijn.
- Aan de schriftelijke melding is een voorstel toegevoegd hoe de continuïteit van de zorgverlening is geregeld totdat de zorg is overgedragen aan een andere zorgaanbieder.
- De onderbouwing wordt, via het Notitieverkeer, als bijlage meegestuurd naar het zorgkantoor.

Noodzakelijke stappen zorgaanbieder bij voorgenomen besluit zorgbeëindiging

De zorgaanbieder/zorgverlener:

- Heeft de cliënt tenminste eenmaal schriftelijk gewaarschuwd en bij deze waarschuwing aangegeven dat stopzetting van de zorg wordt ingezet als de ontstane situatie niet verandert. Deze waarschuwing is terug te vinden in het dossier.
- Heeft zich maximaal ingespannen om de casuïstiek te bespreken met andere disciplines of deskundigheidsniveaus (bijvoorbeeld arts, CCE of casemanager/trajectbegeleider) of collega zorgaanbieder(s).
- Heeft zich maximaal ingespannen om een andere zorgaanbieder bereid te vinden tot overname van de zorg voor deze cliënt.
- Heeft de genomen stappen adequaat geregistreerd in het cliëntdossier of zorgplan. Deze stappen zijn helder voor de cliënt en zijn/haar (wettelijk) vertegenwoordiger(s).

Toetsing zorgkantoor en vervolg

- Het zorgkantoor toetst niet inhoudelijk of er bij de zorgaanbieder gewichtige redenen aanwezig zijn waarmee het besluit tot zorgbeëindiging gerechtvaardigd is.
- Op basis van de ontvangen informatie toetst het zorgkantoor of alle benodigde stappen, zoals beschreven in de procedure, voldoende zijn gezet door de zorgaanbieder. Het zorgkantoor deelt het resultaat van deze procedurele toets mee aan de zorgaanbieder.

- Het zorgkantoor kan contact opnemen met de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger voor wederhoor.
- De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg totdat de zorg voor de cliënt is overgedragen aan een andere aanbieder of eventueel op een andere wijze (passend bij de zorgvraag en Wlz-indicatie) wordt geregeld.
- De cliënt kan desgewenst de stopzetting van zorg aan de rechter voorleggen.
- Zorgaanbieder en zorgkantoor treden niet in de publiciteit met betrekking tot de zorgbeëindiging voor individuele casuïstiek.

## 7. Bijlage A: Afkortingen en begrippen

iWlz	iWlz is een systematiek van elektronisch berichtenverkeer waarmee de cliënt in alle fasen van de zorgketen kan worden gevolgd. Van indicatie naar het toewijzen van zorg, wachtlijsten, het leveren van zorg en het opleggen van de eigen bijdrage. Het elektronisch berichtenverkeer vindt plaats op basis van landelijk vastgestelde berichtenstandaarden.
IO31	Indicatiebesluitbericht (iWlz berichtenverkeer). Vanaf juli 2023 verstuurt het CIZ geen IO31-berichten meer. Het CIZ heeft vanaf die datum het Indicieregister in gebruik genomen.
AW33	Zorgtoewijzingsbericht (iWlz berichtenverkeer) Een AW33 volgt na een IO31 en wordt aangemaakt door zorgkantoren. Via een zorgtoewijzing kan de zorgaanbieder samen met de cliënt uitvoering geven aan de geïndiceerde zorg en een passend (overbruggings)zorgarrangement inregelen.
AAT	Aanvraag aangepaste zorgtoewijzing. Een AAT wordt aangevraagd door een zorgaanbieder (CZT of DH) en verstuurd via het AW39-bericht (iWlz-berichtenverkeer).
AW35 (MAZ)	Melding Aanvang Zorgbericht (iWlz berichtenverkeer): begindatum waarop de toegewezen zorg start of de sleutel wordt overgedragen.
AW39 (MUT/MEZ)	Mutatie of Melding Einde Zorgbericht (iWlz berichtenverkeer). Met een mutatie geeft een zorgaanbieder een wijziging in een zorgsituatie (bijvoorbeeld wachtstatus met classificatie of zorgaanbieder) door aan het zorgkantoor. De MEZ is ook een mutatie.
AW317	Landelijk wachtlijstbericht (iWlz berichtenverkeer). Zorgkantoren leveren via het AW317-bericht geanonimiseerde informatie aan bij het Zorginstituut over cliënten met een Wlz-indicatie. Het Zorginstituut berekent, via landelijke vastgestelde rekenregels, wat de (wacht)status van cliënten is op de landelijke wachtlijst. Dat gebeurt op het niveau van het indicatiebesluit, over leveringsvormen heen. (Bij het zorgkantoor kan een cliënt voor meerdere toegewezen leveringsvormen op een aparte wachtlijst staan.). De landelijke wachtlijstinformatie wordt maandelijks gepubliceerd en toont informatie op een vastgestelde peildatum uit de voorliggende maand.
CA-berichten	Berichtenuitwisseling voor opleggen eigenbijdrage cliënt tussen zorgkantoor en CAK (iWlz-berichtenverkeer)

ZK-berichten	Berichtenuitwisseling tussen zorgkantoren onderling (bovenregionaal iWlz-berichtenverkeer)
BRP	Basisregistratie Personen. De BRP wordt bijgehouden door gemeenten en bevat persoonsgegevens van inwoners (ingezetenen) van Nederland en van personen die Nederland hebben verlaten (niet-inwoners/niet-ingezetenen). Ook personen die korter dan 4 maanden in Nederland wonen kunnen onder niet-ingezetenen in de BRP staan. Bijvoorbeeld tijdelijk werken of studeren. Registratie in de BRP is nodig om een Burgerservicenummer (BSN) te krijgen.
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CAK	Centraal Administratie Kantoor
SVB	Sociale Verzekeringsbank
OCO	Onafhankelijke cliëntondersteuner
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ZiNL	Zorginstituut Nederland
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
V&V	Sector Verpleging en Verzorging
GZ	Sector Gehandicaptenzorg
GGZ	Sector Geestelijke gezondheidszorg
CZT	Coördinator zorg thuis (1e aanspreekpunt bij MPT)
DH	Dossierhouder (1e aanspreekpunt bij Verblijfszorg, VPT of DTV)
MPT	Modulair Pakket Thuis
VPT	Volledig Pakket Thuis
DTV	Deeltijdverblijf
EKT	Extra kosten thuis
GVH	Gespecialiseerd verpleegkundig handelen
PTZ	Palliatief terminale zorg



LVHC	Laag Volume Hoog Complex
Pgb	Persoonsgebonden Budget. Met een Pgb (een bedrag) koopt iemand zelf zorg en ondersteuning in en bepaalt zelf wie, waar en wanneer de zorg of ondersteuning wordt geleverd.
ZIN	Zorg in natura. Bij ZIN maakt het zorgkantoor afspraken met verschillende zorgorganisaties over het leveren van zorg of ondersteuning. Het zorgkantoor regelt ook de administratie met deze aanbieders. Iemand die zorg of ondersteuning nodig heeft kan uit deze organisaties kiezen en maakt hierover dan verder zelf afspraken met de gekozen aanbieder(s).
Wzd	Wet zorg en dwang
Wvz	Wet verplichte ggz
Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	<p>Algemene dagelijkse leveringsverrichtingen (ADL) zijn dagelijks terugkerende handelingen die mensen in het gewone leven verrichten. Bijvoorbeeld: in en uit bed komen, aan- en uitkleden, lichamelijke hygiëne (zich wassen, tandenpoetsen, haren kammen, nagels knippen), in een stoel gaan zitten en weer opstaan, eten, drinken, medicijnen innemen, bewegen, lopen, praten, horen, naar het toilet gaan, ontspannen, sociale contacten, zinvolle activiteiten ondernemen (zoals sport en hobby's), seks, verplaatsen (zoals autorijden of fietsen) en lichaamswarmte regelen (verwarming hoger of lager kunnen zetten, verkleden).</p> <p>De subsidieregeling ADL-assistentie regelt dat er 24 uur per dag direct oproepbare persoonlijke assistentie aanwezig is voor ADL-verrichtingen in of om een ADL-woning. Iemand komt in aanmerking voor een ADL-woning als er sprake is van een lichamelijke handicap of somatische aandoening, een rolstoeltoegankelijke woning nodig is, er minimaal 5 uur per week oproepbare ADL-assistentie nodig is én iemand voldoende sociaal zelfredzaam is om zelfstandig te wonen, zorg op te roepen en aanwijzingen te geven.</p> <p>De subsidieregeling ADL wordt volledig uitgevoerd door ZiNL. Indicatiebesluiten voor een ADL-woning worden afgegeven door het CIZ en vanaf 2022 rechtstreeks gecommuniceerd tussen het CIZ en de ADL-voorziening (en niet meer via het iWlz-berichtenverkeer gerouteerd). Is er zorg nodig buiten de ADL-voorziening, bijvoorbeeld tijdens het onderwijs of werk, dan wordt dit georganiseerd vanuit de andere domeinen (WMO of Zvw).</p>
Eerstelijnsverblijf (ELV)	Eerstelijnsverblijf (ELV) wordt betaald door de zorgverzekeraar en vergoed vanuit de basisverzekering. Alléén iemand zonder Wlz-indicatie kan hier een beroep op doen. ELV gaat om kortdurend verblijf, gemiddeld 3 maanden, en is meestal bedoeld voor kortdurende geneeskundige zorg. Het is niet bedoeld voor medisch-specialistische zorg. ELV is gericht op mogelijk herstel en op terugkeer naar de eigen woonomgeving (herstelgerichte zorg). De zorg die nodig is kan dan niet altijd thuis geleverd worden omdat bijvoorbeeld 24-uurs toezicht of zorg (onplanbare momenten) in nabijheid nodig is, al dan niet met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Het kan

	bijvoorbeeld ook nodig zijn een cliënt tijdelijk op te nemen voor een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie. Meer informatie over vergoeding van eerstelijnsverblijf is terug te vinden in de beleidsregel Eerstelijnsverblijf van de NZa.
ELV en regionale coördinatiefunctie	<p>De regionale coördinatiefunctie is opgezet vanuit de Zvw voor tijdelijk (medisch) verblijf zoals eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ). In de Zvw (en VV) voldoet deze functie aan de volgende eisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het beoordelen van de zorgbehoefte (triage).</li> <li>• Het 24/7 bereikbaar zijn voor huisartsen, ziekenhuizen en andere ketenpartners.</li> <li>• Inzicht geven in de beschikbare capaciteit van verblijfsmogelijkheden.</li> <li>• Het monitoren/ evalueren van de crisiszorg in de regio.</li> <li>• Afspraken maken met zorgaanbieders over bereikbaarheid en toegang tot de zorg.</li> <li>• Het uitvoeren van kwaliteit en effectmeting van de Regionale coördinatiefunctie Verblijf. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van de betreffende zorgaanbieder, het zorgkantoor en met deelnemende verwijzers.</li> </ul>
Basisbudget (100%, doelmatige zorg)	Het basisbudget is het beschikbare financiële bedrag (Pgb-budget) voor een bepaald zorgprofiel. Met dit budget kan (overbruggings)zorg thuis worden geregeld. (Pgb -tarieven zijn afgeleid van de intramurale kosten.) Het basisbudget is altijd 100%. Het basisbudget bevat nooit behandeling omdat dit niet met Pgb kan worden ingekocht. Extra budget boven op het basisbudget is mogelijk als de cliënt bij opname in een instelling ook is aangewezen op deze zorg of behandeling én deze toeslag (zoals EKT, Meerzorg MPT of Ademhalingstoelage) niet gebonden is aan het verblijf in een instelling. Het budget is dan gelijk aan het Pgb -budget voor een bepaald zorgprofiel, opgehoogd met de extra zorgkosten. Toeslagen voor kinderen die te maken hebben met het leveren van gebruikelijke zorg in een instelling (bij opname of dagprogramma), zijn uitgezonderd van vergoeding thuis.
Dagstructuur	Het kunnen structureren van de dag is belangrijk voor het welzijn van de cliënt en het goed functioneren in de thuissituatie. Dagstructuur zorgt voor houvast, duidelijkheid en overzicht. Daarvoor is regie-vermogen bij de cliënt belangrijk. Is dit niet het geval dan kan door het gebruik van dagbesteding de dag voor de verzekerde afdoende sturing of structuur krijgen.
Dwang en drang	Dwang en drang zijn vormen van beïnvloeding met als doel om iemand iets te laten ondergaan of aan te zetten tot bepaald handelen, of bepaald handelen juist niet te doen. Daarmee wordt iemands keuzevrijheid beperkt of zelfs geheel weggenomen (bij toepassing van dwang). Drang is minder ingrijpend. De cliënt behoudt (ruimte voor) keuzevrijheid waardoor er niet per se inbreuk ontstaat op de relatie met de hulpverlener (bijvoorbeeld bemoeizorg). Bij drang worden keuzeopties minder aantrekkelijk of onaantrekkelijk gemaakt of aan bepaalde voorwaarden verbonden (bijvoorbeeld medicatie accepteren of gedwongen opname).

Ervaren gevoel van veiligheid	<p>Een cliënt voelt zich veilig als hij weet, erop kan vertrouwen, dat er hulp komt als hij dit nodig heeft. De beleving van veiligheid wordt positief beïnvloed door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alarmeringsmogelijkheden (binnen handbereik) of</li> <li>○ Korte responstijd van mantelzorg of (professionele) zorgverleners of</li> <li>○ Het gebruik kunnen maken van zorg op niet planbare momenten.</li> </ul>
Fysieke veiligheid	<p>Fysieke veiligheid ontstaat door een veilige leefomgeving. Gevaar voor incidenten voor de cliënt, mantelzorgers of zorgprofessionals kan worden beperkt door de woonomgeving fysiek anders in te richten. Aanpassingen zijn relatief eenvoudig te realiseren door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voorwerpen/obstakels te verwijderen die een gevaar vormen (bijvoorbeeld valgevaar als gevolg van drempels of tapijt) zodat veilig verplaatsten binnen of om de woning geborgd is. Of</li> <li>○ Leefruimten aan te passen om mogelijke gevaren te beperken (aanpassingen in een badkamer om veilige ADL-zorg te kunnen leveren, gelijkvloerse ruimte, traplift etc.). Of</li> <li>○ Aanwezigheid van zorg ondersteunende hulpmiddelen zoals tillift, hoog-laagbed, aangepast toilet etc.</li> </ul>
Gebruikelijke zorg	<p>Gebruikelijke zorg gaat over zorg en activiteiten die partners, ouders, volwassen kinderen of andere volwassen huisgenoten voor elkaar, naar algemeen aanvaardbare maatstaven, behoren te doen.</p> <p>Hiermee wordt expliciet tot uitdrukking gebracht dat daar waar een gezamenlijk huishouden wordt gevoerd en iemand onderdeel uitmaakt van deze leefeenheid, iemand op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft voor het functioneren van het huishouden. Hiervoor is in principe geen vergoeding van de kosten voor die (huishoudelijke-) activiteiten mogelijk. Het hangt van de sociale relatie af welke zorg/activiteiten mensen voor elkaar behoren te doen. Hoe intiemer de relatie, hoe meer mensen voor elkaar horen te doen (gebruikelijke zorg). Voor de zorg van ouderen en kinderen, zie bijlage E. Bij volwassenen onderling geldt dat daar waar men bij het normale maatschappelijke verkeer binnen de persoonlijke levenssfeer zaken samendoet, zoals het bezoeken van familie/vrienden, het meegaan naar de huisarts enzovoort, die wordt gezien als gebruikelijke zorg van huisgenoten onderling.</p> <p>Wanneer maakt iemand onderdeel uit van een leefeenheid?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Onder een leefeenheid wordt verstaan: alle bewoners die een gemeenschappelijke woning bewonen met als doel een duurzaam huishouden te voeren. Zijn één of meer huisgenoten in staat huishoudelijk werk te verrichten dan komt men in principe niet in aanmerking voor hulp bij het huishouden;</li> </ul>

- Het principe van gebruikelijke zorg heeft een verplichtend karakter. Er wordt geen onderscheid gemaakt op basis van sekse, religie, cultuur, gezinssamenstelling, wijze van inkomensverwerking, drukke werkzaamheden, lange werktijden of persoonlijke opvattingen over het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden;
- Als uit (medisch) onderzoek blijkt dat een huisgenoot aantoonbare beperkingen heeft op grond van een aandoening, beperking, handicap of probleem waardoor redelijkerwijs de taken niet overgenomen kunnen worden is gebruikelijke zorg niet van toepassing.

Wanneer maakt iemand geen onderdeel uit van een leefeenheid:

- Als iemand een kamer verhuurt aan derden, dan wordt de huurder niet tot de leefeenheid gerekend. Van de huurder wordt dan verwacht dat hij de gehuurde ruimte(n) schoonhoudt en evenredige bijdraagt aan het schoonhouden van gezamenlijke ruimten. Zijn er tussen de verhuurder en huurder afspraken gemaakt over het schoonhouden van de gehuurde woonruimte, dan kan de verantwoordelijkheid voor deze afspraken (mogelijk tegen betaling) niet afgewenteld worden op de Wlz als de verhuurder niet meer in staat is deze afspraken zelf na te komen;
- Als iemand in een geclusterde woonvorm woont, dan woont iemand met meerdere mensen in één huis zonder hiermee een leefeenheid te vormen. Ofwel er is dan geen sprake van een duurzaam huishouden met de huisgenoten. In deze situaties heeft iemand in ieder geval wel een eigen woon/slaapkamer en de overige ruimten worden in meer of mindere mate gemeenschappelijk gebruikt. In de berekening van de omvang van de Huishoudelijke hulp wordt het schoonmaken van de eigen woonruimte(n) en slechts een evenredig deel van de gemeenschappelijke woonruimte meegerekend;
- Als iemand in een leef- of woongemeenschap woont. Dan woont iemand met meerdere mensen in één gebouw én vormt hiermee wel een leefeenheid. Er is dan wel sprake van een duurzaam huishouden met de huisgenoten omdat er sprake is van een of meer bindende factoren zoals een religieuze of spirituele inhoud. Een voorbeeld hiervan zijn kloostergemeenschappen. In een dergelijke gemeenschap is sprake van een leefeenheid waarbij de taakverdeling zich niet leent voor overname. In die situaties kan iemand huishoudelijke hulp bij het schoonmaken van de eigen kamer krijgen en een evenredig deel van de gemeenschappelijke ruimten die vallen binnen het niveau van de sociale woningbouw. Bibliotheken, gebedsruimten etc. vallen hierbuiten en behoren dan tot de eigen verantwoordelijkheid van de gemeenschap.

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). Meestal via VPT. Of zij regelen samen de zorg, vaak met hulp van hun familie. De zorg wordt dan veelal zelf ingekocht met een Pgb, eventueel aangevuld met ZIN.

	<p>Kleinschalig wonen (Pgb) is een woonsituatie waarbij minimaal 3 en maximaal 26 bewoners (budgethouders) verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet basisregistratie personen. Of op verschillende woonadressen binnen een straal van honderd meter wonen, waar ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten. Het aantal budgethouders dat in de woonvorm moet verblijven om in aanmerking te komen voor een toeslag kleinschalig wonen Pgb wordt over de domeinen heen geteld in plaats van alleen binnen de Wlz.</p>
Handelingsverlegenheid	<p>Handelingsverlegenheid houdt in dat de professional niet handelt of weet te handelen ondanks dat er zorgen of signalen zijn over de betreffende cliënt. Handelingsverlegenheid ontstaat uit onvermogen om (nog) adequaat te handelen en komt voort uit aarzelingen bij de professional zelf.</p>
Intramurale toeslag	<p>Een intramurale toeslag is extra budget bij verblijfszorg (intramurale opname) dat kan worden ingezet boven op het bedrag voor het toegewezen zorgprofiel. Daarmee kan de cliënt meer zorg krijgen dan waar hij op grond van zijn geïndiceerde zorgprofiel recht op heeft. Om aanspraak te maken op een toeslag moet wel aan bepaalde voorwaarde(n) worden voldaan. De voorwaarden zijn afhankelijk van de toeslag en zijn terug te vinden in de NZa beleidsregels en het zorginkoopbeleid van zorgkantoren. Een intramurale toeslag kan worden ingezet zonder een aanpassing (van het %) in de zorgtoewijzing voor verblijfszorg.</p> <p>Voorbeelden van intramurale toeslagen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Invasieve beademing, Non-Invasieve beademing (ook mogelijk bij extramurale zorg) of</li> <li>○ Huntington, Cerebrovasculair Accident (CVA), Multifunctioneel centrum, Observatie, Gespecialiseerde epilepsiezorg, Niet strafrechterlijke forensische psychiatrie (NSFP) en Woonzorg gehandicaptenzorg (kind/jeugd/jongvolwassen).</li> </ul>
Informele zorg (Vrijwilligerszorg)	<p>Informele zorg is zorg die gegeven wordt op basis van vrijwillige inzet, waarbij er geen directe relatie is met degene voor wie men zorgt. Ze kennen de personen voor wie ze zich inzetten vooraf niet. Er is dus (nog) geen emotionele band. Vrijwilligers kiezen er bewust voor om een bijdrage te leveren. Dit in tegenstelling tot mantelzorg. Mensen die zich inzetten als vrijwilliger doen dat in georganiseerd verband. Zij verlenen hun zorg voor een beperkt aantal uren en kunnen hier op eigen initiatief mee stoppen. Ze tekenen bijvoorbeeld vaak een overeenkomst en hebben rechten en plichten. Zorgvrijwilligers verrichten nooit verpleegkundige handelingen.</p>
Mantelzorg	<p>Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende. Dit gebeurt door personen uit de directe omgeving van degene die hulp of zorg nodig heeft, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (Zorg Nabij, VWS 2001). Het verschil met informele zorg (vrijwillige inzet) is dat mantelzorgers een relatie hebben met degene voor wie ze zorgen: een emotionele betrokkenheid. Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor een persoon met een chronische ziekte, gehandicapte of hulpbehoevende persoon uit hun omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn, maar ook een ander familielid, vriend</p>

	<p>of kennis. Vanaf 2017 wordt bij de indicatiestelling door het CIZ voor toegang tot de Wlz geen rekening gehouden met de mogelijkheden van de mantelzorg</p> <p>Bij mantelzorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gaat het om zorg waarop een cliënt wel aanspraak heeft;</li> <li>○ Wordt de normale (gebruikelijke) zorg in zwaarte, duur of intensiteit aanmerkelijk overschreden;</li> <li>○ Is er sprake van zorg op basis van vrijwilligheid, dat wil zeggen dat de mantelzorger bereid en in staat is deze zorg te leveren;</li> <li>○ Wordt niet bewust gekozen om te gaan zorgen. Mantelzorgers zorgen vaak vanuit vanzelfsprekendheid, gewoon omdat een naaste ziek wordt en ze het logisch vinden om zorg op zich te nemen. Het overkomt de mantelzorger, omdat ze een emotionele band hebben met degene die zorg nodig heeft. Mantelzorgers zorgen soms 24 uur per dag, kunnen hier niet zomaar mee stoppen en verrichten soms verpleegkundige handelingen.</li> </ul>
Mantelzorg-netwerk (Sociaal netwerk)	<p>Mantelzorgers (sociaal netwerk) zorgen voor gevoel van veiligheid en structuur. Mensen met een klein sociaal netwerk en weinig of geen mantelzorgers lopen een groot/groter risico op verwaarlozing. Mantelzorgers zorgen vaak voor zaken als de was, boodschappen, maaltijden, begeleiding bij ziekenhuisbezoek, maken van afspraken, hulp bij financiën, ondernemen van activiteiten of afstemming met professionele zorgverleners. Woonondersteuning in de vorm van klusjesdiensten.</p>
Medische veiligheid	<p>Medische veiligheid ontstaat als de medisch vereiste zorg in de thuissituatie geborgd is. De cliënt is daarvoor ingeschreven in een huisartspraktijk. In geval van een calamiteit moet een (huis)arts binnen 10 minuten reageren en binnen 30 minuten ter plaatse zijn (criteria IGZ 2013).</p> <p>In de Wlz is, aanvullende op de huisartsenzorg, specifieke expertise van een SO, AVG-arts, medische specialist en of orthopedagoog geborgd beschikbaar/raadpleegbaar voor huisarts. Dit geldt ook voor eventueel noodzakelijke multidisciplinaire benadering.</p>
Passende zorg	<p>Zie paragraaf 2.1 voor uitwerking van het begrip Passende zorg</p>
Personenalarmering voor iemand met Wlz-indicatie	<p>Personenalarmering is een alarmsysteem waarmee iemand in staat is om met 1 druk op de knop hulp (van buitenaf) in te roepen als dat nodig is. Dat kan dag en nacht in en om huis maar ook in een verblijfs- of woonvoorziening.</p> <p>Deze mogelijkheid heeft tot doel iemand een veilig gevoel te geven (zodat iemand langer thuis kan wonen). Om een declaratie voor de alarmopvolging zelf in te dienen is altijd een zorgtoewijzing nodig. Omdat alarmering en eventuele opvolging op voorhand niet te voorspellen is wordt een inschatting gemaakt van de gemiddelde zorginzet. Deze inschatting wordt meegenomen in het aan te vragen percentage MPT en/ of Pgb.</p>

#### **Personenalarmering bij verblijfszorg, mét of zonder behandeling**

- Kiest een zorgaanbieder ervoor dit soort technische voorzieningen te gebruiken bij het bieden van de zorg, dan komen deze kosten voor rekening van de zorginstelling;
- Dat geldt niet alleen voor de technische voorziening zelf maar ook voor de bijkomende kosten zoals aansluitingskosten, abonnementskosten en kosten voor de oproepen. De cliënt betaalt hier dus zelf niets voor en deze kosten worden ook niet in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar (via de basis of aanvullende zorgverzekering van een cliënt).

#### **Personenalarmering bij zelfstandig wonen/ aanleunwoning, (geclusterd) VPT of MPT**

- Woont een cliënt nog zelfstandig dan maken de zorgaanbieder en de cliënt samen afspraken over de te leveren zorg en of personenalarmering nodig is;
- Kiest een zorgaanbieder ervoor om technische voorzieningen te gebruiken bij het bieden van de zorg (zorg op afstand), dan komen deze kosten voor rekening van de zorgaanbieder. Dat geldt voor de technische voorziening zelf en ook voor de bijkomende kosten zoals aansluitingskosten, abonnementskosten en kosten voor de oproepen. De cliënt betaalt hier dus zelf niets voor en deze kosten worden ook niet in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar (via de basis of aanvullende zorgverzekering van een cliënt);
- Is personenalarmering voor een cliënt nodig en is daarvoor nog geen systeem beschikbaar in de woning of het appartement? Dan neemt de zorgaanbieder de kosten voor het realiseren van deze voorziening op zich. Het realiseren van de personenalarmering én de opvolging van de oproepen vallen onder de Wlz;
- Heeft de zorgaanbieder zelf al een systeem voor personenalarmering aangelegd in de woningen/ appartementen? Dan vallen de abonnementskosten én de opvolging van de oproepen voor een cliënt onder de Wlz;
- Wordt er met de zorgaanbieder niet afgesproken dat personenalarmering nodig is (geen onderdeel van het zorgplan) én kiest de cliënt en/ of mantelzorger toch voor toezicht via alarmeringsapparatuur? Dan zijn alle kosten hiervan voor eigen rekening, deze worden dan ook niet vergoed door de zorgverzekeraar vanuit de basis of aanvullende zorgverzekering van de cliënt.

#### **Personenalarmering bij zelfstandig wonen/ aanleunwoning voor iemand met alléén Pgb**

- Wil een budgethouder gebruik maken van personenalarmering en woont hij/ zij niet in een wooninitiatief? Dan betaalt de budgethouder de aanschaf, het onderhoud en de abonnementskosten van de personenalarmering zelf. Dit wordt niet vergoed worden vanuit de Wlz of zorgverzekering (basis of aanvullende verzekering). De budgethouder kan hiervoor eventueel het verantwoordingsvrije bedrag gebruiken;

- Wil een budgethouder gebruik maken van een personenalarmering en woont hij/ zij in een wooninitiatief? Dan kan een bepaald deel van deze kosten betaald worden vanuit het Pgb. Zie de actuele vergoedingenlijst Pgb: de ophoging wooninitiatief kan in dat geval gebruikt worden om collectieve alarmsystemen voor de aanwezige gemeenschappelijke ruimte uit het Pgb te bekostigen;
- De opvolging kan worden bekostigd via het Pgb (vanuit de Wlz). Hiervoor stelt de budgethouder zelf een contract op met de zorgverlener.

Personenalarmering voor iemand zonder Wlz-indicatie

**Personenalarmering voor iemand zonder Wlz-indicatie**

Voor iemand zonder Wlz-indicatie is op de website van Zorginstituut Nederland meer informatie te vinden over hoe de personenalarmering, de abonnementskosten en de opvolging vergoed worden (zie Alarmeringsapparatuur (Personenalarmering) (Zvw) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland).

Persoonlijk assistentie-budget

Een persoonlijk assistentiebudget is alleen mogelijk via Pgb. Wanneer iemand in aanmerking komt voor een persoonlijk assistentiebudget staat beschreven in de Regeling langdurige zorg (Rlz) Artikel 5.15a:

- 1) In geval de cliënt geïndiceerd is voor het zorgprofiel LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging dan wel voor het zorgzwaartepakket Z(Z)P LG 5, ZZP LG 6, Z(Z)P LG 7, Z(Z)P VV 7 of Z(Z)P VV 8, kan het zorgkantoor, op aanvraag van de cliënt zijn Pgb te ophogen als de cliënt:
  - 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 artikel 3.3.3, vierde lid, onderdeel b en c, van de wet kan uitvoeren.
- 2) De aanvraag van de cliënt bij het zorgkantoor gaat vergezeld van een oordeel van een behandelend arts over de medische noodzaak als beschreven in het eerste lid, onderdeel a, en wordt slechts ingewilligd nadat het zorgkantoor de cliënt in persoon heeft gezien en mede op grond daarvan tot de overtuiging is gekomen dat de cliënt voldoet aan de voorwaarden, onder lid 1.



	<p>3) De hoogte van het bedrag waarmee het budget maximaal kan worden opgehoogd staat beschreven in de regeling Pgb. Omdat deze jaarlijks kan worden aangepast is deze informatie hier niet opgenomen. (Bij het ophogen van het budget wordt ook rekening gehouden met de mogelijkheden van de partner of mantelzorg.)</p>
Persoonlijk plan	<p>De cliënt heeft de mogelijkheid om de zorgaanbieder of het zorgkantoor een persoonlijk plan te overhandigen waarin zijn idee over de gewenste samenstelling van de zorg wordt geschetst. Deze informatie moet door de zorgaanbieder worden betrokken bij de zorgplanbespreking. Het zorgkantoor moet deze informatie meewegen bij zijn beslissing of de zorg thuis verantwoord en doelmatig kan worden georganiseerd.</p>
Pgb- beheerder	<p>De Pgb-beheerder is de persoon die een Pgb beheert en alle verplichtingen en taken die komen kijken bij een Pgb oppakt. Eerder kon een budgethouder hiervoor een Gewaarborgde hulp (GWH) inzetten. Door een wetswijziging op 1 juli 2024 wordt de GWH geleidelijk vervangen door de Pgb-beheerder. Is de budgethouder handelingsbekwaam of Pgb-vaardig dan kan hij zelf Pgb-beheerder zijn of hiervoor een gevolmachtigde aanstellen (notarieel aangewezen of via het Machtigingsformulier Pgb-beheerder). Is de budgethouder niet-handelingsbekwaam of Pgb-vaardig, dan wordt een wettelijk vertegenwoordiger als Pgb-beheerder aangewezen door de rechter: een curator, bewindvoerder of mentor. Of een ouder of voogd bij een minderjarige.</p>
Professionele zorg	<p>Een zorgprofessional heeft de taak en de verantwoordelijkheid om mensen passende (medische) zorg en ondersteuning te verlenen volgend de voor de beroepsgroep geldend standaarden. Een zorgprofessional is verantwoordelijk voor het maken van duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, taken, dossiervorming (zorgplan), zorgcoördinatie en afstemming met andere betrokken zorgprofessionals rondom de (medische) zorgbehoefte van een cliënt.</p>
Regelzorg	<p>Heeft een cliënt zorg in een van de andere domeinen (Wmo, Jw of Zvw) maar is de Wlz meer aangewezen (indicatie zorgprofiel), dan is er tijd nodig om passende zorg in de Wlz op te starten/te organiseren. Wanneer de nieuwe, intramurale zorg niet direct start en de overbruggingszorg of alternatieve zorg nog niet is toegewezen, is er sprake van een overgangperiode (regeltijd). Om continuïteit van de zorg te borgen is in deze korte overgangperiode sprake van regelzorg die nog betaald wordt vanuit het andere domein.</p>
Respijtzorg	<p>Respijtzorg biedt mantelzorgers de mogelijkheid om hun zorgtaken tijdelijk aan een ander over te dragen zodat zij even op adem kunnen komen. Respijtzorg heeft tot doel te voorkomen dat de mantelzorg zich zwaar belast of overbelast voelt. Respijtzorg kan op verschillende manieren gefinancierd worden. Vanuit de Wmo, Wlz of zorgverzekeraar. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om opvang buitenshuis (dagopvang, vakantieopvang of logeren), iemand kan een dag(deel) bij de zorgvrager thuishouden als deze graag in zijn vertrouwde</p>

	omgeving blijft en de mantelzorg(er) een (dag)deel weg wil (incidenteel of met regelmaat) of om een gezamenlijke vakantie van de mantelzorg(er) en de zorgvrager.
(SG)LVG-zorgprofiel	Zorgprofiel wordt alleen geïndiceerd als er behandelperspectief is en een behandelprognose en een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is. Kenmerken cliëntgroep: IQ tussen 50-85, leeftijd meestal tussen 18-55 jr., ernstig chronische beperkingen in sociale redzaamheid, leer- of gedragsproblemen, co morbiditeit van psychiatrische problemen of ontwikkelingsstoornissen en ernstige handelingsverlegenheid van omgeving vanwege problematiek.
Soort (zorg)toewijzing	De soort zorgtoewijzing kent vanaf iWlz 2.0 nog 3 waarden: Regulier, Overbrugging en Administratief. De soort zorgtoewijzing geeft aan dat de geïndiceerde zorg met een bepaalde leveringsvorm is toegewezen aan een bepaalde (voorkeur)aanbieder. En of het ingezette zorgarrangement door deze zorgaanbieder een tijdelijke oplossing is (Overbrugging) of de gewenste en best passende (Regulier). De administratieve zorgtoewijzing is hierop een uitzondering omdat die een relatie heeft met financiering van tijdelijk andere zorg.
Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis	Het toetsingskader Doelmatige en verantwoorde zorg thuis bood zorgkantoren (en zorgaanbieders) een handvat voor het beoordelen of de zorg thuis doelmatig en verantwoord kan plaatsvinden. Vanaf 1 januari 2015 is dit een wettelijke taak van de zorgkantoren (overgang van AWBZ naar Wlz). Het toetsingskader is op 1 november 2015 ingevoerd en vanaf 2017 volledig geïntegreerd in het Voorschrift. Bij Cliënten die vóór 1 november 2015 zorg thuis ontvingen, wordt rekening gehouden met de eerder toegewezen zorg en het daarbij passende budget. Bij een ongewijzigde zorgvraag blijft deze gelijk. Is er meer zorg nodig, dan wordt via het reguliere proces beoordeeld of een cliënt uit deze groep daarvoor in aanmerking komt.
Toekenningstabel Pgb	De toekenningstabel Pgb is een landelijk tabel die gebruikt kan worden voor het regelen (toekennen) van een Pgb. Deze tabel geldt niet voor ZIN. Met behulp van deze tabel kan een zorgprofiel worden vertaald naar een combinatie van "functies" met bijbehorend budget.
Treeknorm	Een Treeknorm is een streefnorm voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor het leveren van niet spoedeisende zorg. In 2000 zijn deze streefnormen voor wachttijden in het zogeheten Treekoverleg voor de eerste keer afgesproken door zorgaanbieders en verzekeraars. Voor alle zorgvormen binnen de V&V, GZ en GGZ waar een Wlz-zorgprofiel van toepassing is voor verblijf (met behandeling) gold een treeknorm van 13 weken. Uitzondering hierop vormt verblijf met behandeling in de sector V&V en GGZ. Daarvoor geldt een treeknorm van 6 weken. Voor zorg thuis is de treeknorm 6 weken. Vanaf 2025 vervangt de NZa de Treeknormen voor de Wlz door de streefnormen zoals in het voorschrift geformuleerd (zie paragraaf 2.5.10). Zie ook NZa Beleidsregel Normenkader Wlz-uitvoerder met ingangsdatum 1 januari 2025.

Verantwoorde zorg	<p>Verantwoorde zorg is cliëntgerichte zorg die de kwaliteit van leven voor een cliënt verbeterd. De zorg is afgestemd op de indicatie en de reële zorgbehoefte van een cliënt. Verantwoorde zorg is ook doeltreffende zorg en doelmatige zorg die veilig geleverd wordt.</p> <p>Verantwoorde zorg is daarnaast zorg van een goed niveau: de zorg die een cliënt krijgt voldoet aan wettelijke vereisten, beroepscode, landelijk door beroepsgroepen geautoriseerde richtlijnen, professionele standaarden en handreikingen. Deze zijn gebaseerd op laatste inzichten (en zo mogelijk evidence based).</p>
VECOZO Notitieverkeer	<p>Het VECOZO-Notitieverkeer is bedoeld om op een beveiligde manier (via een beveiligde omgeving) informatie uit te wisselen over zorgvragen van cliënten met een Wlz-indicatie. Het gaat hier om (privacygevoelige) informatie die niet via iWlz kan worden doorgegeven. Het Notitieverkeer wordt op dit moment alleen gebruikt door zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders (het CIZ en CAK zijn niet aangesloten).</p>
Wettelijke vertegenwoordiging	<p>Een wilsonbekwame cliënt heeft een (wettelijk) vertegenwoordiger die de beslissingen neemt op het gebied waarvoor de cliënt wilsonbekwaam is. Vindt de arts dat een cliënt wilsonbekwaam is, dan moet hij dit aan de cliënt vertellen en in het dossier opnemen. Wil een arts een wilsonbekwame cliënt behandelen, dan moet hij toestemming vragen aan zijn wettelijk vertegenwoordiger.</p> <p>Een wettelijk vertegenwoordiger is iemand die voor een cliënt mag optreden en beslissen. De vertegenwoordiger moet hierbij wel de cliënt zo veel mogelijk betrekken. Ook de arts moet de cliënt zo veel mogelijk blijven betrekken bij het nemen van beslissingen.</p> <p>Volgens de WGBO kunnen de volgende personen vertegenwoordiger zijn. De opsomming is in volgorde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curator = benoemd door de rechter</li> <li>2. Mentor = benoemd door de rechter</li> <li>3. De schriftelijk gemachtigde = benoemd door de cliënt zelf (in een schriftelijke verklaring)</li> <li>4. De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt = niet benoemd, vrijwillig</li> <li>5. Een ouder/ kind/ broer/ zus = niet benoemd, vrijwillig</li> </ol> <p>Een vertegenwoordiger heeft in principe recht op informatie en inzage in het dossier, of een kopie van het dossier. De vertegenwoordiger krijgt alleen de informatie die nodig is om beslissingen te nemen.</p>
Wlz-indiceerbaren	<p>Wlz-indiceerbaren zijn cliënten die op of na 31 december 2014 nog een geldige AWBZ-indicatie hadden voor extramurale zorg in functies en klassen. Deze cliënten zijn bij de transitie naar de Wlz, op 1 januari 2015, niet uitgestroomd naar de andere domeinen omdat de verwachting was dat de Wlz het best passende domein was. VWS heeft voor deze groep een tijdelijk overgangsrecht geregeld. In deze overgangsperiode heeft het CIZ bepaald of een cliënt aanspraak hield op de Wlz (indicatie voor een zorgprofiel) of niet (uitstroom andere domein). De overgangsregeling is in 2020 opgeheven. Voor iedereen die aanspraak hield op Wlz-zorg is de zorg regulier ingeregeld.</p>

Zelfregie	Er is sprake van adequate zelfregie als de verzekerde (aantoonbaar) in staat is op eigen kracht de door hem gekozen zorgaanbieders en mantelzorgers aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen. Dit gebeurt op zodanige wijze dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
Zelfzorg	Zelfzorg is de mate waarin iemand in staat is voor zichzelf te zorgen. De mate waarin iemand nog zelf kan doen en kan beslissen om te voorzien in de eigen basisbehoeften.
(Digitale) Zorgplan	Het zorgplan is onderdeel van het zorgdossier voor een cliënt. Het zorgdossier is breder en bevat meer informatie zoals algemene cliëntgegevens (naam, burgerservicenummer (BSN), adres, contactpersoon(en)), intake, relevante medische gegevens. Het zorgplan is de basis van de te verlenen zorg en beschrijft welke doelen met de cliënt zijn afgesproken, hoe die ingevuld worden en wie voor welke zorg in het zorgplan verantwoordelijk is. In het zorgplan staat de concrete invulling van de geïndiceerde zorg: welke zorg zelf of door mantelzorg wordt gedaan en welke zorg, in welke omvang, wanneer en onder welke condities door de zorgaanbieder wordt ingezet (totale zorgarrangement). Het zorgplan wordt in overleg met cliënt en de betrokken zorgaanbieder opgesteld, geactualiseerd en geëvalueerd. Andere termen voor zorgplan: individueel begeleidings- of ondersteuningsplan, zorgbeschrijving, zorgleefplan, behandelplan.
Zorgplicht zorgkantoren	Het zorgkantoor moet alles doen om het recht op zorg dat een cliënt heeft op grond van de Wlz te realiseren. Het zorgkantoor heeft een informatieplicht en zorgplicht (NZa, Toezichtkader zorgplicht Wlz).
Zorgprofiel (Zorgzwaartepakket of ZZP)	Het CIZ geeft een indicatie voor de langdurige zorg (Wlz) af in een zorgprofiel. Een zorgprofiel is een standaardbeschrijving voor een vastgestelde cliëntgroep waarin de aard, inhoud en globale omvang van de benodigde zorg staat. De inhoud is niet gedetailleerd beschreven en biedt daardoor meer ruimte voor maatwerk. Elke sector kent eigen zorgprofielen. In de zorgzwaartebekostiging (NZa) worden zorgprofielen gebruikt om te bepalen hoeveel geld een (intramurale) instelling voor een cliënt krijgt.

## 8. Bijlage B: Belangrijke informatie en websites

1. Wegwijzer van de overheid voor iedereen die langdurige zorg en ondersteuning nodig heeft: [www.regelhulp.nl](http://www.regelhulp.nl)
2. Informatie over de Wet langdurige zorg (Wlz) en Regeling langdurige zorg (Rlz) is te vinden op: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)
3. Informatie over (en beschrijving van) de Wlz-aanspraken is te vinden op de website van het Zorginstituut: [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) (Wlz-kompas)
4. Informatie over het regelen van langdurige zorg is te vinden op de website van de gezamenlijke zorgkantoren [www.zorgkantoor.nl](http://www.zorgkantoor.nl).
5. De beleidsregels, nadere regelingen, circulaire's en factsheets van de NZa over zorgzwaartebekostiging en Wlz-zorg thuis zijn te vinden op: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)
6. Beschrijvingen van de zorgprofielen en de beleidsregels indicatiestelling Wlz zijn te vinden op de website van het CIZ: [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl) (tab voor professionals)
7. Informatie over het iWlz-berichtenverkeer, de istandaarden (informatiestandaarden), actuele agb-codelijst (wz), nieuws en de ontwikkeling van het Netwerkmodel is te vinden op de website van het Zorginstituut: [www.istandaarden.nl](http://www.istandaarden.nl) en [Informatiemodel iStandaarden](#)
8. Informatie voor het aanvragen van een Vecozo-certificaat is te vinden op: [www.vecozo.nl/certificaten-installerenvernieuwen/](http://www.vecozo.nl/certificaten-installerenvernieuwen/)
9. Informatie over de eigen bijdrage voor de Wlz is te vinden op [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
10. Informatie over de regeling Pgb en de toekenningstabel Pgb -Wlz is te vinden op de website van [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl), [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) en [www.Pgb.nl](http://www.Pgb.nl) (website van Per Saldo voor budgethouders)
11. Informatie voor patiëntenorganisaties en patiënten (cliënten) is te vinden op de website van de Patiëntenfederatie Nederland: [www.patiëntenfederatie.nl](http://www.patiëntenfederatie.nl)
12. Het zorginkoopkader Wlz (bekostiging langdurige zorg) inclusief alle bijlagen is te vinden op de website van Zorgverzekeraars Nederland (ZN): [www.zn.nl](http://www.zn.nl)
13. Regionale zorginkoopdocumenten Wlz zijn te vinden op de websites van de zorgkantoren
14. De Rekenmodule en het Adviesformulier zijn te vinden op de website van Vecozo: <https://apps.vecozo.nl/RekenmoduleWLZ/>
15. Informatie over gecontracteerde Wlz-zorg is te vinden op de site [Start | Zorgatlas](#) via de website van de gezamenlijke zorgkantoren [www.zorgkantoor.nl](http://www.zorgkantoor.nl).

## 9. Bijlage C: Vertaaltabel

Zorgkantoren publiceren een vertaaltabel als digitale bijlage bij het voorschrift. Deze tabel is van toepassing als een cliënt voorkeur heeft voor een Wlz-aanbieder die niet gecontracteerd is/wordt voor de combinatie van een bepaalde leveringsvorm met het geïndiceerde zorgprofiel (instellingsvreemd zorgprofiel). Via de tabel kan de aanbieder zien of in deze situatie een andere, gecontracteerde prestatie mag worden ingezet. Dit gebeurt op basis van zorginhoudelijke en financiële afwegingen. Het leveren van verantwoorde zorg staat daarbij nooit ter discussie.

### **Ontbreekt een gewenste omzetting in de tabel?**

Neem contact op met het zorgkantoor. Als de aanbieder een goede inhoudelijke motivatie heeft, beoordeelt het zorgkantoor deze individuele aanvragen apart (handmatig).

Uitgangspunten:

1. Een zorgaanbieder kan Verblijfszorg, VPT of DTV voor een bepaald zorgprofiel leveren als voor bijbehorende zorgprestatie(s) een productieafspraken is/wordt gemaakt met het zorgkantoor. Is dat niet het geval? Maar mag de zorg wel geleverd worden via een andere gecontracteerde zorgprestatie en gaat de cliënt hiermee akkoord? Dan vraagt de zorgaanbieder een zorgtoewijzing aan voor het bijpassende (instellingseigen) zorgprofiel. Zonder een juiste zorgtoewijzing kan deze zorg anders niet gedeclareerd worden.
2. MPT-prestaties kunnen geleverd (en gedeclareerd) worden als de aanbieder voor deze zorgprestatie(s) een productieafspraken heeft gemaakt met het zorgkantoor. Een aantal MPT-prestaties, bijvoorbeeld voor persoonlijke verzorging of verpleging, zijn generiek en onafhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel in te zetten. Een toegewezen, instellingsvreemd zorgprofiel hoeft daarvoor niet te worden omgezet naar een instellingseigen zorgprofiel. Dat geldt niet voor bepaalde logeer-, dagbestedings- of behandelprestaties.
3. Voor de beoordeling van een omzettaanspraak hanteren zorgkantoren uniforme richtlijnen. Omdat het om individuele cliëntsituaties gaat, zijn deze richtlijnen nooit volledig. Maatwerk blijft nodig en mogelijk in overleg tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.
4. Of een zorgprofiel kan worden omgezet, is afhankelijk van:
  - a) Het zorginhoudelijke karakter van het zorgprofiel. Niet elk zorgprofiel kan als alternatief pakket worden ingezet voor het geïndiceerde zorgprofiel.
  - b) Het kostenaspect: het alternatieve zorgprofiel mag qua kosten in principe niet hoger uitkomen dan het geïndiceerde zorgprofiel.
  - c) Wet- en regelgeving die van toepassing is op het zorgprofiel.
  - d) Eventuele maatregelen die noodzakelijk zijn bij een cliënt. Zo werkt een Wvvgz maatregel anders dan in de Wzd en kan die niet zomaar worden omgezet naar Wzd. Een psychiater of GGZ-psycholoog kan bijvoorbeeld een andere invulling geven aan een behandelvraagstuk dan een gedragskundige/orthopedagoog bij een Wlz-aanbieder.

Denk aan de situatie dat een GGZ-aanbieder vindt dat een cliënt is gestabiliseerd (inzet van (psycho)farmaca is niet meer de kernvraag), maar voor een VG-aanbieder is dat gedrag dan soms nog onhandelbaar en onvoldoende gestabiliseerd waardoor iemand zich nog niet kan aanpassen aan medebewoners en nog niet toe is aan 'wonen'.

5. Niet toegestaan in de vertaaltabel:
  - a) Van een zorgprofiel (anders dan GGZB) naar een GGZB-zorgprofiel.
  - b) Van een zorgprofiel (anders dan een GGZW) naar een GGZW-zorgprofiel.
  - c) Van een GGZW-zorgprofiel naar een ander zorgprofiel.
  - d) Van een zorgprofiel (anders dan gVvb) naar een gVvb-zorgprofiel.
  - e) Van een zorgprofiel (anders dan SGLVG, LVG of VG7) naar een (SG)LVG of VG7.
  - f) Van een zorgprofiel (anders dan ZGvis) naar een ZGvis-zorgprofiel.
  - g) Van een zorgprofiel (anders dan ZGaud) naar een ZGaud-zorgprofiel.
6. Niet toegestaan in vertaaltabel, maar eventueel wel mogelijk na handmatige, inhoudelijke beoordeling door zorgkantoor:
  - a) Omzetting van een (SG)LVG-zorgprofiel (zie paragraaf 4.2.2).
  - b) Omzetting van een GGZW-zorgprofiel naar een ander profiel.
  - c) Omzetting van een VG7 zorgprofiel naar een ander instellingseigen VG-zorgprofiel mag maximaal 6 maanden, waarbij eenmalig verlengen met een maximale periode van 6 maanden mogelijk is. De zorg moet dan wel worden geleverd door een VG-aanbieder die is toegelaten voor verblijfszorg met behandeling. Bij de omzetting mag de behandelcomponent niet worden meegerekend, tenzij daarover met het zorgkantoor andere afspraken zijn gemaakt. Het zorgkantoor beoordeelt deze omzettingen altijd handmatig. Dat geldt ook voor omzetting van VG7 naar een ander, niet VG-zorgprofiel.
  - d) Omzetting van een GGZB naar een lager GGZB-zorgprofiel kan maximaal voor de duur van 3 jaar en op voorwaarde dat de cliënt nog in een GGZ-behandelinstelling is opgenomen. Een GGZB-zorgprofiel kan niet naar een V&V of GZ-zorgprofiel worden omgezet. Aanvraag van een nieuwe indicatie is dan aangewezen.
  - e) Omzetting van een hoog zorgprofiel naar een zorgprofiel die valt onder de categorie lage zorgprofielen: 1VV, 2VV, 3VV, 1VG, 2VG of 1LG. (Of 3LG, 1ZGvis of 1ZGaud als het indicatiebesluit is afgegeven voor 31 december 2014). De omzetting kan voor zover het tarief van het lage zorgprofiel niet hoger ligt dan het geïndiceerde zorgprofiel.
7. Omzetting die is toegestaan, rekening houdend met voorliggende punten:
  - a) tussen zorgprofielen VV-SOM, VV-PG, VG of LG.
  - b) als een cliënt met zorgprofiel gVvb klaar is met revalidatie en in een verblijfssetting woont. Het zorgprofiel gVvb kan dan eerder worden omgezet naar het geïndiceerde vervolg zorgprofiel (dat kan al onderdeel zijn van hetzelfde indicatiebesluit) of naar het eerdere geïndiceerde zorgprofiel (voorafgaand aan de indicatie gVvb).
  - c) Een zorgprofiel-AUD of zorgprofiel-VIS kan onderling worden uitgewisseld. In principe kunnen deze niet worden vertaald naar een ander zorgprofiel. Voor deze situaties wordt dan een nieuwe indicatie aangevraagd bij het CIZ.

# 10. Bijlage D: Overgangsrecht laag zorgprofiel

## Overgangsrecht laag zorgprofiel

Bij invoering van de Wlz heeft VWS bepaald dat een aantal lage zorgprofielen<sup>192</sup> geen onderdeel uitmaken van de Wlz. De Wlz is bedoeld voor mensen met een zwaardere zorgbehoefte. Voor de groep cliënten die voor dit besluit al een dergelijke indicatie hadden, is door VWS een overgangsrecht geregeld. Op basis van dit recht kan iemand altijd terugkeren naar de Wlz als hij in 2015 is uitgestroomd naar een ander domein omdat hij thuis wilde blijven (of gaan) wonen. De terugkeergarantie geldt alleen voor opname in een zorginstelling als de cliënt nog beschikt over een geldig indicatiebesluit. Er is voor opname in een instelling dus geen nieuwe indicatie van het CIZ nodig, tenzij er sprake is van een structureel gewijzigde (zwaardere) zorgvraag.

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

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

Het recht op Wlz-zorg blijft van toepassing op cliënten die vóór 1 januari 2015 een indicatiebesluit hadden voor laag zorgprofiel VV1, VV2, VV3, VG1 of VG2 (≥ 18 jaar) en:

- op 31 december 2014 in een instelling woonden én daar blijven wonen. Of
- op 31 december 2015 zorg kregen via een VPT. In deze situaties blijft het Wlz-recht alleen van toepassing bij voortzetting van het VPT of bij overgang naar verblijfszorg. Of
- op 31 december 2015 in een kleinschalig Pgb - wooninitiatief woonden én daar blijven wonen. Dit wooninitiatief moet voldoen aan de eisen van de Wlz (juridisch gelijkgesteld aan opname in een instelling).

Laag zorgprofiel met regulier Wlz-recht

- Heeft het CIZ een zorgprofiel LG1, LG3, ZGaud1 of ZGvis1 voor het eerst geïndiceerd op óf na 1 januari 2015 (dus géén herindicatie). En heeft deze indicatie een onbepaalde geldigheidsduur voor de Wlz? Dan mag de cliënt het indicatiebesluit verzilveren in alle Wlz-leveringsvormen.

<sup>192</sup> Het CIZ geeft vanaf 2015 in principe geen Wlz-indicatiebesluit af voor een laag zorgprofiel. Met uitzondering voor iemand die bij een herindicatie niet (meer) aan de Wlz-toegangs criteria voldoet, maar waarbij het CIZ geen zicht heeft op de wijze waarop een cliënt zijn zorg verzilverd. Ook voor deze cliënten geldt dat de indicatie niet via zorg thuis mag worden verzilverd.



# 11. Bijlage E: Gebruikelijke zorg

Dit hoofdstuk beschrijft wanneer iemand is aangewezen op Wlz-zorg, omdat de zorg meer is dan wat iemand vanuit de sociale omgeving van een verzekerde nog zou moeten bieden ('gebruikelijke zorg'<sup>293</sup>). Het CIZ weegt gebruikelijke zorg in de Wlz alleen mee als het gaat om dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers geacht worden te bieden. Al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

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

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

---

<sup>293</sup> Bron CIZ, beleidsregels indicatiestelling Wlz. Toelichting op het begrip 'redelijkerwijs' in artikel 3.2.1 lid 1 Wlz en de memorie van toelichting bij de Wlz, hoofdstuk 2.2.1.

### Uitgangspunten gebruikelijke zorg

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

Dit betekent dat:

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

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

### Wat is gebruikelijke zorg?

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

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

- als er intensief toezicht (maar geen actieve observatie) nodig is in verband met blijvende ernstige ontwikkelingsachterstand<sup>194</sup> in combinatie met (geobjectiveerde) ernstige gedragsproblemen, of
- als er een blijvende noodzaak is voor (volledige) overname van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in combinatie met blijvende beperkingen in de sociale redzaamheid en cognitief functioneren, of
- als er sprake is van een blijvend laag cognitief ontwikkelingsperspectief<sup>195</sup>, in combinatie met beperkingen op meerdere terreinen, zoals bewegen en verplaatsen, ADL of gedrag;
- heeft een kind (op jonge leeftijd) complexe, lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap en heeft hij 24 uur per dag nodig is of permanent toezicht vereist? Is er géén sprake van een (ernstige) verstandelijke beperking? Dan is de Zvw<sup>196</sup> voorliggend voor verpleging en verzorging (medisch aangrijpingspunt);
- heeft een kind complexe, lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap? Is er wel sprake van een (ernstig) verstandelijke beperking? En verschuift het aangrijpingspunt van medisch naar verstandelijke handicap (levenslang en levensbreed zorg nodig)? Dan kan het CIZ wel een indicatie voor de Wlz afgeven (in de praktijk vindt deze verschuiving rond de vijfde verjaardag plaats). Vanaf ongeveer 3 jaar geldt dat er geen sprake meer is van gebruikelijke zorg
- als is vastgesteld dat het kind ernstige meervoudig complexe handicaps (MCG) heeft. Andere benaming daarvoor is ernstige meervoudige beperkingen (EMB);

<sup>194</sup> Minimaal een matig verstandelijke beperking.

<sup>195</sup> Minimaal een matig verstandelijke beperking.

<sup>196</sup> Besluit langdurige zorg, artikel 3.1.5

- MCG/ EMB kinderen hebben een ernstige verstandelijke beperking met een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief en een motorische beperking. Meestal is er ook sprake van zintuiglijke problemen (waaronder prikkelverwerkingsstoornissen) of lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld epilepsie, reflux, slikproblemen of luchtweginfecties).

Wat is geen gebruikelijke zorg?

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

Richtlijn<sup>197</sup> gebruikelijke zorg voor ouder(s) of verzorgers voor kinderen zonder beperkingen

Kinderen van 0 tot ongeveer 3 jaar

- Hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig.
- Hebben volledige overname van zelfzorg<sup>198</sup> nodig.
- Hebben voortdurend begeleiding en toezicht nodig.

Kinderen van 3 tot ongeveer 5 jaar

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

Kinderen van 5 tot ongeveer 8 jaar

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

Kinderen vanaf ongeveer 8 jaar

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

---

<sup>197</sup> Er staat richtlijn omdat voor ieder kind een individuele beoordeling van de zorgbehoefte noodzakelijk is, omdat

<sup>198</sup> Zelfzorg is algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), persoonlijke verzorging, hygiëne en zo nodig verpleegkundige zorg.

## 12. Bijlage F: DTV en hulpmiddelen/ vervoer

### Hulpmiddelen

Gemiddeld aantal etmalen (ZIN) p.w.	Mobiliteitshulpmiddelen (individueel gebruik)	Persoonsgebonden hulpmiddelen (individueel gebruik)	Roerende voorzieningen instelling (algemeen gebruik)	Roerende voorzieningen thuis	Woon-Aanpassingen (thuis)
0, 1, 2, 3.	Altijd Wmo + Zvw (enkele hulpmiddelen) <sup>1</sup>	Zvw	Wlz	Zvw (kortdurend gebruik + hoog/laag-bed) Wmo (langdurig gebruik)	Wmo
3,5 4 4,5  (DTV)	<p><i>Wlz en Wmo</i></p> <p>Uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zijn in principe mee te nemen;</li> <li>• zo nodig bij ander gebruiksdoel<sup>3</sup>, twee exemplaren in Wlz</li> <li>• Wlz/zorgkantoor: <i>nieuwe</i> aanvragen</li> <li>• Wmo: <i>bestaande</i> hulpmiddelen (onderhoud en aanpassingen)</li> </ul> <p>Zvw (enkele hulpmiddelen)<sup>1</sup></p>	<p><i>Altijd Zvw</i></p> <p>Uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zijn in principe mee te nemen;</li> <li>• Zvw verstrekt tweede exemplaar mits cliënt daar redelijkerwijs op is aangewezen)</li> </ul>	<i>Altijd Wlz</i>	<p><i>Zvw/Wmo</i></p> <p>Uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hulpmiddelen zijn op twee plekken nodig</li> </ul> <p>t.a.v. Wmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeente dient onderzoek te doen naar maatwerkvoorziening ook als cliënt Wlz-indicatie heeft of volgens de gemeente voor de Wlz in aanmerking komt (recente uitspraak Centrale Raad van Beroep)</li> </ul>	<p><i>Wmo:</i></p> <p>Uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• onderhoud en reparatie van <i>bestaande</i> woningaanpassingen (dit is onderdeel contractuele gemeente en leveranciers);</li> <li>• <i>nieuwe</i> woningaanpassingen: gemeente kan na onderzoek een aanvraag toekennen of gemotiveerd afwijzen. (<u>cf.</u>: roerende voorzieningen).</li> </ul>

Gemiddeld aantal etmalen (ZIN) p.w.	Mobiliteitshulpmiddelen (individueel gebruik)	Persoonsgebonden hulpmiddelen (individueel gebruik)	Roerende voorzieningen instelling (algemeen gebruik)	Roerende voorzieningen thuis	Woon-Aanpassingen (thuis)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeente mag na dit onderzoek weigeren (art. 2.3.5. lid 6)</li> </ul>	
5, 6, 7	Altijd Wlz	Verblijf zonder behandeling: Zvw Verblijf met behandeling: Wlz, Zvw <sup>2</sup>	Altijd Wlz	Zie: DTV Bij 7: n.v.t.	Zie: DTV Bij 7 n.v.t.

<sup>1</sup> Zoals trippelstoel op maat.

<sup>2</sup> Wlz voor zover het hulpmiddel verband houdt met de in de instelling gegeven zorg, anders Zvw.

<sup>3</sup> Bijvoorbeeld handbewogen voor binnen en elektrisch voor buiten.

**Mobiliteitshulpmiddelen (individueel gebruik):** een (aangepaste) rolstoel, een (aangepaste) scootmobiel, niet algemeen gebruikelijke fiets of een niet algemeen gebruikelijke buggy/duwwandelwagen voor een minderjarige. Een niet algemeen gebruikelijk aangepast autostoeltje is ook mogelijk voor een minderjarige als die hier vanwege zithouding of veiligheid op is aangewezen.

**Persoonsgebonden hulpmiddelen (individuele Verbruikshulpmiddelen):** Persoonlijke hulpmiddelen: orthopedische schoenen, orthesen, prothesen.  
Verbruikshulpmiddelen: verbandmiddelen, incontinentiemateriaal, e.d.

**Roerende voorzieningen** bij de zorgverlening en voor het wonen: tillift, douchestoel, toiletstoel, hoog-laag bed (algemeen gebruik).

## Vervoer

Gemiddeld aantal etmalen (ZIN) p.w.	Vervoer van/ naar dagbesteding (etmalen thuis) *	Vervoer van/ naar dagbesteding (etmalen verblijf) *	Vervoer van/ naar huis naar verblijf (wisseldag) Zittend ziekenvervoer
0	Wlz	Wlz	n.v.t. **
1			Zvw ***
2			Zvw ***
3			Zvw ***
3,5	Wlz	Wlz	Zvw ***
4 4,5	Wlz	Wlz	Zvw ***
5 6	Wlz	Wlz	Zvw ***
7	Wlz	Wlz	n.v.t. **

\*) Vervoer naar dagbesteding/ dagbehandeling valt altijd onder de Wlz. Het maakt niet uit of een verzekerde in een Wlz-instelling verblijft of thuis (artikel 3.1.1, eerste lid, onder f, Wlz) met VPT/ MPT/ Pgb of een combinatie van MPT EN Pgb.

\*\*) Als een verzekerde uitsluitend in een Wlz-instelling verblijft of uitsluitend thuis, dan is er geen sprake van DTV en vervoer 'naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven' zoals bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onder b, Besluit zorgverzekering (Bzv).

\*\*\*) Als een verzekerde 'zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen' (artikel 2.14, eerste lid, onder c, Bzv) of 'het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen' (artikel 2.14, eerste lid, onder d, Bzv) dan kan de verzekerde aanspraak maken op (vergoeding van) zittend ziekenvervoer vanuit de Zvw op wisseldagen.

[De verzekerde bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, onder e, Bzv heeft geen aanspraak op Wlz-zorg (artikel 3.1.5, onder b, Besluit langdurige zorg (Blz)).]

Een verzekerde, die niet tot een van deze groepen behoort, kan aanspraak hebben op zittend ziekenvervoer vanuit de Zvw als aan de zogenoemde hardheidsclausule wordt voldaan (artikel 2.14, derde lid, Bzv).

Als een verzekerde geen aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer vanuit de Wlz of de Zvw dan kan hij een beroep doen op de gemeente voor sociaal vervoer vanuit de Wmo 2015. De gemeente kan deze voorziening weigeren, als het een maatwerkvoorziening is (artikel 2.3.5, zesde lid, Wmo 2015).

# 13. Bijlage G: Extra voorbeeld wachtlijstbeheer

## Inleiding

In deze bijlage staat 1 extra voorbeeld uitgewerkt om te laten zien hoe het zorgtoewijzingsproces verloopt voor iemand met een vraag voor Wlz-zorg (en wordt vertaald naar iWlz-berichten).

## Voorbeeld (Partner)opname familie Yusuf

Dhr. Yusuf heeft een Wlz-indicatie (5VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg) en krijgt verblijfszorg in Huis aan Zee. Mevr. Yusuf woont nog thuis met zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo omdat ze door diabetes slechtziend is en ernstige vaatproblematiek heeft. Na opname van haar man gaat haar lichamelijke conditie achteruit en zorgt ze niet goed meer voor zichzelf. Daarom wordt er een indicatie aangevraagd. Het CIZ indiceert op 10 maart 2021 een 6VV (Beschut wonen met intensieve verzorging en verpleging) en vult bij VoorkeurCliënt: Verblijf. De voorkeuraanbieder is Huis aan Zee, omdat mevrouw graag bij haar man wil wonen. Het zorgkantoor stuurt na verwerken van de indicatiegegevens, direct een zorgtoewijzing (AW33) naar Huis aan Zee.

Zorgkantoor haalt Indicatiegegevens op uit Indicieregister op 10-03-2021	AW33 (verzonden op 10-03-2021) Van Zorgkantoor naar Huis aan Zee
<b>Indicatie</b> Besluitnummer: 301 Soort indicatie: CIZ Grondslag: Somatische ziekte/ aandoening Afgiftedatum IB: 10-03-2021 Ingangsdatum IB: 10-03-2021 Einddatum IB: geen Meerzorg: Nee	<b>Toegewezen zorgprofiel: 6VV</b> Instelling: Huis aan Zee Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 10-03-2021 ToewijzingPercentage: 100% ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021 ToewijzingEinddatum: geen/leeg Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: Huis aan Zee Opname: Ja
<b>Geïndiceerd zorgprofiel: 6VV</b> Ingangsdatum: 10-03-2021 Einddatum: geen VoorkeurCliënt: Verblijf Voorkeuraanbieder: Huis aan Zee Financiering: Wlz	

## Voorbeeld 7a

Huis aan Zee heeft een wachtlijst. Mevr. Yusuf blijft met extra mantelzorg van haar kinderen zo lang mogelijk thuis wonen. Ze wil niet tijdelijk bij een andere aanbieder opgenomen worden. Huis aan Zee (DH) stuurt een Mutatiebericht (AW39) met **wachtstatus Wacht op voorkeur** en **classificatie**.

**Partneropname.** Daarnaast vraagt Huis aan Zee via een AAT overbruggingszorg aan (MPT door Thuiszorg aan de Kust). Het zorgkantoor verstuurt op 13 maart de bijbehorende zorgtoewijzingen.

AW39 (verzonden op 12-03-2021) van Huis aan Zee naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 13-03-2021) Van Zorgkantoor naar Huis aan Zee en Thuiszorg aan de Kust
<p><b>Mutatie Zorgzwaartepakket (zorgprofiel)</b>            Besluitnummer: 301            Zorgprofiel: 6VV            ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021            Instelling: Huis aan Zee            Mutatiecode: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren)            Mutatiedatum: 12-03-2021            Leveringsstatus: Wacht op voorkeur            Classificatie: Partneropname            Leveringsvorm: Verblijf</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (1)</b>            Instelling: Huis aan Zee            Soort zorgtoewijzing: Regulier            Toewijzingsdatum: 10-03-2021            ToewijzingPercentage: 100%            ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021            ToewijzingEinddatum: geen/leeg            Leveringsvorm: Verblijf            Dossierhouder: Huis aan Zee            Opname: Ja</p>
<p><b>Aanvraag</b>            Besluitnummer: 301            Afgiftedatum: 10-03-2021            Instelling: Huis aan Zee            Zorgprofiel: 6VV            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: Thuiszorg aan de kust            Doelmatig: Ja            Verantwoord: Ja</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (2)</b>            Instelling: Thuiszorg aan de kust            Soort zorgtoewijzing: Overbrugging            Toewijzingsdatum 13-03-2021            ToewijzingPercentage: 100%            ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021            ToewijzingEinddatum: geen/leeg            Leveringsvorm: MPT            Coördinator zorg thuis: Thuiszorg aan de kust</p>
<p><b>Aanvraag Instelling</b>            Instelling: Thuiszorg aan de Kust            Soort zorgtoewijzing: Overbrugging            ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021            ToewijzingEinddatum t/m: geen/leeg            ToewijzingPercentage: 100%</p>	

Voorbeeld 7b

Thuiszorg aan de Kust zet vanaf 14 maart MPT in en stuurt op 15 maart de Melding Aanvang Zorg (MAZ/AW35) naar het zorgkantoor. Het zorgkantoor stuurt de MAZ door naar het CAK, via een CA317-bericht, voor het opleggen van de eigen bijdrage.

AW35 (verzonden op 15-03-2021) Van Thuiszorg aan de Kust naar Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 15-03-2021) Van Zorgkantoor naar CAK
<p>Besluitnummer: 301            Geleverd zorgprofiel: 6VV            ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021            Begindatum: 14-03-2021            Instelling: Thuiszorg aan de kust            Leveringsstatus: In zorg            Leveringsvorm: MPT</p>	<p>GeleverdeZorgID: do11b446-8a07-4fao-965e-9477787fd44d            Geleverd zorgprofiel:6VV            Startdatum: 14-03-2021            Leveringsvorm: MPT            Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)</p>

Voorbeeld 7c



De situatie van mevr. Yusuf verslechterd. De mantelzorgers dreigen overbelast te raken. Het is niet verantwoord om nog lang alleen thuis te wonen. Thuiszorg aan de Kust overlegt met Huis aan Zee. Er komt op korte termijn geen partnerkamer vrij en ook niet tijdelijk een eenpersoonskamer. In overleg met mevr. en haar familie wordt een tijdelijke opname bij een andere aanbieder gezocht. Huis aan Zee stuurt op 1 juni een Mutatiebericht om de **wachtstatus Actief plaatsen** en **classificatie (Tijdelijk) andere aanbieder bespreekbaar** door te geven aan het zorgkantoor. Alle betrokken partijen (zorgaanbieders en zorgkantoor) beschikken nu over dezelfde actuele wachtlijst-informatie.

**AW39 (verzonden op 01-06-2021)  
van Huis aan Zee naar Zorgkantoor  
Beëindiging/mutatie Wlz-zorg**

**Mutatie Zorgzwaartepakket (zorgprofiel)**  
 Besluitnummer: 301  
 Zorgprofiel: 6VV  
 ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  
 Instelling: Huis aan Zee  
 Mutatiecode: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren)  
 Mutatiedatum: 01-06-2021  
 Leveringsstatus: Actief plaatsen  
 Classificatie: (Tijdelijk) Andere aanbieder bespreekbaar  
 Leveringsvorm: Verblijf

Voorbeeld 7d

Mevr. Yusuf krijgt op 11 juni bericht dat ze tijdelijk kan worden opgenomen bij De Vuurtoren, een zorgaanbieder in de buurt. Ze verhuist op 16 juni. Huis aan Zee vraagt hiervoor op 14 juni een AAT aan voor een half jaar, omdat de wachtstatus bij Huis aan Zee ongewijzigd blijft (Actief plaatsen). Daarnaast geeft Huis aan Zee meteen een classificatiewijziging voor zichzelf door bij de **wachtstatus Actief plaatsen**. Omdat de voorkeur van mevrouw voor Huis aan Zee ongewijzigd blijft wordt de classificatie, na opname bij De Vuurtoren, omgezet van **(Tijdelijk) andere aanbieder bespreekbaar** naar **Voorkeuraanbieder leidend**. Het zorgkantoor handelt de aanvraag op 15 juni af en verstuurt de bijbehorende zorgtoewijzingen.

**AW39 (verzonden op 14-06-2021)  
van Huis aan Zee naar Zorgkantoor**

**Mutatie Zorgzwaartepakket (zorgprofiel)**  
 Besluitnummer: 301  
 Zorgprofiel: 6VV  
 Ingangsdatum ztw: 10-03-2021  
 Instelling: Huis aan Zee  
 Mutatiecode: 18 (Aanbieder kan de zorg nog niet leveren)  
 Mutatiedatum: 14-06-2021  
 Leveringsstatus: Actief plaatsen  
 Classificatie: Voorkeuraanbieder leidend  
 Leveringsvorm: Verblijf

**AW33 (verzonden op 15-06-2021)  
Van Zorgkantoor naar Huis aan Zee, De  
Vuurtoren en Thuiszorg aan de kust**

**Toegewezen zorgprofiel 6VV (1)**  
 Instelling: Huis aan Zee  
 Soort zorgtoewijzing: Regulier  
 Toewijzingsdatum: 10-03-2021  
 ToewijzingPercentage: 100%  
 ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021  
 ToewijzingEinddatum: geen/leeg  
 Leveringsvorm: Verblijf  
 Dossierhouder: Huis aan Zee  
 Opname: Ja

AW39 (verzonden op 14-06-2021) van Huis aan Zee naar Zorgkantoor	AW33 (verzonden op 15-06-2021) Van Zorgkantoor naar Huis aan Zee, De Vuurtoren en Thuiszorg aan de kust
<p><b>Aanvraag</b>  Besluitnummer: 301  Afgiftedatum: 10-03-2021  Instelling: Huis aan Zee  Zorgprofiel: 6VV  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Huis aan Zee</p> <p><b>Aanvraag Instelling</b>  Instelling: De Vuurtoren  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  ToewijzingIngangsdatum: 16-06-2021  ToewijzingEinddatum t/m: 15-12-2022  ToewijzingPercentage: 100%  Opname: Ja</p>	<p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (2)</b>  Instelling: De Vuurtoren  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Toewijzingsdatum 15-06-2021  ToewijzingPercentage: 100%  ToewijzingIngangsdatum: 16-06-2021  ToewijzingEinddatum t/m: 15-12-2022  Leveringsvorm: Verblijf  Dossierhouder: Huis aan Zee  Opname: Ja</p> <p><b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (3)</b>  Instelling: Thuiszorg aan de kust  Soort zorgtoewijzing: Overbrugging  Toewijzingsdatum 13-03-2021  ToewijzingPercentage: 100%  Ingangsdatum ztw: 10-03-2021  Einddatum ztw t/m: 16-06-2021  Leveringsvorm: MPT  Coördinator zorg thuis: Thuiszorg aan de kust</p>

Voorbeeld 7e

De classificatiewijziging voor Huis aan Zee wordt bij de aanvraag ook direct verstuurd. De classificatiewijziging gaat daardoor enkele dagen eerder in dan de dag waarop mevr. Yusuf wordt opgenomen bij De Vuurtoren. Dat is geen probleem. Het geeft onnodige administratieve last voor Huis aan Zee om een paar dagen later opnieuw een MUT-bericht te sturen met alleen de classificatie wijziging erin. (Dat geldt overigens ook voor de situatie dat de wachtstatus én classificatie een paar dagen te vroeg wijzigen).

De zorgtoewijzing voor Thuiszorg aan de kust wordt ingetrokken t/m datum opname bij de Vuurtoren. Omdat de thuiszorg eindigt op de einddatum van deze zorgtoewijzing, hoeft Thuiszorg aan de kust geen melding einde zorg (MEZ/MUT) aan te leveren bij het zorgkantoor.

Nadat mevr. Yusuf op 16 juni is opgenomen, stuurt De Vuurtoren op 18 juni 2021 een MAZ naar het zorgkantoor. Vanwege de lichamelijke achteruitgang, krijgt mevr. Yusuf verblijfszorg met behandeling. De Vuurtoren geeft dit via de MAZ door. Het zorgkantoor stuurt de MAZ op 19 juni door naar het CAK. Het CAK krijgt na de MAZ voor het MPT, een MAZ voor Verblijf. Op basis van deze opvolgende MAZ-en concludeert het CAK dat het MPT is gestopt en past de eigen bijdrage hierop aan (het zorgkantoor stuurt geen MEZ voor het MPT naar het CAK).

AW35 (verzonden op 18-06-2021) Van De Vuurtoren naar het Zorgkantoor	CA317 (verzonden op 19-06-2018) Van het Zorgkantoor naar het CAK
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 6VV ToewijzingIngangsdatum: 16-06-2021 Begindatum: 16-06-2021 Instelling: De Vuurtoren Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: Verblijf Behandeling: Ja	GeleverdeZorgID: d5f19e86-bf78-4b7d-991f-f03339418228 Geleverd zorgprofiel:6VV Startdatum: 16-06-2021 Leveringsvorm: Verblijf Status aanlevering: 1 (eerste aanlevering)

Voorbeeld 7f

Huis aan Zee heeft een plaats vrij voor mevr. Yusuf. Ze verhuist op 4 augustus 2021. Op 6 augustus ontvangt het zorgkantoor hiervoor een MAZ van Huis aan Zee. De wachtstatus/classificatie wijzigt van de wachtstatus **Actief plaatsen, Voorkeur leidend** naar **de leveringsstatus In zorg**. Door deze MAZ wordt de overbruggingszorg ingetrokken. De Vuurtoren hoeft geen melding einde zorg aan te leveren bij het zorgkantoor, omdat de zorg eindigt op de einddatum van de ingekorte zorgtoewijzing. Het zorgkantoor levert de MAZ van Huis aan Zee ook aan bij het CAK via een CA317-bericht, zodat het CAK weet dat een andere zorgaanbieder de verblijfszorg levert.

AW35 (verzonden op 06-08-2021) Van Huis aan Zee naar het Zorgkantoor	
Besluitnummer: 301 Geleverd zorgprofiel: 6VV ToewijzingIngangsdatum: 10-03-2021 Begindatum: 04-08-2021	Instelling: Huis aan Zee Leveringsstatus: In zorg Leveringsvorm: Verblijf Behandeling: Ja

Voorbeeld 7g

AW33 (verzonden op 06-08-2021) Van Zorgkantoor naar Huis aan Zee en De Vuurtoren	
<b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (1)</b> Instelling: Huis aan Zee Soort zorgtoewijzing: Regulier Toewijzingsdatum: 10-03-2021 ToewijzingPercentage: 100% Ingangsdatum ztw: 10-03-2021 Einddatum ztw: geen/leeg Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: Huis aan Zee Opname: Ja	<b>Toegewezen zorgprofiel 6VV (2)</b> Instelling: De Vuurtoren Soort zorgtoewijzing: Overbrugging Toewijzingsdatum 15-06-2021 ToewijzingPercentage: 100% Ingangsdatum ztw: 16-06-2021 Einddatum ztw t/m: 04-08-2021 Leveringsvorm: Verblijf Dossierhouder: Huis aan Zee Opname: Ja

Voorbeeld 7h