REGELING

Mogelijkheden voor extra budget

Voor mensen met een persoonsgebonden budget (pgb) vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz)

Disclaimer

Dit beleid is opgesteld door de daartoe bevoegde bestuursorganen, zijnde de gezamenlijke zorgkantoren. Op de website van uw zorgkantoor vindt u de meest actuele versie van deze brochure. Voor de tekst zoals die in de Regeling 'Mogelijkheden voor extra budget' is opgenomen geldt dat zorgkantoren streven naar een zo zorgvuldig en volledig mogelijke weergave van de op dit moment geldende wettekst. Mocht ondanks deze inspanningen de inhoud onvolledig en of onjuist zijn, dan kunnen zorgkantoren daarvoor geen aansprakelijkheid aanvaarden. Alle zorgkantoren kunnen in specifieke situaties afwijken van het beleid zoals in deze Regeling opgenomen.

Inhoudsopgave

1.	**Inleiding**	**4**
1.1	Wanneer kunt u extra budget aanvragen?	4
1.2	Indienen van de aanvraag	5
1.3	Beoordelen van de aanvraag	6
1.3.1	Voldoen aan de voorwaarden	6
1.3.2	Algemene beoordelingscriteria	6
1.4	Wat als uw aanvraag is toegekend?	7
1.5	Wat als uw aanvraag is afgewezen?	8
1.6	Huisbezoek & Controle	8
2.	**Extra kosten thuis (EKT)**	**10**
2.1	Wat is "Extra kosten thuis"?	10
2.2	Wat zijn de voorwaarden?	10
2.3	Hoe vraagt u EKT aan?	10
2.4	Beoordeling en toekenning	10
3.	**Palliatief terminale zorg (PTZ)**	**12**
3.1	Wat is "Palliatief terminale Zorg" (PTZ)?	12
3.2	Wat zijn de voorwaarden?	12
3.3	Hoe vraagt u PTZ aan?	12
3.4	Beoordeling en toekenning	12
4.	**Gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH)**	**13**
4.1	Wat is "Gespecialiseerd verpleegkundig handelen"?	13
4.2	Wat zijn de voorwaarden?	13
4.3	Hoe vraagt u gespecialiseerd verpleegkundig handelen aan?	13
4.4	Beoordeling en toekenning	13
5.	**Toeslag chronische ademhalingsondersteuning**	**14**
5.1	Wat is een "toeslag chronische ademhalingsondersteuning"?	14
5.2	Wat zijn de voorwaarden?	14
5.3	Hoe vraagt u de toeslag chronische ademhalingsondersteuning aan?	14
5.4	Beoordeling en toekenning	14
6.	**Maatwerktoeslag: Thuiswonend kind <18**	**15**
6.1	Wat is maatwerktoeslag "Thuiswonend kind <18"?	15
6.2	Wat zijn de voorwaarden?	16
6.3	Hoe vraagt u de toeslag aan?	17
6.4	Beoordeling en toekenning	17

7. **Maatwerktoeslag logeren** **18**

7.1 Wat is "maatwerktoeslag logeren"? 18
7.2 Wat zijn de voorwaarden? 18
7.3 Hoe vraagt u de toeslag aan? 19
7.4 Beoordeling en toekenning 19

8. **Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding (/ behandeling)** **20**

8.1 Wat is "Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding"? 20
8.2 Wat zijn de voorwaarden? 20
8.3 Hoe vraagt u de toeslag aan? 21
8.4 Beoordeling en toekenning 21

9. **Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)** **22**

9.1 Wat is "Persoonlijk Assistentie Budget"? 22
9.2 Wat zijn de voorwaarden? 22
9.3 Hoe vraagt u het Persoonlijk Assistentie Budget aan? 22
9.4 Beoordeling en toekenning 23
9.5 Hoe gaat het verder als het PAB is toegekend? 24

10. **Meerzorg** **25**

10.1 Wat is "Meerzorg"? 25
10.2 Wat zijn de voorwaarden? 25
10.3 Hoe vraagt u Meerzorg aan? 26
10.4 Beoordeling en toekenning 27
10.5 Hoe gaat het verder als de Meerzorg is toegekend? 27

Bijlage 1: Protocol Verantwoorde zorg **29**

Bijlage 2: Protocol Gebruikelijke Zorg **32**

Bijlage 3: Bezwaarprocedure **35**

Bijlage 4: Stroomschema toeslagen **36**

1. Inleiding

De Wet langdurige zorg (Wlz) is bedoeld voor mensen die 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid nodig hebben. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) stelt vast wie in aanmerking komt voor zorg uit de Wlz. Wlz-zorg kan op verschillende manieren ingekocht worden. Deze regeling is relevant voor cliënten die hun Wlz-zorg inkopen met een persoonsgebonden budget (pgb) en voor wie het maximale budget behorende bij het zorgprofiel niet voldoende is om de noodzakelijke zorg in te kopen. In deze regeling kunt u lezen welke mogelijkheden voor extra budget er zijn, hoe u ze aanvraagt en wat de voorwaarden zijn om hiervoor in aanmerking te komen.

In de vergoedingenlijst pgb Wlz vindt u een overzicht met onderwerpen waarbij staat of, en zo ja onder welke voorwaarden, die vanuit het pgb Wlz vergoed kunnen worden.

1.1 Wanneer kunt u extra budget aanvragen?

Er zijn verschillende situaties waarin een aanvullend budget noodzakelijk kan zijn. Het kan bijvoorbeeld gaan om specifieke zorgbehoeften die niet volledig worden gedekt door het maximale budget dat hoort bij het zorgprofiel, of om omstandigheden waarin de zorgvraag tijdelijk of structureel toeneemt. Voor deze situaties bestaan er diverse toeslagen of mogelijkheden voor extra budget die cliënten extra financiële ruimte bieden om passende zorg te organiseren.

- Extra kosten thuis (EKT): maximaal 25% extra budget voor zorg thuis;
- Palliatief terminale zorg (PTZ): extra zorg in de laatste fase van het leven;
- Gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH): verpleging na ontslag uit het ziekenhuis die noodzakelijk is vanwege een medisch-specialistische behandeling;
- Toeslag chronische ademhalingsondersteuning: wanneer sprake is van beademing thuis;
- Maatwerktoeslag kind <18: wanneer er sprake is van zware dagbesteding <18 jaar ten behoeve van ontwikkeling;
- Maatwerktoeslag logeren: wanneer logeren noodzakelijk is om een of meerdere mantelzorgers in de thuissituatie te ontlasten;
- Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding: als de vorige toeslagen (behalve EKT) niet van toepassing zijn en u niet uitkomt met uw budget vanwege intensieve dagbesteding of dagbehandeling in zorg in natura;
- Persoonlijk Assistentie Budget (PAB): als het van levensbelang is om 24 uur per dag direct hulp beschikbaar te hebben;
- Meerzorg: als er meer dan 25% extra budget nodig is dan het best passende zorgprofiel biedt.

Elke mogelijkheid voor extra budget staat in deze regeling beschreven in een apart hoofdstuk. Twijfelt u of u in aanmerking komt voor een van de toeslagen, neem dan contact op met het zorgkantoor.

Toeslagen combineren
Het is niet mogelijk om meerdere toeslagen tegelijk te ontvangen[1]. Overleg met uw zorgkantoor over de meest passende toeslag.

Combinatie met zorg in natura
De mogelijkheden voor extra budget, zoals in deze regeling opgenomen, gelden voor uw pgb. Ontvangt u ook een gedeelte van uw zorg in natura? Dan wordt voor de berekening van het beschikbare pgb, de kosten van zorg in natura in mindering gebracht[2]. Heeft u extra zorg in natura nodig? Dan kan uw zorgaanbieder dat aanvragen bij het zorgkantoor. Bespreek altijd met uw zorgcoördinator thuis hoe de zorg het beste ingezet kan worden en of dit consequenties heeft voor de hoogte van uw pgb.

1.2 Indienen van de aanvraag

Wanneer u een aanvraag indient voor een van de mogelijkheden voor extra budget zoals omschreven in deze regeling, beoordeelt het zorgkantoor of uw aanvraag compleet en volledig is. Dit betekent dat u alle formulieren helemaal heeft ingevuld en dat u alle stukken die nodig zijn heeft meegestuurd. Per mogelijkheid voor extra budget kunt u lezen wat u dient op te sturen naar het zorgkantoor. Heeft u moeite met het invullen van de formulieren, neem dan contact op met uw zorgkantoor of een onafhankelijke cliëntondersteuner[3].

Een toeslag aanvragen met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

Behandeltermijn door zorgkantoor
Wanneer u de aanvraag heeft ingediend bij het zorgkantoor ontvangt u hiervan een ontvangstbevestiging. Het zorgkantoor bekijkt of u aan de voorwaarden voldoet voor het extra budget en heeft 8 weken de tijd om uw aanvraag te beoordelen en een besluit te nemen.

Is uw aanvraag niet compleet?
Als uw aanvraag niet compleet is, dan ontvangt u hierover bericht van het zorgkantoor. U heeft dan de mogelijkheid om aanvullende informatie aan te leveren. Uw aanvraag wordt opgeschort (op pauze gezet), totdat u de opgevraagde documenten heeft aangeleverd. Zodra het zorgkantoor alle documenten heeft ontvangen, wordt uw aanvraag weer opgepakt. De behandeltermijn, het aantal dagen waarbinnen het zorgkantoor uw aanvraag moet beoordelen, gaat dan weer lopen. De totale behandeltermijn blijft maximaal 8 weken.

Wanneer de aanvulling niet op tijd binnen is, wordt de aanvraag afgesloten. Dit houdt in dat het zorgkantoor uw aanvraag niet kan beoordelen, omdat zij niet alle benodigde informatie hebben om uw aanvraag te beoordelen. U dient dan een geheel nieuwe aanvraag in te dienen. Omdat dit een

---

[1] Hierop zijn enkele uitzonderingen, waarover het zorgkantoor u kan informeren.
[2] Dit geldt niet indien u behandeling individueel ontvangt. Behandeling individueel komt boven op het basisbudget tot een bepaald maximum en wordt alleen in zorg in natura geleverd. Ontvangt u behandeling groep? Dan wordt uw pgb verminderd met de kosten voor een dagdeel begeleiding groep per dagdeel dat u behandeling groep ontvangt.
[3] Ga naar https://www.clientondersteuning.co.nl/ voor meer informatie over onafhankelijke cliëntondersteuning.

nieuwe aanvraag is heeft het zorgkantoor opnieuw een behandeltermijn van 8 weken (zoals hierboven beschreven).

1.3 Beoordelen van de aanvraag

1.3.1 Voldoen aan de voorwaarden

Elke regeling voor extra budget heeft specifieke voorwaarden. Bij het indienen van een aanvraag kunnen er daarom ook per regeling specifieke vereisten zijn. U kunt deze lezen per hoofdstuk. Wanneer u een aanvraag heeft ingediend beoordeelt het zorgkantoor altijd eerst of u voor de toeslag of het extra budget in aanmerking komt en aan de voorwaarden voldoet. Daarnaast beoordeelt het zorgkantoor uw aanvraag op grond van de algemene beoordelingscriteria.

Met het pgb is het volledig inkopen van 24-uurs zorg in de thuissituatie niet mogelijk. Daarnaast kan het zorgkantoor u vragen om een gekwalificeerde zorgverlener in te zetten.

1.3.2 Algemene beoordelingscriteria

De beoordelingscriteria waar het zorgkantoor bij elke aanvraag op let, zijn of het pgb doelmatig en verantwoord wordt besteed, of het Wlz zorg betreft en of deze zorg van voldoende kwaliteit is en of er sprake is van gebruikelijke zorg en/of mantelzorg.

1.3.3.1 Besteding van uw pgb: doelmatig en verantwoord

Wanneer u zelfstandig woont en zelf zorg inkoopt met een pgb, dient uw situatie 'doelmatig en verantwoord' te zijn. Het zorgkantoor toetst dit bij elke wijziging in de zorgvraag en daarom ook bij elke aanvraag voor extra budget.

- *Doelmatig* wil zeggen dat uw zorg thuis niet duurder is dan de zorg die u in een instelling zou krijgen. De zorg moet qua kwaliteit en kosten in balans zijn en aansluiten op uw zorgbehoefte. Het zorgkantoor bekijkt ook of de huidige zorg doelmatig wordt ingezet. Hierbij wordt gekeken of u redelijke tarieven heeft afgesproken met uw zorgverleners of dat u hiermee nog kunt schuiven zodat u wel alle benodigde zorg kunt inkopen.

- *Verantwoord* wil zeggen dat uw zorg goed aansluit bij uw zorgbehoefte waardoor een veilige woon- of leefsituatie thuis ontstaat. Dit betekent dat u alle zorg of toezicht in de nabijheid ontvangt die u nodig heeft en dat uw thuissituatie geschikt is voor zorg thuis. In bijlage 1 vindt u de randvoorwaarden voor verantwoord thuis wonen[4]. Hierbij kijkt het zorgkantoor naar de integrale inzet van alle zorgverleners en de verhouding tussen professionele en informele zorg.

1.3.3.2 Kwalitatieve Wlz zorg

Als budgethouder bent u zelf verantwoordelijk voor het inkopen van kwalitatieve zorg. Dit betekent dat u bij het inkopen van zorg ook moet nagaan of uw zorgverleners gekwalificeerd zijn voor de zorg die wordt geboden. Uit uw aanvraag voor extra budget moet blijken dat de zorg kwalitatief goed is en dat deze aansluit bij uw zorgbehoefte. Bij sommige aanspraken voor extra budget uit deze regeling geldt als vereiste dat er minimaal een gekwalificeerde zorgverlener betrokken dient te zijn bij de zorg. Een gekwalificeerde zorgverlener is een zorgverlener die beroepsmatig zorg verleend en

[4] Doelmatig en verantwoorde zorg thuis, zie bijlage 1.

daarvoor de juiste opleidingsvereisten heeft; dit kan bijvoorbeeld een BIG-geregisterde verpleegkundige niveau 5 zijn of een zorgverlener met een afgeronde opleiding voor Sociaal Pedagogisch hulpverlener. Onder een gekwalificeerde zorgverlener kan ook worden verstaan een zorgverlener die met het zorgkantoor een contract heeft en zorg in natura levert.

1.3.3.3 Mantelzorg en gebruikelijke zorg

Bij elke aanvraag wordt door het zorgkantoor de inzet van gebruikelijke zorg en mantelzorg meegenomen. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders en inwonende kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden, omdat ze als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren. Op die grond hebben zij een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het functioneren van het huishouden. In bijlage 2 vindt u meer informatie over gebruikelijke zorg.

Mantelzorg is zorg die wordt geboden door personen uit de directe omgeving van de zorgbehoevende met wie deze een sociale relatie heeft. Mantelzorg wordt niet in het kader van een hulpverlenend beroep geboden maar op basis van vrijwilligheid. Dat wil zeggen dat de mantelzorger bereid en in staat geacht mag worden deze zorg te leveren. Er is sprake van mantelzorg als de normale (gebruikelijke) zorg in zwaarte, duur en/of intensiteit aanmerkelijk wordt overschreden.

Bij een aanvraag voor extra budget wordt dus gekeken naar wat uw gezinsleden of personen in de directe omgeving voor u wel en niet kunnen betekenen. Overbelasting van mantelzorgers en gezinsleden dient te worden voorkomen.

1.4 Wat als uw aanvraag is toegekend?

Heeft u een aanvraag ingediend voor een van de in §1.1 genoemde toeslagen of mogelijkheden voor extra budget? U ontvangt dan van het zorgkantoor een nieuwe toekenningsbeschikking. U kunt het extra toegekende budget onder de daarvoor gestelde voorwaarden inzetten om de zorg in te kopen.

De ingangsdatum van uw toeslag is gelijk aan de datum waarop het zorgkantoor uw aanvraag heeft ontvangen.

Wilt u toch een toeslag aanvragen met terugwerkende kracht, waarbij de datum waarop de toeslag moet ingaan eerder is dan de datum waarop het zorgkantoor uw aanvraag ontvangt? Dan beoordeelt het zorgkantoor of u hiervoor in aanmerking komt. Het zorgkantoor kan u vragen om extra informatie met de reden en bewijsvoering op te sturen.

Waar moet u verder nog op letten?

- Als uw zorgverleners met wie u een vast aantal uren heeft afgesproken, meer uren gaan werken, vergeet dan niet om een wijzigingsformulier[5] van de zorgovereenkomst bij het zorgkantoor in te dienen waarin u de nieuwe contractuele afspraken met uw zorgverlener vastlegt. Bij gewijzigde zorg kan het zorgkantoor om een nieuwe zorgbeschrijving vragen. Een wijzigingsformulier is niet nodig wanneer u een onregelmatig aantal uren heeft afgesproken met uw zorgverlener. Wanneer deze zorgverlener meer gaat werken, kunt u de extra gewerkte uren declareren.

[5] Werkt u met het MijnPGB Portaal, dan kunt u digitaal de wijzigingen aanbrengen. Doet u dit niet, dan vindt u de wijzigingsformulieren voor zorgovereenkomst op de website van de Sociale Verzekeringsbank. www.svb.nl/pgb.

- Bij nieuwe zorgverleners levert u een nieuwe zorgovereenkomst met een zorgbeschrijving aan bij het zorgkantoor.
- U mag het extra budget niet gebruiken om de tarieven van uw huidige zorgverleners te verhogen.
- Wijzigt er iets in uw zorgsituatie na het toekennen van het extra budget? Voldoet u bijvoorbeeld niet meer aan de voorwaarden, is uw zorg zwaarder geworden of zet u het extra budget anders in dan is afgesproken? U bent verplicht het zorgkantoor hierover te informeren. Samen met u kijkt het zorgkantoor dan of dit effect heeft op de toekenning.
- Heeft u aan het eind van de toekenningsperiode nog steeds het extra budget nodig? Vergeet dan niet om tijdig een her-aanvraag in te dienen. Dit voorkomt dat uw zorgcontinuïteit in gevaar komt. U kunt al een her-aanvraag indienen vanaf 6 maanden voordat de toekenning afloopt. Dit is niet van toepassing bij een aanvraag voor Palliatief terminale zorg en gespecialiseerd verpleegkundig handelen.
- Ontvangt u ook zorg in natura? Houdt u er rekening mee dat wanneer de zorgbehoefte in zorg in natura wijzigt dit effect kan hebben op het beschikbare pgb.

1.5 Wat als uw aanvraag is afgewezen?

Het zorgkantoor kan uw aanvraag om verschillende redenen afwijzen. Denk hierbij aan:
- U voldoet niet aan de voorwaarden die worden gesteld.
- U kunt niet verantwoord thuis wonen zoals omschreven in het Toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen (zie bijlage 1).
- U zet de zorg niet doelmatig in zoals omschreven in het Toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen. Hierbij wordt gekeken naar het aantal uren zorg die u inzet en de daarbij behorende tarieven van uw zorgverleners.
- U wilt het extra budget gebruiken om 24-uurs zorg of toezicht in de directe nabijheid te regelen.
- U vraagt extra budget aan om het uurloon van zorgverleners te verhogen of om andere zorg in te kopen dan waarvoor het extra budget is bedoeld.
- U wenst naar het oordeel van het zorgkantoor onvoldoende kwalitatieve zorg in te kopen.
- Het zorgkantoor heeft gegronde reden te denken dat de (extra) zorg niet zal plaatsvinden.
- U voldoet niet aan de regels voor het pgb die staan in de Wet langdurige zorg (Wlz), de Regeling langdurige zorg (Rlz) en het Besluit langdurige zorg (Blz).
- U heeft volgens het zorgkantoor onvoldoende gemotiveerd en onderbouwd waarom u het extra budget nodig heeft.

U ontvangt altijd van het zorgkantoor een schriftelijke beslissing met daarin een onderbouwing voor de afwijzing.

Heeft u een aanvraag ingediend voor een van de in deze regeling genoemde toeslagen of mogelijkheden voor extra budget en is deze door het zorgkantoor niet of niet volledig toekend? U kunt tegen het besluit van het zorgkantoor in bezwaar gaan. In bijlage 3 van deze regeling kunt u lezen wat u kunt doen.

1.6 Huisbezoek & controle

Heeft u extra budget toegekend gekregen dan is het de bedoeling dat u dit extra budget besteedt waarvoor het is bedoeld. Het zorgkantoor kan controleren of u het extra budget volgens afspraak doelmatig en rechtmatig inzet. U moet hiervoor aan kunnen tonen hoe het extra budget is ingezet. Blijkt dat u (een deel van) het budget anders heeft gebruikt dan is afgesproken? Dan kan het

zorgkantoor besluiten dat u dat deel van het extra budget moet terugbetalen of andere consequenties aan uw pgb verbinden.

Verandert er iets in de zorgsituatie, dan dient u contact op te nemen met het zorgkantoor. Zo voorkomt u dat u misschien geld terug moet betalen.

Wanneer dient u in ieder geval contact op te nemen?

- Uw zorgvraag is veranderd waardoor u meer budget nodig heeft dan u met de toegekende extra budget of toeslag kunt inkopen. Het zorgkantoor beslist of u een nieuwe aanvraag moet indienen.
- U zorginzet is veranderd. U koopt bijvoorbeeld andere zorg in dan afgesproken met het zorgkantoor. Maar ook indien u andere zorgverleners inkoopt of zorgovereenkomsten beëindigd.
- U verhuist naar een andere regio waardoor u met een ander zorgkantoor te maken krijgt. De toekenning door uw vorige zorgkantoor blijft geldig tot het eind van het jaar waarin u verhuist, tenzij u uw zorg op een andere manier gaat inzetten.
- U krijgt een nieuwe indicatie van het CIZ. Het besluit van het zorgkantoor over de toegekende toeslag vervalt dan door deze nieuwe indicatie. Zo nodig kunt u een nieuwe aanvraag voor extra budget of een toeslag indienen bij het zorgkantoor.

2. Extra kosten thuis (EKT)

2.1 Wat is "Extra kosten thuis" (EKT)?

De zorg die u zelf inkoopt mag normaal gesproken niet duurder zijn dan de zorg in een zorginstelling. Mensen die graag thuis willen blijven wonen maar niet uitkomen met hun budget, kunnen "Extra kosten thuis" (EKT) aanvragen. Het budget kan dan met maximaal 25% opgehoogd worden[6]. Deze regeling geldt voor alle zorgprofielen[7].

2.2 Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor EKT dient u aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- U woont thuis en u komt niet uit met uw huidige pgb budget;
- U kunt het tekort aantonen aan de hand van de door u ingekochte zorg en de bestedingen of de te verwachten bestedingen;
- Vanwege het tekort aan budget ontstaat er een onverantwoorde situatie thuis. Met het extra budget wordt de situatie wel verantwoord;
- U kunt uw huidige budget niet doelmatiger besteden. Dit betekent dat u heeft onderzocht of u uw huidige zorgverleners anders kunt inzetten met bijvoorbeeld minder uren of tegen een lagere prijs zodat er budget vrij komt.

2.3 Hoe vraagt u EKT aan?

U vraagt dit extra budget aan via het formulier EKT. Dit formulier kunt u opvragen bij uw zorgkantoor of vindt u op de website van uw zorgkantoor. Bij het aanvraagformulier zit een budgetplan. In het budgetplan geeft u aan waarom u extra zorg nodig heeft, om hoeveel extra budget het gaat en welke zorg u wilt inkopen. Zo kunt u uw huidige zorgverlener vaker inzetten, maar u kunt bijvoorbeeld ook een extra nieuwe zorgverlener inzetten.

2.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag aan de hand van de in § 1.3 genoemde beoordelingscriteria. Daarnaast geldt voor EKT dat het zorgkantoor onder andere kijkt naar hoeveel van uw huidige budget al is besteed, hoe dit is ingezet en welke zorg u heeft ingekocht. Dit betekent dat u aantoonbaar een tekort of dreigend tekort heeft. Het is mogelijk dat het zorgkantoor een gekwalificeerde zorgverlener verplicht stelt bij het toekennen van EKT.

Besluit over uw aanvraag
Het zorgkantoor beslist of u EKT krijgt en zo ja, welk percentage. Er kan maximaal 125% van uw zorgprofiel worden toegewezen Dit kan in pgb, zorg in natura of verdeeld worden over beide indien u een combinatie van pgb en zorg in natura (zin) heeft. U ontvangt binnen 8 weken na ontvangst van de volledige aanvraag door het zorgkantoor een schriftelijke onderbouwing van deze beslissing.

---

[6] Artikel 5.3 Regeling Langdurige Zorg.
[7] Heeft u meer dan 25% procent nodig? Kijk dan of u in aanmerking komt voor Meerzorg. Zie hoofdstuk 7.

Bent u het niet eens met het besluit van het zorgkantoor dan kunt u hiertegen in bezwaar. Lees in bijlage 3 wat u dan kunt doen. Na toekenning van EKT ontvangt u een nieuwe toekenningsbeschikking met uw nieuwe jaarbudget. De extra toeslag EKT kan voor maximaal 3 jaar toegekend worden.

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

- U in een geclusterde woonvorm verblijft die gefinancierd wordt via pgb of zin. EKT is namelijk bedoeld zodat de cliënt langer thuis kan blijven wonen in zijn of haar eigen gezinssituatie. Bovendien kan binnen een geclusterde woonvorm zorg efficiënter georganiseerd worden dan wanneer een cliënt nog in zijn gezinssituatie woont. Daarnaast wordt in een geclusterde woonvorm, zoals een wooninitiatief met zorgfunctie, de zorg gezamenlijk ingekocht.[8]
- U onderdeel uitmaakt van een gezin waar meerdere kinderen of personen aanspraak maken op zorg. In deze situaties is in redelijkheid te verwachten dat er enige doelmatigheid kan worden bereikt bij de in te zetten zorg (het wordt dus niet als redelijk beschouwd dat voor elk kind of persoon gerekend wordt met maximaal 125%);
- U in aanmerking komt voor een andere toeslag uit deze Regeling. EKT kan wel een alternatief zijn voor een van de andere toeslagen, behalve als u in aanmerking komt voor de toeslag Meerzorg of Persoonlijk assistentie budget.

Heeft u zorg in natura via een modulair pakket thuis (mpt) gecombineerd met een pgb?
In de situatie dat mpt gecombineerd wordt met pgb én er sprake is van EKT, kunt u het beschikbare budget naar wens verdelen over beide leveringsvormen. Bijvoorbeeld 75% voor het mpt (zin) en 50% voor pgb. Met uitzondering van noodzakelijke behandeling, omdat dit niet via pgb geleverd kan worden. Het zorgkantoor laat de coördinator zorg thuis weten dat er sprake is van EKT. Het is aan u om met de coördinator zorg thuis te bespreken hoe u de gehele zorgvraag in wilt vullen.

[8] In hele specifieke gevallen is het mogelijk dat in een pgb-wooninitiatief EKT kan worden aangevraagd. Hierbij dient aangetoond te worden dat de bewoner die de EKT aanvraagt, specifieke zorg nodig heeft die afwijkt van de overige bewoners van het wooninitiatief. Daarnaast zal het wooninitiatief inzichtelijk moeten maken welke extra zorg er ingezet dient te worden om aan de zorgbehoefte te kunnen volden. Het zorgkantoor beoordeelt of er sprake is van een specifiek geval en of EKT is toegestaan.

3. Palliatief terminale zorg (PTZ)

3.1 Wat is "Palliatief terminale Zorg" (PTZ)?

Palliatief terminale zorg (PTZ) is zorg in de laatste levensfase, als de levensverwachting korter is dan drie maanden. U krijgt dan geen behandeling om te herstellen of langer te leven, maar bijvoorbeeld pijnbestrijding en andere zorg waardoor u zich zo goed mogelijk blijft voelen. De terminale fase eindigt door overlijden of wanneer de cliëntsituatie zodanig verbetert dat er geen sprake meer is van een terminale levensfase.

3.2 Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor PTZ gelden de volgende voorwaarden:
- Er is sprake van een zwaardere zorgbehoefte vanwege extra zorg in de laatste levensfase;
- U komt niet uit met het huidige of resterende pgb budget;
- U beschikt over een verklaring van uw arts die vast heeft gesteld dat u in de laatste levensfase zit en wat de inschatting is van uw levensverwachting.

3.3 Hoe vraagt u PTZ aan?

U kunt PTZ aanvragen door middel van het PTZ-aanvraagformulier. Deze kunt u opvragen bij uw zorgkantoor of vindt u op de website van het zorgkantoor. In dit aanvraagformulier zit een budgetplan. Hierin omschrijft u de benodigde zorg en geeft u aan wat deze zorg kost. Als bijlage voegt u de verklaring van uw arts bij over de inschatting van uw levensverwachting.

3.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag aan de hand van de in § 1.3 genoemde beoordelingscriteria. Daarnaast beoordeelt het zorgkantoor voor PTZ uw budgetplan en kijkt of de zorg die u wilt inzetten noodzakelijk is. Ook kijkt het zorgkantoor of er met deze zorg sprake is van een verantwoorde situatie. Met het pgb is het volledig inkopen van 24-uurs zorg in de thuissituatie niet mogelijk. Daarnaast is het mogelijk dat het zorgkantoor u vraagt om een professionele zorgverlener in te zetten. Het zorgkantoor kent het extra budget PTZ in eerste instantie toe voor maximaal 3 maanden. Afhankelijk van uw situatie kan deze toeslag maximaal 3 keer verlengd worden, tot de maximale termijn van 1 jaar. Het zorgkantoor kan bij een verlenging een nieuwe verklaring opvragen.
Is uw gezondheidssituatie na een jaar nog hetzelfde? Neem dan contact op met uw zorgkantoor. Wanneer uw gezondheidssituatie verbetert, kan het zorgkantoor de toeslag bijstellen.
Is uw aanvraag geheel of gedeeltelijk afgewezen of bent u het niet eens met het besluit van het zorgkantoor dan kunt u hiertegen in bezwaar. Lees in bijlage 3 wat u dan kunt doen.

4. Gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH)

4.1 Wat is "Gespecialiseerd verpleegkundig handelen" (GVH)?

Gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH) gaat om verpleging na ontslag uit het ziekenhuis die noodzakelijk is vanwege een medisch-specialistische behandeling. Dit kan bijvoorbeeld als de medisch-specialist wondverzorging of het toedienen van injecties voorschrijft.

Wanneer de gespecialiseerde verpleging is voorgeschreven door de medisch specialist maar niet vanuit het ziekenhuis wordt georganiseerd en geleverd, dan valt de verpleging onder de Wet langdurige zorg. U kunt deze zorg uit uw gewone pgb budget financieren. Wanneer dit te weinig ruimte biedt, kan bij het zorgkantoor extra budget worden aangevraagd. Alle zorgprofielen krijgen extra ruimte voor gespecialiseerde verpleging.

4.2 Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor GVH gelden de volgende voorwaarden:
- U heeft medisch specialistische behandeling nodig in de thuissituatie;
- U heeft dit nodig na ontslag uit het ziekenhuis;
- U beschikt over een overdrachtsformulier van het ziekenhuis;
- U betaalt alleen gespecialiseerde verpleegkundigen vanuit het GVH-budget.

4.3 Hoe vraagt u gespecialiseerd verpleegkundig handelen aan?

U kunt het extra budget als volgt aanvragen:
- U krijgt van het ziekenhuis een overdrachtsformulier waarin de medisch specialist aangeeft welke extra verpleging u tijdelijk nodig heeft.
- U dient dit formulier in bij het zorgkantoor, met een budgetplan dat alleen is gericht op de gespecialiseerde verpleging.
- U kunt het budget ook nog aanvragen als aan het einde van de periode dat de verpleging nodig is, blijkt dat uw gewone budget te krap is voor de extra verpleging. De toeslag wordt dan toegekend voor de periode dat de GVH nodig was.

4.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag aan de hand van de in § 1.3 genoemde beoordelingscriteria. Het budget wordt direct na de aanvraag toegekend wanneer de kosten niet uit het totaalbudget behorend bij uw zorgprofiel kunnen worden gefinancierd. Het budget is zo hoog als nodig is om de verpleging te betalen die volgens de medisch specialist noodzakelijk is. Toekenning is voor drie maanden en kan verlengd worden na herbevestiging door de medisch specialist. Is uw aanvraag geheel of gedeeltelijk afgewezen of bent u het niet eens met het besluit van het zorgkantoor dan kunt u hiertegen in bezwaar. Lees in bijlage 3 wat u dan kunt doen.

5. Toeslag chronische ademhalingsondersteuning

5.1 Wat is een "toeslag chronische ademhalingsondersteuning"?

Wanneer u bent aangewezen op invasieve of non-invasieve beademing[9] in de thuissituatie heeft u extra zorg of toezicht nodig. In de Wet langdurige zorg is het mogelijk om hiervoor een toeslag te ontvangen.

5.2 Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor de toeslag chronische ademhalingsondersteuning gelden de volgende voorwaarden:

- U heeft invasieve of non-invasieve beademing;
- U heeft extra zorg of toezicht nodig vanwege de beademing;
- Wanneer u in een instelling zou wonen, zou u ook zijn aangewezen op deze extra zorg;
- U heeft een verklaring of onderbouwing van de beademingszorg betrokken specialist of van het Centrum voor Thuisbeademing waarin wordt aangeven dat u extra zorg of toezicht nodig heeft.

5.3 Hoe vraagt u de toeslag chronische ademhalingsondersteuning aan?

U vraagt de toeslag aan via het aanvraagformulier toeslag chronische ademhalingsondersteuning. Dit formulier kunt u opvragen bij uw zorgkantoor. Bij het aanvraagformulier zit een budgetplan. In het budgetplan geeft u aan waarom u extra zorg nodig heeft, om hoeveel extra budget het gaat en welke zorg u wilt inkopen.
U stuurt een onderbouwing voor de aanvraag van de beademingszorg van de betrokken specialist of van het Centrum voor Thuisbeademing mee met de aanvraag als bijlage. Zorgkantoren moeten hieruit op kunnen maken welk zorgprofiel chronische beademing van de VSCA u heeft.

5.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag aan de hand van de in § 1.3 genoemde beoordelingscriteria. Daarnaast beoordeelt het zorgkantoor voor de beademingstoeslag of de veiligheid is gewaarborgd. Uw zorgverlener dient kundig te zijn met het beademingsapparaat, voldoende opgeleid te zijn of de cursus gevolgd te hebben die het Centrum voor Thuisbeademing aanbiedt. U ontvangt binnen 8 weken na ontvangst van de volledige aanvraag door het zorgkantoor een schriftelijke onderbouwing van deze beslissing. Uw toeslag wordt voor minimaal 1 jaar en maximaal 3 jaar toegekend. Is uw aanvraag afgewezen? Lees dan in bijlage 3 wat u kunt doen.

[9] Non-invasieve beademing betekent dat u door middel van een mond- en/of neuskapje of mondstuk beademd wordt. Deze beademing kan de functie van de ademhalingsspieren gedeeltelijk ondersteunen. Invasieve beademing is een vorm van beademing met een buisje in de hals en luchtpijp. Deze beademing kan de functie van de ademhalingsspieren volledig overnemen.

6. Maatwerktoeslag: Thuiswonend kind <18

6.1 Wat is maatwerktoeslag "Thuiswonend kind <18"?

Maatwerktoeslag voor een thuiswonend kind met ontwikkelperspectief is een toeslag die u aan kunt vragen indien er sprake is van extra inzet van dagbesteding bij minderjarige kinderen én waarbij die inzet van deze zorg bijdraagt aan de ontwikkeling van het kind.

Wanneer er sprake is van een combinatie van zorg in natura met een pgb, worden voor de berekening van de hoogte van het budget voor zorg thuis, de kosten van zorg in natura af getrokken. Indien er sprake is van behandeling groep, wordt er per dagdeel behandeling groep, een dagdeel begeleiding groep in mindering gebracht. Is er sprake van behandeling individueel, dan wordt dit niet van het pgb afgetrokken. Hierdoor kan het voorkomen dat u niet genoeg pgb overhoudt om de zorg thuis in te kopen. U kunt dan een aanvraag indienen voor Extra Kosten Thuis. Is 25% extra budget voor u niet voldoende? De toeslag "thuiswonend kind <18" kan dan mogelijk uitkomst bieden zodat er voldoende budget overblijft voor de resterende zorg.

Voor wie is de toeslag bedoeld?
Het betreft kinderen met combinatie problematiek van verstandelijke beperking met lichamelijke en/of zintuiglijke beperking. De toeslag "thuiswonend kind <18" kan alleen worden ingezet als de toeslagen chronische ademhalingsondersteuning, GVH of PTZ niet van toepassing zijn en is gebleken dat Extra Kosten Thuis niet voldoende is.
Voor inzet van deze toeslag geldt als expliciete voorwaarde dat de ontwikkeling van het kind op de voorgrond staat. Vanuit dit perspectief gaat het ook altijd om tijdelijke inzet van extra budget. Voor de ontwikkeling van het kind is inzet van deze dagbesteding noodzakelijk. De kosten hiervan kunnen dan hoger liggen dan de bedragen die voor deze dagbesteding zijn opgenomen in het basisbudget voor zorg thuis. Met deze toeslag kunnen minderjarige kinderen de zorg ontvangen die zij nodig hebben om zich verder te ontwikkelen.

De toeslag "thuiswonend kind <18" is bedoeld voor kinderen onder de 18 jaar met een combinatie van meerdere, complexe beperkingen zoals;

- zeer ernstig verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEMVB). Het IQ[10] van deze kinderen is niet valide en betrouwbaar te meten;
- ernstige lichamelijke/motorische beperkingen, bijvoorbeeld spasticiteit en/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.;

[10] 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.

- 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 en/of verblijf in ziekenhuis);
- een verstoorde prikkelverwerking en zintuiglijke problemen (visus, auditief);
- non-verbale wijze van communiceren via geluiden (bijvoorbeeld wisselende intonatie, tempo of toonhoogte) of via bewegingen of fysiologische reacties (bijvoorbeeld versnelde ademhaling of pupilverwijding). Wijze van communicatie is vaak subtiel en blijft makkelijk onopgemerkt;
- 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;
- Er is sprake van een hoog medicatiegebruik;
- Er is veel paramedische zorg nodig en/of persoonlijke verzorging of verpleging.

6.2 Wat zijn de voorwaarden?

- Het kind waarvoor u de toeslag aanvraagt, behoort tot de doelgroep zoals hierboven beschreven.
- Er is sprake van dagbesteding in zorg in natura of een combinatie van dagbesteding met dagbehandeling, of;
- Er is sprake van dagbesteding dat wordt ingekocht met een pgb bij een door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieder.
- Het tekort op het pgb wordt veroorzaakt door dure dagbesteding (begeleiding groep) of door dagbesteding in combinatie met (dag)behandeling. De (dag) behandeling mag alleen in natura geleverd worden.
- Er is in de thuissituatie minimaal 1 gekwalificeerde zorgverlener betrokken die doelgericht werkt aan de ontwikkeling van het kind.
- Er is een multidisciplinair team betrokken met inbreng van orthopedagogische ondersteuning en/of therapieën. Het aangeboden (dag)programma op de dagbesteding is deels individueel en groepsgericht met concrete en haalbare (begeleidings-)doelen die programmatisch worden gegeven. Denk daarbij aan extra bewegen en ontwikkelen of in stand houden van praktische, sociaal/emotionele en/of cognitieve vaardigheden, indien er sprake is van een combinatie met behandeling; deze doelen zijn gericht op het in stand houden van aangeleerde vaardigheden.
- Het programma heeft ook als doel om gevolgen van de aandoening (complicaties) te voorkomen of het ontstaan van aan de aandoening gerelateerde stoornissen te voorkomen.
- De aanvraag dient ondertekend te worden door de deskundige die betrokken is bij de ontwikkeling van het kind.
- Extra kosten thuis is reeds toegekend en biedt onvoldoende ruimte om de noodzakelijke zorg in te kopen.
- Het extra budget als gevolg van dure dagbesteding en (dag)behandeling dient als zodanig ook geleverd en gedeclareerd te worden en niet alleen te worden aangevraagd.

6.3 Hoe vraagt u de toeslag aan?

Wilt u de Maatwerktoeslag Thuiswonend kind <18 aanvragen? Neem dan contact op met het zorgkantoor.

6.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor heeft de taak om te beoordelen of zorg in de thuissituatie doelmatig en verantwoord is. Zij kijken of het kind waarvoor de toeslag wordt aangevraagd in aanmerking komt voor deze toeslag. Het ontwikkelperspectief van het kind staat voorop en de zorginzet dient daaraan bij te dragen.

De aanvraag wordt maximaal voor een periode van drie jaar toegekend omdat er nog sprake is van een ontwikkelingsfase. De toekenning is maximaal tot en met 17 jaar. Het zorgkantoor kan na toekenning evaluatiemomenten inplannen, bijvoorbeeld door middel van een huisbezoek. Wanneer de toeslag is toegekend ontvangt u een nieuwe toekenningsbeschikking. Is uw aanvraag geheel of gedeeltelijk afgewezen of bent u het niet eens met het besluit van het zorgkantoor dan kunt u hiertegen in bezwaar. Lees in bijlage 3 wat u dan kunt doen.

Bij een aanvraag voor verlenging van de toeslag wordt bij de aanvraag altijd een evaluatie toegevoegd waarin het behaalde resultaat tot dan toe wordt beschreven, met de reden van verlenging.

Wanneer de zorginzet in zorg in natura verandert, heeft dit mogelijk gevolgen voor de hoogte van het toegekende pgb. U ontvangt dan een nieuwe toekenningsbeschikking.

7. Maatwerktoeslag logeren

7.1 Wat is "maatwerktoeslag logeren"?

De toeslag maatwerk logeren is bedoeld voor mensen waarbij logeren noodzakelijk is om een of meerdere mantelzorgers in de thuissituatie te ontlasten. Het doel van deze maatwerktoeslag is dat een cliënt langer thuis kan blijven wonen in de eigen vertrouwde omgeving. Het is ook mogelijk dat complexe problematiek specifieke eisen stelt aan de logeeropvang. Door de hogere tarieven voor logeren lukt het niet altijd om logeeropvang goed te regelen naast de noodzakelijke zorg thuis.

7.2 Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor de maatwerktoeslag logeren gelden de volgende voorwaarden:

- Er is in de thuissituatie sprake van (dreigende) overbelasting. Logeeropvang helpt om die overbelasting te verminderen of te voorkomen. De maatwerktoeslag zorgt voor tijdelijke ontlasting van uw mantelzorgers en houdt de thuissituatie verantwoord.
  En/of: De toeslag zorgt dat de logeeropvang aan specifieke eisen vanwege complexe problematiek kan voldoen.
  Complexe problematiek is in ieder geval:
  - Logeeropvang ZEVMB (zeer ernstig verstandelijke en meervoudige beperkingen)
  - Meervoudige beperkingen, vanaf 5 VG en hoger, met bijkomende problemen rond ademhaling, voeding etc.
  - Logeeropvang waarbij het noodzakelijk is dat een eigen, vertrouwde zorgverlener meegaat naar de logeerlocatie. Het niet inzetten van deze vaste zorgverlener leidt tot ernstig lichamelijk of gedragsmatig nadeel voor u.
  - Andere specifieke vormen van logeren.
- U woont thuis en uw huidige budget is niet voldoende als u ook logeeropvang inkoopt.
- U heeft minimaal 25% meer zorg nodig om logeren in te kopen dan mogelijk is met uw zorgprofiel.
- De zorg thuis en de noodzakelijke logeeropvang kunnen niet worden geregeld vanuit een van de andere toeslagen.
- Heeft u meerzorg aangevraagd en toegekend gekregen? Dan gaat het zorgkantoor ervanuit dat logeeropvang hier onderdeel van is.
- Logeeropvang kan doelmatig, verantwoord en veilig geleverd worden. Hierbij gaat het zorgkantoor uit van een marktconform tarief voor logeren. Dit tarief mag niet hoger zijn dan de kosten in zorg In natura.
- U dient de uren logeren te declareren. U doet dit niet in etmalen, zoals gebruikelijk is bij zorg in natura. Dus koopt u zorg in bij een aanbieder die ook zorg in natura levert? Spreek dit goed af. Deze aanbieder mag bij u alleen de daadwerkelijk geleverde uren factureren en bijvoorbeeld niet nog een etmaal op de dag van vertrek zoals bij zorg in natura gebruikelijk is.
- U kunt uw huidige budget niet doelmatiger besteden. Dit betekent dat u heeft onderzocht of u uw huidige zorgverleners anders kunt inzetten met bijvoorbeeld minder uren of tegen een lagere prijs zodat er budget vrij komt

- De logeeropvang is maximaal 156 nachten per kalenderjaar. Deze nachten zijn gemiddeld verdeeld over 3x 24 uur per week.

7.3 Hoe vraagt u de toeslag aan?

Wilt u de maatwerktoeslag logeren aanvragen? Neem dan contact op met het zorgkantoor.

7.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt of u in aanmerking komt voor deze maatwerktoeslag. Daarbij kijkt het zorgkantoor naar de noodzaak van de logeeropvang. En of de zorg thuis met een maatwerkoplossing op een verantwoorde manier kan worden gerealiseerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het Protocol Verantwoorde zorg (zie bijlage 1). Bij de beoordeling wordt de integrale zorginzet betrokken. Dit betekent dat het zorgkantoor de totale zorgvraag en benodigde zorginzet bekijkt en beoordeelt hoeveel zorg er thuis nodig is wanneer logeren wordt ingezet.
Voor de toekenning van deze maatwerktoeslag, stelt het zorgkantoor vast welk budget nodig is om in de integrale zorgvraag (thuis en logeren) te voldoen.
De maximale duur van de toekenning van de maatwerktoeslag logeren is 3 jaar. Het zorgkantoor bekijkt dit per cliënt.

Wanneer de zorginzet in zorg in natura verandert, heeft dit mogelijk gevolgen voor de hoogte van het toegekende pgb. U ontvangt hiervan altijd een nieuwe toekenningsbeschikking. Is uw aanvraag geheel of gedeeltelijk afgewezen of bent u het niet eens met het besluit van het zorgkantoor dan kunt u hiertegen in bezwaar gaan. Lees in bijlage 3 wat u dan kunt doen.

8. Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding (/ behandeling)

8.1 Wat is "Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding"?

Deze toeslag kan mogelijk uitkomst bieden om de extra benodigde kosten voor intensieve dagbesteding/behandeling te vergoeden. Deze toeslag mag alleen worden toegekend als is gebleken dat de kosten niet uit andere toeslagen gedekt kunnen worden.

Wanneer er sprake is van een combinatie van zorg in natura met een pgb, wordt voor de berekening van de hoogte van het budget voor zorg thuis, de kosten van zorg in natura af getrokken. Indien er sprake is van behandeling groep, wordt er per dagdeel behandeling groep, een dagdeel begeleiding groep in mindering gebracht. Is er sprake van behandeling individueel, dan wordt dit niet van het pgb afgetrokken. Hierdoor kan het voorkomen dat u niet genoeg pgb overhoudt om de zorg thuis in te kopen. U kunt dan een aanvraag indienen voor Extra Kosten Thuis (EKT). Is dit voor u niet voldoende? Deze toeslag kan dan mogelijk uitkomst bieden om de extra benodigde kosten voor intensieve dagbesteding/behandeling te vergoeden.

Combinatie met zorg in natura
Als de overschrijding van de EKT alleen komt door dure dagbesteding, dagbehandeling en/of behandeling die in zorg in natura wordt geleverd, dan kan zorgaanbieder de toeslag aanvragen bij het zorgkantoor. Neem bij twijfel contact op met het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan u dan adviseren. Bij een aanvraag voor de toeslag in zin, wordt altijd de inzet van het gehele budget (zin en pgb) bekeken.

8.2 Wat zijn de voorwaarden?

- Er is sprake van dagbesteding in zorg in natura, of;
- Er is sprake van dagbesteding dat wordt ingekocht met een pgb bij een door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieder;
- U heeft reeds EKT toegekend gekregen, maar deze is niet toereikend;
- U komt niet in aanmerking voor één van de andere toeslagen of regelingen.
- Er is sprake van complexe problematiek waardoor de kosten van dagbesteding of dagbehandeling aanzienlijk hoger liggen dan de bedragen die voor deze dagbesteding zijn opgenomen in het basisbudget voor zorg thuis, of;
- U komt aantoonbaar niet uit met uw budget omdat er sprake is van dure dagbesteding waardoor u onvoldoende budget overhoudt voor de zorg thuis;
- Door de inzet van zorg op maat is er wel sprake van een verantwoorde thuissituatie;
- Er dient een gekwalificeerd zorgaanbieder betrokken te zijn;
- De dagbesteding is noodzakelijk voor het in stand houden van (aangeleerde sociale/emotionele/cognitieve/lichamelijke) vaardigheden.

8.3 Hoe vraagt u de toeslag aan?

Wilt u de Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding/behandeling aanvragen? Neem dan contact op met het zorgkantoor.

8.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt of u in aanmerking komt voor deze maatwerktoeslag. Bij de beoordeling houdt het zorgkantoor rekening met of de zorg thuis door middel van een maatwerkoplossing op een verantwoorde manier kan worden gerealiseerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het Protocol Verantwoorde zorg (zie bijlage 1). Bij de beoordeling zal de integrale zorginzet betrokken worden. De maximale toekenning van deze toeslag is 3 jaar.

Voor de toekenning van deze maatwerktoeslag, stelt het zorgkantoor vast welk budget nodig is om aan de integrale zorgvraag (thuis en dagbesteding) te voldoen. Indien er sprake is van behandeling en begeleiding groep, zal de noodzakelijkheid hiervan worden meegenomen in de afweging.

Wanneer de zorginzet in zorg in natura verandert, heeft dit mogelijk gevolgen voor de hoogte van het toegekende pgb. U ontvangt hiervan altijd een nieuwe toekenningsbeschikking.
Is uw aanvraag geheel of gedeeltelijk afgewezen of bent u het niet eens met het besluit van het zorgkantoor dan kunt u hiertegen in bezwaar gaan. Lees in bijlage 3 wat u dan kunt doen.

9. Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)

9.1 Wat is "Persoonlijk Assistentie Budget" (PAB)?

Het Persoonlijk Assistentie Budget (PAB) is bedoeld voor mensen die volledig de regie kunnen voeren over hun eigen leven, die meedoen in de maatschappij en die vanwege een medische noodzaak 24-uur zorg of toezicht in de nabijheid nodig hebben. Doordat de mogelijkheid bestaat dat een acute levensbedreigende situatie optreedt kan door middel van het inkopen van persoonlijke assistenten direct worden gehandeld indien dit zich voordoet.
Hoort u, als budgethouder bij deze groep en denkt u dat een PAB voor u geschikt is? U moet het PAB dan zelf aanvragen, eventueel samen met een ondersteuner. Het PAB kan alleen via een pgb worden ingezet. Als u al een pgb heeft, kunt u het PAB direct aanvragen.

9.2 Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor PAB dient u te voldoen aan deze voorwaarden:

- U beschikt over één van de volgende zorgprofielen[11] :
  - LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging (5 LG);
  - LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (6 LG);
  - LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (7 LG);
  - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (8 VV);
- Er is een acute medische noodzaak voor 24 uurs toezicht om levensbedreigende situaties te voorkomen;
- U bent 18 jaar of ouder;
- U heeft geen cognitieve beperkingen;
- U kunt zelf de taken en verplichtingen die horen bij een pgb uitvoeren en nakomen[12];
- U kunt zelf uw zorgverleners en mantelzorgers aansturen, hun werkzaamheden afstemmen en zo komen tot verantwoorde zorg;
- U heeft een verklaring van uw behandelend arts. Meestal geeft het Centrum voor Thuisbeademing die verklaring. Uit de verklaring blijkt of u, vanuit een acuut medische noodzaak, 24 uur per dag directe nabijheid van zorgverleners nodig heeft.
- In uw aanvraag staat duidelijk onderbouwd welke zorg u nodig heeft, wanneer en hoeveel.
- Er zijn voldoende gekwalificeerde zorgverleners betrokken bij uw zorg om de veiligheid van u als budgethouder te kunnen garanderen.

9.3 Hoe vraagt u het Persoonlijk Assistentie Budget aan?

1. Neem contact op met het zorgkantoor.

[11] Artikel 5.15 a Regeling Langdurige Zorg.
[12] Artikel 3.3.3 lid 4 Wet Langdurige Zorg en Artikel 5.18 Regeling Langdurige Zorg en Kader pgb-vaardigheid.

2. Het zorgkantoor gaat na of u mogelijk in aanmerking komt voor het PAB. Zo ja, dan krijgt u het aanvraagdocument toegestuurd.
3. Bij de aanvraag stuurt u de verklaring van uw behandelend arts of Centrum voor Thuisbeademing mee.
4. U krijgt een schriftelijke bevestiging dat uw aanvraag in behandeling wordt genomen.
5. Als u aan bovengenoemde voorwaarden voldoet, komt een medewerker van het zorgkantoor op huisbezoek om te beoordelen of u zelf goed regie kunt houden en of de inzet van zorg akkoord is. Dit gebeurt in beginsel alleen als u de eerste keer PAB aanvraagt, maar kan ook bij een vervolg aanvraag of indien het zorgkantoor hier aanleiding toe ziet.
6. Het zorgkantoor beslist binnen 8 weken na ontvangst van een correcte en volledig ingevulde aanvraag of u PAB krijgt toegekend. U ontvangt hiervan schriftelijk bericht.

9.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag aan de hand van de in § 1.3 genoemde beoordelingscriteria. Daarnaast beoordeelt het zorgkantoor bij een PAB of er sprake is van medische noodzaak voor 24 uurs toezicht om levensbedreigende situaties te voorkomen. En of de in te zetten persoonlijke assistenten een verantwoorde situatie opleveren. Het zorgkantoor kijkt specifiek naar de eigen regie van de budgethouder. Dit betekent dat uzelf en zonder iemand anders als pgb-beheerder in staat moet zijn om uw zorg en de bijbehorende taken en verplichtingen van het pgb zelfstandig moet kunnen uitvoeren.
Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag op basis van uw zorgprofiel, het aanvraagdocument PAB, de benodigde zorg, de bevindingen uit het huisbezoek en eventueel aanvullende gegevens of informatie indien u die heeft aangeleverd. Het zorgkantoor kan hierbij ook om extra informatie vragen indien zij dit nodig hebben voor de beoordeling. Denk bijvoorbeeld aan een weekschema of zorgovereenkomsten.

Besluit over uw aanvraag
Het zorgkantoor beslist of u PAB krijgt en zo ja, hoe lang. U krijgt een schriftelijke onderbouwing van deze beslissing. Wanneer PAB wordt toegekend, ontvangt u ook een nieuwe toekenningsbeschikking met uw nieuwe jaarbudget.
Is uw aanvraag geheel of gedeeltelijk afgewezen of bent u het niet eens met het besluit van het zorgkantoor dan kunt u hiertegen in bezwaar gaan. Lees in bijlage 3 wat u dan kunt doen.

Hoogte van het PAB
De hoogte van het PAB is afhankelijk van uw situatie. Het PAB-bedrag is berekend op basis van 24 uurs aanwezigheid van zorgverleners met een gemiddeld uurtarief. Hierbij wordt rekening gehouden met uren gebruikelijke zorg en zijn de maximumtarieven vanuit het pgb van toepassing.[13] Indien er sprake is van een (geregistreerd) partner of echtgenoot, wordt deze in staat geacht om te kunnen voorzien in een deel van het noodzakelijk toezicht. Het zorgkantoor houdt bij de beoordeling van de hoogte van het PAB-rekening met de integrale noodzakelijke zorginzet en de tarieven die u afspreekt met uw zorgverleners. Ook wanneer er sprake is van een overgangsregeling (oude rechten) en u hogere tarieven mag vragen dan het op dat moment geldende maximale tarief.

[13] Artikel 5.22 Regeling Langdurige Zorg.

9.5 Hoe gaat het verder als het PAB is toegekend?

Het PAB wordt toegekend vanaf de datum waarop uw complete aanvraag ontvangen is bij het zorgkantoor, tenzij u met het zorgkantoor een andere ingangsdatum heeft afgesproken.
U kunt de uren voor persoonlijke assistentie bij de SVB declareren in de hele periode waarvoor de beschikking is afgegeven.
Zolang uw situatie hetzelfde blijft, kunt u PAB ontvangen. Dat betekent ook dat zorginzet gelijk moet zijn aan het budgetplan bij de aanvraag. Ieder jaar kan door het zorgkantoor worden bekeken of uw situatie hetzelfde is, tenzij u hierover een andere afspraak heeft gemaakt met het zorgkantoor. Daarnaast kan het zorgkantoor uw PAB voor een beperkte duur afgeven bijv. 1,2 of 3 jaar. U kunt 3 tot 6 maanden voordat uw toekenning van PAB afloopt een her-aanvraag indienen.

Neem zelf contact op met het zorgkantoor als uw situatie tussentijds verandert of als het budget anders wordt ingezet dan u in het budgetplan heeft vermeld. Het zorgkantoor bekijkt dan of u nog voldoet aan de criteria van het PAB. Zo niet, dan stopt het PAB. Meestal is er een overgangsperiode waarin uw budget nog doorloopt, zodat u tijd heeft om uw zorg op een andere manier in te vullen. Hoelang die overgangsperiode duurt, is afhankelijk van uw situatie.

10. Meerzorg

10.1 Wat is "Meerzorg"?

Het CIZ heeft onderzocht welk zorgprofiel het beste past bij uw zorgbehoefte. Is uw zorgvraag veel groter dan dit best passende profiel? Dan kan een aanvraag voor Meerzorg tot de mogelijkheden behoren. Meerzorg is extra budget om zorg in te kopen bij een extreme zorgzwaarte. Onder extreme zorgzwaarte wordt verstaan: een zorgbehoefte die zodanig zwaar of complex is ten opzichte van een andere cliënt met hetzelfde zorgprofiel. Voordat u Meerzorg aanvraagt, adviseren wij u om eerst te kijken naar de andere mogelijkheden voor extra budget uit hoofdstuk twee tot en met zes van deze Regeling.

Twijfelt u of u in aanmerking komt voor een andere regeling? Neem dan contact op met uw zorgkantoor.

Is al bij de indicatiestelling duidelijk dat Meerzorg nodig is?
Het CIZ kan bij het indicatiebesluit voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg aangeven dat waarschijnlijk meer zorg nodig is dan het best passende zorgprofiel biedt. De indicatie krijgt dan het kenmerk 'onderzoek doen naar Meerzorg'. Dit kenmerk is mogelijk als u:

1. Invasieve beademing nodig heeft, of;
2. Non-invasieve beademing nodig heeft, of;
3. Recht heeft op het zorgprofiel 'VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging' (voorheen VG5) *en* u permanent toezicht nodig heeft vanwege zwaar complexe somatische problematiek, of;
4. Recht heeft op het zorgprofiel 'VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging' (voorheen VG8) *en* u permanent toezicht nodig heeft vanwege zwaar complexe somatische problematiek.

Het CIZ kan bij het afgeven van de indicatie adviseren dat Meerzorg mogelijk nodig is. Heeft u dit advies gekregen? Geef dit door als u een pgb aanvraagt bij uw zorgkantoor. Het advies van het CIZ 'onderzoek doen naar Meerzorg' verandert niets aan de procedure voor de pgb-aanvraag. Het zorgkantoor zal een inhoudelijke beoordeling doen om te kijken of u in aanmerking komt voor Meerzorg.

Heeft u al een pgb en is de noodzaak voor Meerzorg vastgesteld bij een herindicatie? Neem dan contact op met uw zorgkantoor om de aanvraag van Meerzorg te bespreken.

10.2 Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor Meerzorg gelden de volgende voorwaarden:
- U heeft minimaal 25 % meer zorg nodig dan mogelijk is met uw zorgprofiel;
- Er is sprake van extreme zorgzwaarte waardoor het extra budget nodig is;

- U heeft extra budget nodig voor directe zorg handelingen;[14]
- Het CIZ heeft u één van deze zorgprofielen toegekend:
  - VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (5 VG);
  - VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (7 VG);
  - VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging (8 VG);
  - LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging (5 LG);
  - LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (6 LG);
  - LG Wonen met zeer intensieve verzorging (7 LG);
  - ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (3 ZGaud);
  - ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (5 ZGvis);
  - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (7 VV);
  - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (8 VV);
  - GGZ Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging (4 GGZ-W).

- U komt niet in aanmerking voor een andere regeling voor extra budget, zoals EKT, PAB, de toeslag chronische ademhalingsondersteuning of Maatwerktoeslag thuiswonend kind <18; of
- U komt in aanmerking of maakt reeds gebruik van een van deze regelingen maar dit is niet voldoende;
- Minstens één gekwalificeerde zorgverlener met het deskundigheidsniveau van verpleegkundige, SPH'er of vergelijkbaar is direct betrokken bij de zorg;
- Uw aanvraag is onderbouwd en ondertekend door een gedragskundige/behandelaar die bij uw zorgsituatie is betrokken (of eventueel, in overleg met het zorgkantoor, uw huisarts);
- In uw aanvraag staat duidelijk onderbouwd welke zorg u nodig heeft en hoeveel.

10.3 Hoe vraagt u Meerzorg aan?

Wilt u in aanmerking komen voor Meerzorg, dan moet u dit zelf aanvragen. Bij zorg in natura (zin) vraagt de zorgaanbieder Meerzorg aan. Heeft u een combinatie van een pgb en zin? Overleg dan met uw zorgkantoor over de aanvraag van Meerzorg. Het kan zijn dat u de Meerzorg aanvraag samen met uw zorgaanbieder moet aanvragen.

Hieronder staat hoe u zelf Meerzorg aanvraagt als u zelf zorg inkoopt met een pgb.

1. Neem contact op met het zorgkantoor.
2. Het zorgkantoor beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor Meerzorg (zie § 7.2).
3. U ontvangt het aanvraagformulier Meerzorg voor budgethouders van het zorgkantoor.
4. Uw behandelaar of huisarts moet uw aanvraag ondersteunen en het formulier mede invullen.
5. U stuurt het aanvraagformulier naar uw zorgkantoor. Het zorgkantoor beoordeelt of de aanvraag compleet is.

[14] U kunt geen Meerzorg aanvragen voor het financieren van toezicht of 24-uurs zorg.

6. Het zorgkantoor onderzoekt of u een extreem hoge zorgvraag heeft en beoordeelt uw aanvraag op zorginhoudelijke gronden. Het kan zijn dat zij uw aanvraag doorsturen naar het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) voor een advies. Het zorgkantoor of het CCE komt dan bij u op huisbezoek om uw zorgvraag en de aanvraag met u te bespreken.

10.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag aan de hand van de in § 1.3 genoemde beoordelingscriteria. Daarnaast beoordeelt het zorgkantoor of uw Meerzorgaanvraag compleet is en aan de voorwaarden voldoet. Hierbij wordt gekeken of in de aanvraag rekening is gehouden met gebruikelijke zorg[15] en/of respijtzorg[16] en/of mantelzorg[17]. Ook wordt er beoordeeld of er is voldaan aan de randvoorwaarden voor verantwoord thuis wonen[18].
Het zorgkantoor kijkt daarbij ook naar de integrale zorginzet en of u de zorg niet goedkoper kunt inkopen (binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid, dat wil zeggen: er is ruimte te kijken wat in uw persoonlijke situatie redelijk is). Het zorgkantoor neemt hierbij de hoogte van de afgesproken tarieven met uw zorgverleners in overweging. Hierbij wordt er rekening gehouden met aantal uren zorg dat u vanuit het zorgprofiel zou kunnen inkopen. Voor professionele zorg gelden andere maximumtarieven dan voor niet-professionele zorgverleners.
Het zorgkantoor beoordeelt of de extra zorg noodzakelijk is en of uw aanvraag is onderbouwd door een gedragskundige/behandelaar (of eventueel, in overleg met het zorgkantoor, uw huisarts).

Besluit over uw aanvraag
Het zorgkantoor beslist of u Meerzorg krijgt en zo ja, hoe lang. U krijgt een schriftelijke onderbouwing van deze beslissing.
Is uw aanvraag geheel of gedeeltelijk afgewezen of bent u het niet eens met het besluit van het zorgkantoor dan kunt u hiertegen in bezwaar. Lees in bijlage 3 wat u dan kunt doen.

10.5 Hoe gaat het verder als de Meerzorg is toegekend?

Begin en eind van de Meerzorg
De Meerzorg wordt toegekend vanaf de datum waarop uw complete aanvraag binnen was bij het zorgkantoor, tenzij u met het zorgkantoor een andere ingangsdatum heeft afgesproken. Uw budget wordt opgehoogd. Dit kunt u zien in uw beschikking van het zorgkantoor en in 'Mijn PGB' bij de SVB waar u de zorg declareert. U kunt Meerzorg declareren in de hele periode waarvoor de beschikking is afgegeven. De Meerzorg eindigt na 1 tot 3 jaar, tenzij u hier een andere afspraak over heeft gemaakt. De einddatum wordt bij de toekenning van de Meerzorg per brief aan u medegedeeld. U kunt de toeslag voor Meerzorg terugvinden op uw beschikking.

Opnieuw Meerzorg aanvragen

[15] Gebruikelijke zorg is in paragraaf 1.3.4 en bijlage 2 nader toegelicht.
[16] Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg om de mantelzorger een adempauze te geven.
[17] Mantelzorg is in paragraaf 1.3.4 nader toegelicht.
[18] Zie hiervoor bijlage 1.

Heeft u tegen het einde van de periode waarin u Meerzorg krijgt nog steeds extra budget voor de zorg nodig? Neem dan minimaal drie en maximaal zes maanden voor de einddatum van uw beschikking contact op met uw zorgkantoor.

Bij een her-aanvraag dient u aan te geven hoe u de eerder toegekende Meerzorg heeft ingezet, welke ontwikkelingen er zijn geweest in de zorg en aan welke doelen er is gewerkt (indien van toepassing). Het zorgkantoor kan uw aanvraag direct afhandelen of aanvullende stukken vragen om uw situatie opnieuw te beoordelen. Dit gebeurt bijvoorbeeld als uw zorgvraag veranderd is, of als u de zorg anders in wilt zetten.

De nieuwe toekenning gaat in op de vervaldatum van de vorige beschikking, zodat de Meerzorg naadloos doorloopt. Dit wordt niet gegarandeerd als u de her-aanvraag later dan drie maanden voor afloop van uw beschikking indient.

Controle
Het zorgkantoor controleert of u het budget voor Meerzorg volgens afspraak doelmatig en rechtmatig inzet. U moet hiervoor aan kunnen tonen hoe het budget is ingezet. Blijkt dat u (een deel van) het budget anders heeft gebruikt dan afgesproken? Dan moet u (dat deel van) het budget voor Meerzorg terugbetalen.
Het Meerzorgbudget kan bedoeld zijn om afgesproken doelen te halen. Dan staat in de beschikking wanneer wordt bekeken of die doelen voldoende gehaald zijn en welke informatie u op verzoek aan het zorgkantoor moet geven. Neem bij verandering in de zorgsituatie contact op met het zorgkantoor. Zie hiervoor ook § 1.6.

Bijlage 1: Protocol Verantwoorde zorg

Het zorgkantoor heeft de wettelijke plicht om zorg thuis doelmatig en verantwoord te financieren. Bij de beoordeling of een verzekerde Wet langdurige zorg op verantwoorde wijze zorg thuis kan ontvangen worden onder andere de volgende criteria meegewogen:

- mate van zelfregie;
- gevaarscriterium;
- aanwezigheid van een achterwacht;
- de noodzaak tot specifieke behandeling.

Beoordeling van verantwoorde zorg thuis vindt plaats nadat door het zorgkantoor is vastgesteld dat zorg thuis doelmatig geleverd kan worden. Doelmatig betekent dat de kosten voor de zorg in verhouding staan tot de kwaliteit van de zorg.

Wanneer de zorg zo complex is dat er naar het oordeel van het zorgkantoor een gekwalificeerde zorgverlener nodig is in de thuissituatie, mag het zorgkantoor eisen dat deze wordt ingezet. Hierbij moet het zorgkantoor inzicht krijgen in de opleiding, ervaring en medische/verpleegkundige kennis van de zorgverlener.
Indien de zorg niet te organiseren is met een gekwalificeerde zorgverlener (de reden wordt ook beoordeeld door het zorgkantoor), moet er aantoonbare monitoring van de zorg plaatsvinden door een bevoegd persoon.

Als er sprake is van verpleegkundige zorg in de thuissituatie dient er een verklaring van de huisarts overlegd te worden, waarin de huisarts verklaart:

- op de hoogte te zijn van de noodzakelijke verpleegkundige zorg;
- dat de manier waarop deze zorg wordt uitgevoerd verantwoord is;
- verantwoordelijkheid te dragen voor de zorg in de thuissituatie.

Het zorgkantoor houdt bij de beoordeling rekening met cliënt specifieke zaken zoals de mogelijkheden voor aanvullend budget, het sociaal netwerk en de woonsituatie.
Aanpassingen aan de woning en de aanwezigheid van specifieke hulpmiddelen zijn voor het zorgkantoor aspecten om de zorg thuis verantwoord te kunnen uitvoeren. Het recht op een verantwoorde werkplek voor de zorgverleners is hieraan verbonden.

Om tot de conclusie te komen of de zorg thuis verantwoord is, neemt het zorgkantoor een aantal factoren en omstandigheden in overweging. Het is een individuele beoordeling op cliëntniveau waarbij onderstaande zaken aan de orde komen.

Zelfregie
De zelfregie van de cliënt wordt beoordeeld. Er wordt hierbij gekeken of er sprake is van afdoende zelfregie – en zo niet – of en hoe dit voldoende is ingedekt.

Kan de cliënt goed bepalen wat hij wil, zijn situatie goed inschatten en daarvoor zijn verantwoordelijkheid nemen? In hoeverre is cliënt in staat om zelf te alarmeren als hij hulp nodig heeft?

Hierbij valt te denken aan mensen met een verstandelijke beperking of dementie die zelf niet in staat zijn keuzes maken voor de juiste zorg. Indien dit niet het geval is dient er een betrokkene te zijn die deze rol voor de cliënt vervult en over kan nemen. Deze persoon vervult dan de rol als pgb-beheerder[19] , is pgb-vaardig en dient te voldoen aan de verplichtingen die bij het pgb horen. Wanneer het zorgkantoor van mening is dat de pgb-beheerder onvoldoende instaat voor de belangen van de cliënt of onvoldoende in staat is het pgb te beheren, kan het zorgkantoor een andere pgb-beheerder vereisen.

Gevaarscriterium
Bij de cliënt wordt nagegaan in hoeverre sprake is van een gevaarscriterium. Hierbij wordt gekeken of een cliënt:

- een ernstig gevaar voor zichzelf vormt (is gedesoriënteerd in tijd en/of plaats en/of persoon en/of kan gevaar niet inschatten);
- zichzelf ernstig verwaarloost (ernstig tekort aan voeding/vocht/medicatie inname, lichamelijke verzorging en/of hygiëne van de omgeving);
- met zijn gedrag een risico vormt voor mensen in zijn omgeving (door bijvoorbeeld gedragsproblematiek naar andere mensen);
- spullen in zijn omgeving kapot maakt, en daardoor een risico vormt voor de algemene veiligheid.

Indien er sprake is van een gevaarscriterium moet bekekenen worden of deze voldoende is ingedekt door bijvoorbeeld toezicht door mantelzorgers of familieleden of adequate begeleiding/ behandeling.

Toezicht
In de Wet langdurige zorg is voor alle cliënten is vastgesteld dat er 24-uurs zorg in de nabijheid of toezichtzorg nodig is. Bij de beoordeling wordt gekeken of en hoe deze toezicht is ingeregeld. Daarbij wordt rekening gehouden met voldoende continuïteit van zorg en toezicht. Bijvoorbeeld bij overbelasting van zorgverleners/mantelzorgers die deze zorg bieden, kan de continuïteit van het toezicht onvoldoende ingeregeld zijn wanneer er geen sprake is van achterwacht. Indien dit niet (bijvoorbeeld als de cliënt deze zorg weigert) of onvoldoende is ingeregeld kan de conclusie worden getrokken dat de situatie niet verantwoord is.

[19] Meer informatie over de verschillende vormen van vertegenwoordiging vindt u in de folder "Beheer van het pgb Wlz".

Behandeling
Bij de cliënt wordt nagegaan in hoeverre behandeling noodzakelijk is. Wanneer deze noodzakelijk is, wordt deze behandeling dan ook geboden? En is deze adequaat/passend bij de zorgvraag van de cliënt? Behandeling wordt gefinancierd vanuit zorg in natura.

Vragen die door het zorgkantoor gesteld kunnen worden zijn:

- Welke diagnose maakt inzet van (extra) behandeling noodzakelijk?
- Wie is eindverantwoordelijk voor de behandeling (arts/behandelaar)?
- Welke methodiek wordt toegepast voor de behandeling?
- Wat is het te behalen resultaat van de behandeling?
- Hoe wordt het te behalen resultaat (verbeterdoel) getoetst?
- Wat is het aantal benodigde extra) uren behandeling (individueel) of dagdelen (groep) per week?

Betrokken behandelaar
Bij de beoordeling van verantwoord thuis wonen is de huisarts eindverantwoordelijk. De mening van de huisarts weegt mee in het besluit van het zorgkantoor. Soms zijn er ook andere artsen of behandelaars betrokken. Deze mening kan tevens worden meegenomen in deze weging en beoordeling van het zorgkantoor.

Boordeling Zorgkantoor
Indien het zorgkantoor na een zorgvuldige beoordeling concludeert dat de zorg onverantwoord is of dat er sprake is van een onverantwoorde situatie thuis, dan kan dit consequenties hebben voor uw aanvraag of uw pgb. Het zorgkantoor kan besluiten dat zorg in natura noodzakelijk is.

Bijlage 2: Protocol Gebruikelijke Zorg

Deze bijlage beschrijft wat bedoeld wordt met zorg die meer is dan men vanuit de directe sociale omgeving mag verwachten voor personen met een Wlz-indicatie ('gebruikelijke zorg'). Gebruikelijke zorg betreft alle zorg waarvan in het algemeen redelijkerwijs mag worden verwacht dat partner, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten die aan elkaar verlenen.

Op dit moment is er een wegingskader ontwikkeld voor de gebruikelijke zorg die (pleeg-)ouders leveren aan kinderen om te bepalen of zij in de Wlz thuishoren, wanneer zij de zorg die ouders leveren in acht nemen. Het gaat hierbij om de gebruikelijke zorg die (pleeg-) ouders aan kinderen leveren.

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

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

Gebruikelijke zorg bij volwassenen
Voor volwassenen is de beoordeling van gebruikelijke zorg onderdeel van het reguliere proces behorende bij het beoordelen van een pgb, van het zorgkantoor. Het zorgkantoor beoordeelt of het zorg betreft waarvan in het algemeen redelijkerwijs mag worden verwacht dat partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten die aan elkaar verlenen. Er wordt hierbij rekening gehouden met de persoonlijke situatie van de cliënt.

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 en/of vanwege opvoedingsonmacht van de ouder(s)? Dan is verblijf op grond van de Jeugdwet aan de orde.

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

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

- als er intensief toezicht (maar geen actieve observatie) nodig is in verband met blijvende ernstige ontwikkelingsachterstand[20] 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[21], in combinatie met beperkingen op meerdere terreinen, zoals bewegen en verplaatsen, ADL of gedrag.

[20] Minimaal een matig verstandelijke beperking.
[21] Minimaal een matig verstandelijke beperking.

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[22] 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);
- MCG/EMB kinderen hebben een ernstige verstandelijke beperking met een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief en een motorische beperking. Meestal is er ook sprake van zintuiglijke problemen (waaronder prikkelverwerkingsstoornissen) en/of lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld epilepsie, reflux, slikproblemen of luchtweginfecties).

Wat is geen gebruikelijke zorg?
Permanent toezicht in de zin van actieve observatie valt niet onder gebruikelijke zorg.
Richtlijn[23] 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 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.

[22] Artikel 3.1.5 Besluit langdurige zorg.
[23] Voor de richtlijnen rondom gebruikelijke zorg verwijzen wij u door naar de beleidsregels Wlz van het CIZ op https://www.ciz.nl/.

Bijlage 3: Bezwaarprocedure

Mijn aanvraag is afgewezen wat nu?
U kunt in bezwaar gaan als het zorgkantoor uw aanvraag afwijst. Hieronder staat welke stappen daarvoor nodig zijn. De totale doorlooptijd is maximaal 12 weken vanaf het moment dat u uw bezwaar indient bij het zorgkantoor.

1. U kunt bezwaar maken binnen 6 weken na datum dagtekening op de afwijzing van het zorgkantoor. U stuurt uw bezwaarschrift naar het zorgkantoor.
2. Het zorgkantoor stuurt u een ontvangstbevestiging en geeft aan hoelang de bezwaarschriftprocedure maximaal duurt (12 weken).
3. Er wordt een hoorzitting gehouden. U kunt dan vertellen waarom u het niet eens bent met het besluit. Van de hoorzitting wordt een verslag gemaakt. Een hoorzitting is niet altijd nodig.[24]
4. Het zorgkantoor stuurt u de Beslissing op bezwaar (BOB).[25]
5. Bent u het niet eens met de BOB? Dan kunt u in beroep gaan bij de rechtbank (sector bestuur). In de BOB staat uitgelegd hoe u dat doet.
6. Als u het niet eens bent met de uitspraak van de rechtbank, dan kunt u in hoger beroep gaan bij de Centrale Raad van Beroep.
7. De Centrale Raad van Beroep neemt een beslissing. U kunt hiertegen niet meer in beroep gaan.

[24] Artikel 7:3 Algemene wet bestuursrecht.
[25] Indien uw bezwaar is gericht tegen een afwijzing voor Meerzorg, dan wordt de beslissing op bezwaar eerst voorgelegd aan het Zorginstituut Nederland met het verzoek om een advies te geven (als bedoeld in artikel 10.3.1 van de Wet langdurige zorg). Het Zorginstituut heeft 10 weken de tijd om een advies te formuleren. U ontvangt hiervan een kopie. Daarna ontvangt u de definitieve Beslissing op Bezwaar.

Bijlage 4: Stroomschema toeslagen

