

REGELING

Mogelijkheden voor extra budget in 2020

Voor mensen met een persoonsgebonden budget
vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz)
voor gehandicaptenzorg of verpleging/verzorging

Disclaimer

Voor de tekst zoals die in de Regeling 'Mogelijkheden voor extra budget in 2020' is opgenomen geldt dat wij streven naar een zo zorgvuldig en volledig mogelijke weergave van de vigerende wettekst. Mocht ondanks deze inspanningen de inhoud onvolledig en of onjuist zijn, dan kunnen wij daarvoor geen aansprakelijkheid aanvaarden. Aan alle zorgkantoren is een voorbehouden om bij specifieke situaties af te wijken van het in deze Regeling opgenomen beleid.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
1.1	Wanneer kunt u extra budget aanvragen?	5
1.2	Indienen van de aanvraag	6
1.3	Beoordelen van de aanvraag	6
1.3.1	Voldoen aan de voorwaarden	6
1.3.2	Besteding van uw pgb: doelmatig en verantwoord	6
1.3.3	Kwalitatieve Wlz zorg	7
1.3.4	Mantelzorg en gebruikelijke zorg	7
1.4	Wat als uw aanvraag is toegekend?	7
1.5	Wat als uw aanvraag is afgewezen?	8
1.6	Huisbezoek & Controle	9
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 GVH aan?	13
4.4	Beoordeling en toekenning	13
5.	Beademingstoeslag	14
5.1	Wat is een "Beademingstoeslag"?	14
5.2	Wat zijn de voorwaarden?	14
5.3	Hoe vraagt u (non) invasieve beademingstoeslag 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.	Meerzorg	18
7.1	Wat is "Meerzorg"?	18
7.2	Wat zijn de voorwaarden?	18
7.3	Hoe vraagt u Meerzorg aan?	19
7.4	Beoordeling en toekenning	20
7.5	Hoe gaat het verder als de Meerzorg is toegekend?	20
8.	Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)	22
8.1	Wat is "Persoonlijk Assistentie Budget"?	22
8.2	Wat zijn de voorwaarden?	22
8.3	Hoe vraagt u een PAB aan?	23
8.4	Beoordeling en toekenning	23
8.5	Hoe gaat het verder als het PAB is toegekend?	24
9.	Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding(/ behandeling)	25
9.1	Wat is "Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding"?	25
9.2	Wat zijn de voorwaarden?	25
9.3	Hoe vraagt u de toeslag aan?	26
9.4	Beoordeling en toekenning	26
	Bijlage 1: Kader pgb-vaardigheid	27
	Bijlage 2: Protocol Verantwoorde zorg	30
	Bijlage 3: Protocol Gebruikelijke Zorg	33
	Bijlage 4: Bezwaarprocedure	36
	Mijn aanvraag is afgewezen wat nu?	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 budget 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 dit document wordt met 'u' de aanvrager bedoeld: dit kan dus zowel de budgethouder, de gewaarborgde hulp als de wettelijk vertegenwoordiger zijn.

1.1 Wanneer kunt u extra budget aanvragen?

De Wlz heeft enkele regelingen voor mensen die meer zorg nodig hebben dan ze met hun budget kunnen inkopen. Het gaat om:

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

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.

Combinatie met zorg in natura

De mogelijkheden voor extra budget zoals in deze regeling opgenomen gelden voor uw persoonsgebonden budget. Ontvangt u ook een gedeelte van uw zorg in natura? Dan wordt voor de berekening van het beschikbare persoonsgebonden budget, de kosten van zorg in natura in mindering gebracht¹. Heeft u extra zorg nodig in natura? Dan kan uw zorgaanbieder dat aanvragen

¹ Dit geldt niet indien u behandeling individueel ontvangt. Behandeling individueel komt altijd bovenop het basisbudget 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.

bij het zorgkantoor. Bespreek altijd met uw zorg coördinator 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 cliëntondersteuner².

Wanneer u de aanvraag heeft ingediend bij het zorgkantoor ontvangt u hiervan meestal 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?

Dan vraagt het zorgkantoor u schriftelijk om een aanvulling. Het zorgkantoor vermeldt hoeveel tijd u daarvoor heeft. 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. Als u alle benodigde stukken wel op tijd opstuurt, geldt de ontvangstdatum als nieuwe ingangsdatum voor de aanvraag. Het zorgkantoor heeft dan opnieuw maximaal 8 weken voor de beoordeling.

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 is het mogelijk dat het zorgkantoor u vraagt om een professionele zorgverlener in te zetten.

1.3.2 Besteding van uw pgb: doelmatig en verantwoord

Wanneer u zelfstandig woont en zelf zorg inkoop 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.

² Ga naar <https://www.clientondersteuning.co.nl/> voor meer informatie over onafhankelijke cliëntondersteuning.

- *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 2 vindt u de randvoorwaarden voor verantwoord thuis wonen³. Hierbij kijkt het zorgkantoor naar de integrale inzet van alle zorgverleners en de verhouding tussen professionele en informele zorg.

1.3.3 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. Wanneer u een aanvraag indient voor een van de in deze regeling genoemde mogelijkheden voor extra budget, dient uit uw aanvraag te 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 professional betrokken dient te zijn bij de zorg. Een professional is een zorgverlener die beroepsmatig zorg verleend en 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 professionele zorgverlener kan ook worden verstaan een zorgverlener die met het zorgkantoor een contract heeft en zorg in natura levert.

1.3.4 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 3 vindt u meer informatie over gebruikelijke zorg.

Mantelzorg is zorg die wordt geboden door personen uit de directe omgeving van de zorgbehoevende met wie een sociale relatie is. 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 voor uw zorg.

Waar moet u verder nog op letten?

³ Doelmatig en verantwoorde zorg thuis, zie bijlage 2.

- Als uw zorgverleners met wie u een vast aantal uren heeft afgesproken, meer uren gaan werken, vergeet dan niet om een wijzigingsformulier⁴ 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.
- Bij nieuwe zorgverleners levert u een nieuwe zorgovereenkomst én zorgbeschrijving aan bij het zorgkantoor.
- U mag het extra budget niet gebruiken om de tarieven van uw huidige zorgverleners te verhogen of om wijzigingen met terugwerkende kracht⁵ aan te brengen.
- 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 persoonsgebonden budget.

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 uit bijlage 2.
- 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 bent volgens het zorgkantoor niet pgb-vaardig genoeg om het pgb te beheren. Het zorgkantoor gebruikt hiervoor het Kader pgb-vaardigheid om dit te beoordelen.
- 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.

⁴ U vindt de wijzigingsformulieren voor zorgovereenkomst op de website van de Sociale Verzekeringsbank. www.svb.nl/pgb.
Werkt u met het MijnPGB Portaal, dan kunt u digitaal de wijzigingen aanbrenge.

⁵ Met terugwerkende kracht wordt bedoeld dat u wijzigingen aanbrengt die betrekking hebben op een datum in het verleden. Wanneer u extra budget of een toeslag toegekend heeft gekregen, mag u dit budget niet gebruiken voor een periode voorafgaand aan de toekenning.

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 toegekend? U kunt tegen het besluit van het zorgkantoor in bezwaar gaan. In bijlage 4 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 beëindigt.
- 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"?

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 worden⁶. Deze regeling geldt voor alle zorgprofielen⁷.

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. Hiermee geeft u bij het zorgkantoor aan waarom u extra budget nodig hebt. In het plan schrijft u welk budget u nodig heeft voor de zorg. 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 of zal krijgen met uw huidige budget om uw zorg in te kunnen zetten. Het is mogelijk dat het zorgkantoor een professionele 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 een schriftelijke

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.

onderbouwing van deze beslissing. Bent u het niet eens met het besluit van het zorgkantoor dan kunt u hiertegen in bezwaar. Lees in bijlage 4 wat u dan kunt doen. Wanneer EKT wordt toegekend, ontvangt u ook een nieuwe toekenningbeschikking met uw nieuwe jaarbudget. Uw aanvraag wordt voor maximaal 3 jaar toegekend.

Uitzonderingen

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

- Een cliënt 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
- Een cliënt 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%);
- Een cliënt in aanmerking komt voor Meezorg of een persoonlijk assistentiebudget. Er is dus geen stapeling van EKT met Meezorg of het persoonlijk assistentiebudget mogelijk.

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 wilt inzetten.

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. De maximale termijn waarvoor PTZ toegekend kan worden is 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 4 wat u dan kunt doen.

4. Gespecialiseerd verpleegkundig handelen (GVH)

4.1 Wat is "Gespecialiseerd verpleegkundig handelen"?

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.

4.3 Hoe vraagt u GVH 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 uw gewone budget 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 4 wat u dan kunt doen.

5. Beademingstoelage

5.1 Wat is een "Beademingstoelage"?

Wanneer u bent aangewezen op invasieve of non-invasieve beademing⁹ in de thuissituatie heeft u extra zorg of toezicht nodig. In de Wlz is het mogelijk om hiervoor een toeslag te ontvangen. Cliënten die neusbeademing of neus-mondbeademing nodig hebben, komen niet voor deze toeslag in aanmerking.

5.2 Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor een beademingstoelage 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 aangegeven dat u extra zorg of toezicht nodig heeft.

5.3 Hoe vraagt u (non) invasieve beademingstoelage aan?

U vraagt de toeslag via het formulier aanvraag (non) invasieve beademingstoelage. Dit formulier kunt u opvragen bij uw zorgkantoor. Bij het aanvraagformulier zit een budgetplan. Hiermee geeft u bij het zorgkantoor aan waarom u extra budget nodig hebt. In het plan schrijft u welk budget u nodig heeft voor de zorg.

U stuurt een onderbouwing voor de aanvraag van de beademingszorg betrokken specialist of van het Centrum voor Thuisbeademing mee met de aanvraag als bijlage.

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 beademingstoelage of de veiligheid is gewaarborgd. Uw zorgverlener dient kundig te zijn met beademingsapparaat, voldoende opgeleid te zijn of de cursus gevolgd te hebben die het Centrum voor Thuisbeademing aanbiedt. U ontvangt binnen 8 weken een schriftelijke onderbouwing van deze beslissing. Uw aanvraag wordt voor minimaal 1 jaar en maximaal 3 jaar toegekend. Is uw aanvraag afgewezen? Lees dan in bijlage 4 wat u kunt doen.

⁹ Non-invasieve beademing betekent dat u door middel van een mond- en/of neus kapje of-stuk beademd wordt. Deze beademing kan de functie van de ademhalingspijpen gedeeltelijk ondersteunen. Invasieve beademing is een vorm van beademing met een buisje in de hals en luchtpijp. Deze beademing kan de functie van de ademhalingspijpen 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 het zorgkantoor kan toekennen indien er sprake is van extra inzet van dagbesteding bij minderjarige kinderen, 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 persoonsgebonden budget, wordt voor de berekening van de hoogte van het budget voor zorg thuis, de kosten van zorg in natura afgetrokken. 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 dit voor u niet voldoende? Deze toeslag 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. Deze toeslag kan alleen worden ingezet als de toeslagen Beademing, 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.

Deze toeslag is bedoeld voor kinderen onder de 18 jaar met een combinatie van meerdere, complexe beperkingen zoals;

- zeer ernstig verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEMVB). Het IQ¹⁰ 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 kan alleen in natura.
- Er is in de thuissituatie minimaal 1 professionele zorgprofessional 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.
- De overige mogelijkheden voor extra budget zijn niet van toepassing of nog niet

- 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 <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 daar aan 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. Dit kan plaatsvinden middels 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 4 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 hiervan altijd een nieuwe toekenningsbeschikking.

7. Meerzorg

7.1 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 zorgbehoefte. 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.

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 al bij het indicatiebesluit voor Wlz-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.

7.2 Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor Meerzorg gelden de volgende voorwaarden:

- U heeft minimaal 25 % meer budget 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;¹¹
- 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).
- U komt niet in aanmerking voor een andere regeling voor extra budget, zoals EKT, PAB, Beademingstoeslag, Maatwerktoeslag Dure dagbesteding of Maatwerktoeslag kind <18; of
- U komt in aanmerking of maakt reeds gebruik van een van deze regelingen maar dit is niet voldoende;
- Minstens één professionele 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.

7.3 Hoe vraagt u Meezorg aan?

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

Hieronder staat hoe u zelf Meezorg aanvraagt als u zelf Wlz-zorg inkoopt met een pgb.

1. Neem contact op met het zorgkantoor.
2. Het zorgkantoor beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor Meezorg (zie § 7.2).
3. U ontvangt het aanvraagformulier Meezorg 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.
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.

¹¹ U kunt geen Meezorg aanvragen voor het financieren van toezicht of 24-uurs zorg.

7.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag aan de hand van de in § 1.3 genoemde beoordelingscriteria. Daarnaast beoordeelt het zorgkantoor of uw Meezorgaanvraag compleet is en aan de voorwaarden voldoet. Hierbij wordt gekeken of in de aanvraag rekening is gehouden met gebruikelijke zorg¹² en/of respijtzorg¹³ en/of mantelzorg¹⁴. Ook wordt er beoordeeld of er is voldaan aan de randvoorwaarden voor verantwoord thuis wonen¹⁵.

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 de tarieven voor de 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 maximum tarieven dan voor niet-professionele zorgverleners. Heeft u een pgb toegekend gekregen voor 2015 en maakt u gebruik van het recht op de maximale tarieven vanuit het oude recht? Dan neemt het zorgkantoor dit mee in de beoordeling van de Meezorg.

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 Meezorg 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 4 wat u dan kunt doen.

7.5 Hoe gaat het verder als de Meezorg is toegekend?

Begin en eind van de Meezorg

De Meezorg 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 Meezorg declareren in de hele periode waarvoor de beschikking is afgegeven. De Meezorg eindigt na 1 tot 3 jaar, tenzij u hier een andere afspraak over heeft gemaakt. De einddatum wordt bij de toekenning van de Meezorg per brief aan u medegedeeld. U kunt de toeslag voor Meezorg terugvinden op uw beschikking.

Opnieuw Meezorg aanvragen

Heeft u tegen het einde van de periode waarin u Meezorg 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.

¹² Gebruikelijke zorg is in paragraaf 1.3.4 en bijlage 3 nader toegelicht.

¹³ Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg om de mantelzorgers een adempauze te geven.

¹⁴ Mantelzorg is in paragraaf 1.3.4 nader toegelicht.

¹⁵ Zie hiervoor bijlage 2.

Bij een her-aanvraag dient u aan te geven hoe u de eerder toegekende Meezorg 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 Meezorg 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 Meezorg budget 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 Meezorgbudget terugbetalen.

Het Meezorgbudget 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.

8. Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)

8.1 Wat is "Persoonlijk Assistentie Budget"?

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. In dit hoofdstuk spreken we over 'u' als budgethouder en niet over een gewaarborgde hulp of vertegenwoordiger. Het PAB kan alleen via een pgb worden ingezet. Als u al een pgb heeft, kunt u het PAB direct aanvragen. Anders moet u eerst een pgb aanvragen.

8.2 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 zorgprofielen¹⁶:
 - LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging (5LG);
 - LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (6LG);
 - LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging (7LG);
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (7VV);
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging (8VV).
- Er is een acute medische noodzaak voor 24 uren 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 nakomen¹⁷;
- U kunt zelf uw zorgverleners en mantelzorgers aansturen, hun werkzaamheden afstemmen en zo komen tot verantwoorde zorg;
- U heeft een verklaring van uw behandeld 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.

¹⁶ Artikel 5.15 a Regeling Langdurige Zorg.

¹⁷ Artikel 3.3.3 lid 4 Wet Langdurige Zorg en Artikel 5.18 Regeling Langdurige Zorg en Kader pgb-vaardigheid.

- Er zijn voldoende professionele zorgverleners betrokken bij uw zorg om de veiligheid van u als budgethouder te kunnen garanderen.

8.3 Hoe vraagt u een PAB aan?

1. Neem contact op met het zorgkantoor.
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.

8.4 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 uren 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 u als budgethouder. Dit betekent dat u op eigen kracht en zonder vertegenwoordiger in staat moet zijn om de zorg rondom u en de bijbehorende taken en verplichtingen van het pgb zelfstandig te 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. Lees in bijlage 4 wat u dan kunt doen.

Hoogte van het PAB

Het PAB is maximaal € 304.328,00 (2020)¹⁸. Wanneer u bijvoorbeeld samenwoont met een partner die mantelzorg kan geven, wordt het budget daarop aangepast. De daadwerkelijke hoogte van het budget is daarom afhankelijk van uw situatie. Het PAB-bedrag is berekend op basis van 24 uren

¹⁸ Dit bedrag is opgebouwd door het aantal uur in een jaar (8.760) te vermenigvuldigen met het gemiddeld uurtarief.

aanwezigheid van zorgverleners met een gemiddeld uurtarief van € 34,74. Hierbij wordt rekening gehouden met uren gebruikelijke zorg en zijn de maximumtarieven vanuit het pgb van toepassing.¹⁹ 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 u afspreekt met uw zorgverleners. Ook wanneer er sprake is van een overgangsregeling (oude rechten) en u hogere tarieven mag vragen dan het maximale tarief.

8.5 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 zoals het in het budgetplan bij de aanvraag is aangegeven. 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 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. Hoe lang die overgangsperiode duurt, is afhankelijk van uw situatie.

¹⁹ Artikel 5.22 Regeling Langdurige Zorg.

9. Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding(/ behandeling)

9.1 Wat is “Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding”?

Heeft u een zorgprofiel waarbij u niet in aanmerking komt voor Meezorg, en komt u ook niet in aanmerking voor de hierboven genoemde toeslagen of mogelijkheden voor extra budget? Dan komt u wellicht in aanmerking voor de Maatwerktoeslag intensieve dagbesteding/dagbehandeling indien de dure dagbesteding of behandeling de oorzaak is dat u niet uitkomt met het persoonsgebonden budget (inclusief EKT).

Wanneer er sprake is van een combinatie van zorg in natura met een persoonsgebonden budget, wordt voor de berekening van de hoogte van het budget voor zorg thuis, de kosten van zorg in natura afgetrokken. 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 dit voor u niet voldoende? Deze toeslag kan dan mogelijk uitkomst bieden omdat de extra benodigde kosten hiermee wordt vergoed.

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 ook altijd de inzet van het gehele Wlz budget (zin en pgb) bekeken.

9.2 Wat zijn de voorwaarden?

- Er is sprake van dagbesteding in zorg in natura, of;
- Er is sprake van dagbesteding dat met een pgb wordt ingekocht bij een door het zorgkantoor gecontracteerde zorgverlener;
- U heeft reeds EKT toegekend gekregen, maar deze is niet toereikend;
- U komt niet in aanmerking voor Meezorg, PAB, Beademingstoeslag, Maatwerktoeslag thuiswonend kind met ontwikkelperspectief, extra budget voor Gespecialiseerd verpleegkundig handelen of palliatief terminale zorg;
- 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 of 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 professionele zorgaanbieder betrokken te zijn;

- De dagbesteding is noodzakelijk voor het in stand houden van (aangeleerde sociale/emotionele/cognitieve/lichamelijke) vaardigheden.

9.3 Hoe vraagt u de toeslag aan?

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

9.4 Beoordeling en toekenning

Het zorgkantoor beoordeelt of uw situatie 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 2). Bij de beoordeling zal de integrale zorginzet betrokken worden. De maximale toekenning is 3 jaar.

Voor de toekenning van deze maatwerktoeslag, stelt het zorgkantoor vast welk budget nodig is om in 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. Lees in bijlage 4 wat u dan kunt doen.

Bijlage 1: Kader pgb-vaardigheid

10 punten pgb-vaardigheid



Overweegt u om uw zorg en ondersteuning in te kopen met een pgb? Bij het werken met een pgb komt het nodige kijken. Check wat u als budgethouder, of uw vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp, ten minste moet weten en kunnen om met een pgb om te gaan. Onderstaande punten kunnen u helpen om na te gaan of het zelf organiseren van zorg met een budget bij u past.

1



U overziet uw eigen situatie, dan wel die van de zorgvrager, en u heeft **een duidelijk beeld van de zorgvraag**.

2



U bent op de hoogte van de **regels en verplichtingen** die horen bij het pgb, of **u weet die zelf bij de desbetreffende instanties (online) te vinden**.

3

U bent in staat om een **overzichtelijke pgb-administratie bij te houden**, waardoor u inzicht heeft in de bestedingen van het pgb.



4



U bent **voldoende vaardig om te communiceren** met de gemeente, zorgverzekeraar of het zorgkantoor, de SVB en zorgverleners.

5

U bent in staat om **zelfstandig te handelen** en onafhankelijk voor een zorgverlener te kiezen.



6

U bent in staat om **afspraken te maken en vast te leggen**, en om dit te verantwoorden aan verstrekkers van het pgb.



7

U kunt beoordelen en beargumenteren of de geleverde **zorg passend en kwalitatief goed** is.

8



U kunt de **inzet van zorgverleners coördineren**, waardoor de zorg door kan gaan, ook bij verlof en ziekte.

9

U bent in staat om als **werk- of opdrachtgever de zorgverleners aan te sturen** en aan te spreken op hun functioneren.

10

U heeft **voldoende juridische kennis over het werk- of opdrachtgeverschap**, of weet deze kennis te vinden.



Meer informatie vindt u in de Handreiking voor toetsing op (minimale) pgb-vaardigheid, op Rijksoverheid.nl.

Handreiking voor toetsing op (minimale) pgb-vaardigheid

Welke kennis en vaardigheden heeft u nodig om als budgethouder, vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp te kunnen werken met een persoonsgebonden budget?

Een persoonsgebonden budget (pgb) is een mooi instrument waarmee u zelf passende zorg op maat kunt inkopen. Tegelijkertijd kent het beheren van een pgb regels en verplichtingen. In deze toelichting leest u welke kennis en vaardigheden u nodig heeft om met een pgb te werken.

Afhankelijk van de wet van waaruit u een pgb wil krijgen, krijgt u een persoonlijk gesprek met de organisatie die het pgb verstrekt: het zorgkantoor (voor de Wet langdurige zorg), de gemeente (voor de Wmo 2015 en Jeugdwet) of de zorgverzekeraar (voor de Zorgverzekeringswet). De verstrekker bespreekt met u wat het hebben van een pgb inhoudt en of u denkt dit goed te kunnen organiseren. Op basis hiervan beoordeelt de verstrekker of u voldoende pgb-vaardig bent. Mocht daar aanleiding toe zijn, kan de beoordeling op een later moment opnieuw plaatsvinden.

Zorg en ondersteuning inkopen

Als u zorg en ondersteuning wil inkopen met een pgb, is het belangrijk dat u een goed beeld heeft van welke zorg u precies nodig heeft. Zorg dat u van tevoren weet welke mogelijkheden er zijn.

Onderzoek ook welke zorg u eventueel in combinatie met zorg in natura, of geheel in natura, kunt ontvangen. Niet alleen inzicht in uw zorgvraag en – behoefte is noodzakelijk, u moet dit ook kunnen verwoorden. U moet duidelijk kunnen beargumenteren waarom u juist die zorg en ondersteuning wilt inkopen met een pgb. Sommige zorg en ondersteuning is er namelijk ook in natura en bovendien mag u niet alle zorg met een pgb inkopen. De regels over wat u wel en niet mag inkopen met een pgb moet u zelf kunnen uitzoeken. Als u de zorg en ondersteuning mag inkopen vanuit een pgb, dan is het regelen van de zorgverlening de volgende stap. Welke zorg wilt u inkopen? Wie moet u bijvoorbeeld in dienst nemen, voor hoeveel uur en tegen welk tarief? Ook dit moet u zelf gaan organiseren. U dient dus zelfstandig te kunnen handelen, omdat u met een pgb de regie voert over de zorginkoop en wie de zorg verleend. Dit betekent dat u zorgvuldig

keuzes voor uzelf moet kunnen maken of, als u het pgb voor iemand anders beheert, keuzes in het belang van de budgethouder.

Administratie voeren

Wanneer u gaat werken met een pgb krijgt u te maken met verschillende personele, juridische en financiële zaken. U moet daarom in staat zijn om een overzichtelijke pgb-administratie te voeren. Bijvoorbeeld het zorgvuldig en gestructureerd opbergen van de administratie in mappen, digitaal of op papier, zodat u alle administratie altijd gemakkelijk kunt terugvinden. Dit is niet alleen voor uzelf handig, maar ook nodig als de verstrekker daarom vraagt.

Voor het doorlopen van de stappen rondom het verkrijgen van een pgb is het noodzakelijk dat u formulieren kunt lezen en begrijpen, en deze goed en volledig kunt invullen. U kunt hierbij denken aan het invullen van een aanvraagformulier, het opstellen van een budgetplan en/of een zorg- en ondersteuningsplan en het invullen van zorgovereenkomsten. Als u hulp nodig heeft bij deze stappen, dan moet u die zelf tijdig kunnen inschakelen.

Verder dient u goed op de hoogte te zijn van de rechten en plichten die horen bij een pgb, of deze gemakkelijk (online) weten te vinden via de gebruikelijke instanties. Het helpt als u beschikt over basale digitale vaardigheden: omgaan met een computer, websites bezoeken en e-mailen.

Actief communiceren

Om soepel met alle betrokken partijen te communiceren, zoals verstrekkers, uw zorgverlener(s) en de SVB, dient u assertief en proactief te zijn. Denk aan het op tijd beantwoorden

van brieven, het voeren van inhoudelijke telefoongesprekken, of het maken van afspraken en deze vastleggen met de zorgverlener(s). Wanneer er zich wijzigingen in uw (zorg)situatie voordoen, moet u op de hoogte zijn, of zich hierover laten informeren, welke u wel en niet en aan welke instantie moet doorgeven. U bent in staat om tijdig aan de bel te trekken bij de verstrekker bij wijzigingen in uw zorgsituatie. Ook andere zaken zijn voor de verstrekker en/of de SVB van belang, zoals verhuizingen of een (langdurig) verblijf in het ziekenhuis of in het buitenland. Tussentijdse wijzigingen of aanpassingen in zorgovereenkomsten moet u altijd doorgeven, zowel bij de verstrekker als bij de SVB.

Zorgverleners kiezen en coördineren

U bent met een pgb zelf verantwoordelijk voor het inkopen van zorg, waarvoor u zorgverleners in dienst neemt. Dit doet u door afspraken met zorgverleners vast te leggen in zorgovereenkomsten. U moet daarom in staat zijn om op basis van de zorgbehoefte passende zorgverleners te vinden en te selecteren. Daarnaast moet u ook kunnen beoordelen en beargumenteren of de geleverde zorg van goede kwaliteit is, en waar nodig, kunnen bijsturen en ingrijpen. Verder dient u de inzet van uw zorgverleners te kunnen coördineren en de continuïteit van de zorg te bewaken. U moet kunnen garanderen dat er voortdurend sprake is van een veilige situatie waarin alle nodige zorg voorhanden is. Is een van uw zorgverleners ziek, gaat iemand met (zwangerschaps)verlof of eindigt de overeenkomst? Zorg dan dat er altijd vervanging geregeld is en dat u hierover afspraken heeft vastgelegd. De ingekochte zorg dient bovendien overeen te komen met de afspraken die u heeft gemaakt met de verstrekker en uw zorgverleners. Deze afspraken en de gestelde doelen dient u in de gaten te houden en regelmatig tussentijds te evalueren, net als uw zorg(behoefte).

Werk- of opdrachtgever zijn

Als u een pgb heeft, dan betekent dit automatisch dat u werk- of opdrachtgever bent van een zorgverlener. Het is daarom belangrijk dat u over voldoende basiskennis en vaardigheden beschikt die bij goed werk- of opdrachtgeverschap horen. U bent niet alleen verantwoordelijk voor het aansturen en beoordelen van de zorgverleners, maar ook voor het bieden van een veilige en vertrouwde werkomgeving. Voorts komen er juridische en arbeidsrechtelijke zaken kijken bij het pgb-beheer en uw rol van werk- of opdrachtgever. Denk aan vragen over ontslag, het

maken van bezwaar bij betrokken instanties of aansprakelijkheidsvraagstukken. Als u op dit gebied niet kundig genoeg bent, dan moet u informatie hierover kunnen inwinnen of u laten adviseren.

Verantwoording afleggen

U moet in staat zijn om pgb-declaraties in te vullen, deze tijdig in te dienen bij de SVB en te controleren. Het geld dat u uitgeeft uit uw budget, moet u kunnen verantwoorden. Anders loopt u het risico dat zorgverleners niet op tijd de betaling ontvangen voor hun werkzaamheden.

Hiervoor dient u een actueel overzicht te hebben van alle gewerkte uren van de zorgverleners en de bestedingen. Dit geeft u inzicht in het beschikbare budget, waarmee u voorkomt dat er aan het einde van het jaar een tekort ontstaat en u geen zorg meer kunt inkopen.

Meer informatie

Kijk voor meer informatie over pgb's op www.informatielangdurigezorg.nl. Hier vindt u specifieke informatie per wet en links naar andere informatieve websites over pgb's. Wet- en regelgeving kunt u nalezen op www.wetten.overheid.nl. Verder geeft Per Saldo, de vereniging van mensen met een persoonsgebonden budget, cursussen en voorlichting via www.pgb.nl. En natuurlijk kunt u ook terecht bij uw eigen zorgkantoor, zorgverzekeraar en uw gemeente.

Handige websites

www.informatielangdurigezorg.nl
www.wetten.overheid.nl
www.pgb.nl
www.vng.nl
www.zn.nl
www.svb.nl/pgb
www.zorginstituutnederland.nl
www.regelhulp.nl

Bijlage 2: Protocol Verantwoorde zorg

Het zorgkantoor heeft de wettelijke plicht om zorg thuis doelmatig en verantwoord te financieren. Bij de beoordeling of een Wlz-verzekerde 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 Wlz-behandeling.

Daarnaast houdt het zorgkantoor bij de beoordeling rekening met de cliënt specifieke zaken zoals de woonsituatie, de mogelijkheden voor extra budget en het sociaal netwerk.

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.

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 ingedeekt.

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 gewaarborgde hulp en dient te voldoen aan de en verplichtingen die bij het persoonsgebonden budget horen, zoals opgenomen in de Handreiking voor toetsing op (minimale) pgb-vaardigheid. Daarnaast dient de gewaarborgde hulp te voldoen aan de voorwaarden zoals omschreven in de Publieksversie Gewaarborgde hulp. Wanneer het zorgkantoor van mening is dat de gewaarborgde hulp of vertegenwoordiger onvoldoende instaat voor de belangen van de cliënt of onvoldoende in staat is het pgb te beheren, kan het zorgkantoor een andere vertegenwoordiger 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 bekeken worden of deze voldoende is ingedekt door bijvoorbeeld toezicht door mantelzorgers of familieleden of adequate begeleiding/ behandeling.

Toezicht

Bij alle Wlz-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.

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.

Beoordeling 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 3: Protocol Gebruikelijke Zorg

Deze bijlage 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'). 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 thuis horen, 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.

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 thuis omgeving (woonomgeving).

Dit betekent dat:

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

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

Wat is gebruikelijke zorg?

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

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

- als er intensief toezicht (maar geen actieve observatie) nodig is in verband met blijvende ernstige ontwikkelingsachterstand²⁰ 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 ontwikkelingsperspectief²¹, 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

²⁰ Minimaal een matig verstandelijke beperking.

²¹ Minimaal een matig verstandelijke beperking.

(ernstige) verstandelijke beperking? Dan is de Zvw²² 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.

Richtlijn²³ 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 4: 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 hoe lang 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 Meezorg, 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.