

Mogelijkheden voor extra budget in 2018

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

Disclaimer

Voor de tekst zoals die in 'Mogelijkheden voor extra budget in 2018' 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.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1.1	Besteding van uw pgb: doelmatig en verantwoord	3
1.2	Wanneer kunt u extra budget aanvragen?	3
2.	Extra kosten thuis, terminale zorg en gespecialiseerd verpleegkundig handelen	4
2.1	Extra kosten thuis	4
2.2	Terminale zorg	4
2.3	Gespecialiseerd verpleegkundig handelen	5
3.	Meerzorg bij een pgb	6
3.1	Wat zijn de voorwaarden?	6
3.2	Is al bij de indicatiestelling duidelijk dat meerzorg nodig is?	7
3.3	Hoe vraagt u meerzorg aan?	7
3.4	Hoe wordt uw aanvraag beoordeeld?	8
3.5	Hoe gaat het verder als de meerzorg is toegekend?	9
3.6	Opnieuw meerzorg aanvragen	10
3.7	Is uw aanvraag afgewezen?	10
4.	Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)	12
4.1	Wat zijn de voorwaarden?	12
4.2	Hoe vraagt u een PAB aan?	13
4.3	Hoe wordt uw aanvraag beoordeeld?	13
4.4	Hoe gaat het verder als het PAB is toegekend?	14
4.5	Is uw aanvraag afgewezen?	14
5.	Bijlage 1: Stroomschema	15
6.	Bijlage 2: Verantwoorde zorg	16
7.	Bijlage 3: Gebruikelijke Zorg	19

1. Inleiding

De Wet langdurige zorg (Wlz) is bedoeld voor mensen die 24 uren 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. Dit document 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 dit document wordt met 'u' de aanvrager bedoeld: dit kan dus zowel de budgethouder als de gewaarborgde hulp zijn.

1.1 Besteding van uw pgb: doelmatig en verantwoord

Wanneer u zelfstandig woont en zelf zorg inkoopt met een pgb, moet uw situatie 'doelmatig en verantwoord' zijn. Het zorgkantoor toetst dit.

- *Doelmatig* wil zeggen dat uw zorg thuis niet duurder is dan de zorg die u in een instelling zou krijgen. U moet dus tegen zo laag mogelijke prijs goede zorg inkopen.
- *Verantwoord* wil zeggen dat uw zorg veilig is en goed aansluit bij uw zorgbehoefte.

Alle zorgkantoren in Nederland toetsen dit op dezelfde manier. Dit staat omschreven in bijlage 2.

1.2 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: maximaal 25% extra budget voor zorg thuis.
- Terminale zorg: extra zorg in de laatste fase van het leven.
- Gespecialiseerd verpleegkundig handelen: dit gaat om verpleging na ontslag uit het ziekenhuis die noodzakelijk is vanwege een medisch-specialistische behandeling.
- Meerzorg: als er minstens 25% meer zorg nodig is dan het best passende zorgprofiel biedt.
- Persoonlijk Assistentie Budget: als het van levensbelang is om 24 uur per dag direct hulp beschikbaar te hebben, bijvoorbeeld vanwege ademhalingsondersteuning.

In bijlage 1 staat een schema. U kunt hier zien welke regeling mogelijk voor u van toepassing is.

2. Extra kosten thuis, terminale zorg en gespecialiseerd verpleegkundig handelen

2.1 Extra kosten thuis

De zorg die u zelf inkoop mag normaal gesproken niet duurder zijn dan de zorg in een zorginstelling. Voor enkele mensen is dat anders. Als zij verantwoord thuis kunnen blijven wonen, kan hun budget met maximaal 25% opgehoogd worden¹.

Met elk zorgprofiel kunt u maximaal 25 % extra budget ontvangen. Uw zorgkantoor beoordeelt dit. Zij kijken onder andere hoeveel van uw huidige budget al is besteed en of de huidige zorg doelmatig wordt ingezet.

U vraagt dit budget aan door een zorgplan en/ of budgetplan naar uw zorgkantoor te sturen. In het plan schrijft u welk budget u nodig heeft voor de zorg. U kunt ook het aanvraagdocument voor meerzorg gebruiken. Vraag ernaar bij uw zorgkantoor.

2.2 Terminale zorg

(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.

U kunt het budget dat hoort bij uw zorgprofiel gebruiken voor deze zorg. Is dit budget niet voldoende? Dan kunt u extra geld ontvangen. U hoeft hiervoor geen nieuwe indicatie aan te vragen bij het CIZ. U stuurt twee documenten naar uw zorgkantoor:

¹ Artikel 5.3 Regeling Langdurige Zorg

- Een verklaring van uw arts over uw levensverwachting.
- Een PTZ-budgetplan waarin u de benodigde zorg omschrijft en aangeeft wat deze zorg kost.

Het zorgkantoor kan dit extra budget maximaal één jaar toekennen, afhankelijk van uw situatie. Is uw gezondheidssituatie na een jaar nog hetzelfde? Neem dan contact op met uw zorgkantoor.

2.3 Gespecialiseerd verpleegkundig handelen

Gespecialiseerd verpleegkundig handelen 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.

U kunt deze zorg uit uw gewone pgb budget financieren. Heeft uw budget te weinig ruimte? Dan is het mogelijk extra budget aan te vragen bij het zorgkantoor.

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.
- 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.
- Het budget wordt voor 3 maanden toegekend en kan verlengd worden na herbevestiging door de medisch specialist.
- 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.

3. Meerzorg bij een pgb

Het CIZ heeft onderzocht welk zorgprofiel het beste past bij uw zorgbehoefte. Is uw zorgvraag veel groter dan dit best passende profiel? Dan kan meerzorg mogelijk zijn. Meerzorg is extra budget om zorg in te kopen bij een extreme zorgbehoefte.

3.1 Wat zijn de voorwaarden?

Meerzorg bij een pgb is alleen mogelijk als:

- U voldoet 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 geen andere voorziening kunt aanvragen, zoals Extra Kosten Thuis of de beademingstoeslag.

Twijfelt u of u recht heeft op een andere regeling? Neem dan contact op met uw zorgkantoor.

Verder gelden deze voorwaarden:

1. U heeft minimaal 25 % meer zorg nodig dan mogelijk is met uw zorgprofiel. Het zorgkantoor beoordeelt of u die extra zorg nodig heeft.
2. 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).

Krijgt u zorg vanuit de Regeling Wlz-indiceerbaren?

Heeft u een zeer hoge zorgvraag die niet meer past in uw laatste indicatie in functies en klassen en ook niet in uw nieuwe zorgprofiel? Dan kunt u meerzorg aanvragen. Neem contact op met uw zorgkantoor voor de procedure. Is uw zorg nu gebaseerd op uw vroegere indicatie in functies en klassen? Zodra u extra budget krijgt, gaat uw zorgprofiel in.

3.2 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.

Heeft het CIZ aangegeven dat onderzoek naar meerzorg nodig is? Geef dit door als u een pgb aanvraagt bij uw zorgkantoor. Het zorgkantoor kan dan direct de benodigde aanvullende stukken naar u toesturen, en de aanvraag van meerzorg kan dan meteen besproken worden tijdens het bewuste-keuze-gesprek voor uw pgb.

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.

Het kenmerk 'onderzoek doen naar meerzorg' verandert niets aan de procedure voor de pgb-aanvraag.

3.3 Hoe vraagt u meerzorg aan?

Als budgethouder moet u (of uw gewaarborgde hulp) meerzorg zelf aanvragen. Bij zorg in natura (ZIN) vraagt de zorgaanbieder meerzorg aan. Heeft u een combinatie van een persoonsgebonden budget (pgb) en zorg in natura (ZIN)? Overleg dan met uw zorgkantoor over de aanvraag van meerzorg. Het kan zijn dat u de meerzorg samen met uw zorgaanbieder moet aanvragen.

Hieronder staat hoe u zelf meerzorg aanvraagt als u zelf Wlz-zorg inkoop met een pgb.

1. Neem contact op met het zorgkantoor.
2. Het zorgkantoor beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor meerzorg (zie 3.1).
3. U ontvangt het aanvraagformulier meerzorg voor pgb-houders 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 uw extreem hoge zorgvraag (vooral) komt door gedragsproblemen of door lichamelijke problemen.
 - A. Bij lichamelijke problematiek bespreekt het zorgkantoor de zorgvraag met u tijdens een huisbezoek. U krijgt de beslissing binnen 8 weken nadat het zorgkantoor uw complete aanvraag heeft ontvangen.
 - B. Bij gedragsproblematiek stuurt het zorgkantoor uw aanvraag door naar het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Het CCE komt op huisbezoek en geeft na maximaal 8 weken een schriftelijk advies. U hoeft de kosten van het CCE niet zelf te betalen. Het zorgkantoor beslist binnen 8 weken nadat het advies van het CCE is ontvangen.
7. Wordt meerzorg toegekend? Dan gaat dit in op de datum dat het zorgkantoor uw complete aanvraag heeft ontvangen, tenzij u een andere ingangsdatum afspreekt. Het extra budget kan dus met terugwerkende kracht toegekend worden.

3.4 Hoe wordt uw aanvraag beoordeeld?

U krijgt een ontvangstbevestiging. Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag op een aantal punten.

Beoordeling of uw aanvraag compleet is

Is uw aanvraag voor meerzorg niet compleet? Dan vraagt het zorgkantoor u schriftelijk om een aanvulling. Het zorgkantoor vermeldt hoeveel tijd u daarvoor heeft².

Wanneer de aanvulling niet op tijd binnen is, wordt de aanvraag afgesloten. 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.

Beoordeling of u aan de voorwaarden voldoet

Het zorgkantoor beoordeelt of uw aanvraag aan deze voorwaarden voldoet:

- Uw zorgbehoefte is extreem. Het is duidelijk dat uw zorgprofiel hiervoor niet genoeg ruimte biedt.
- In uw aanvraag staat welke zorg u nodig heeft en hoeveel. Dit is onderbouwd door een gedragskundige/behandelaar (of eventueel, in overleg met het zorgkantoor: uw huisarts).
- In de aanvraag is rekening gehouden met gebruikelijke zorg³ en/of respijtzorg⁴ en/of mantelzorg⁵.
- Er is voldaan aan de randvoorwaarden voor verantwoord thuis wonen⁶.

² Artikel 4:5 Algemene Wet Bestuursrecht

³ Gebruikelijke zorg is in bijlage 3 nader toegelicht.

⁴ Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg om de mantelzorg een adempauze te geven.

⁵ Mantelzorg is in bijlage 3 nader toegelicht.

⁶ Zie hiervoor bijlage 2.

- U kunt de zorg niet goedkoper inkopen (binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid, dat wil zeggen: er is ruimte te kijken wat in uw persoonlijke situatie redelijk is).
- Minstens één professionele zorgverlener met het deskundigheidsniveau van verpleegkundige, SPH-er of vergelijkbaar is direct bij de zorg betrokken.
- Het extra budget is nodig voor meer uren zorg; niet om een (deel van de) vervallen budgetgarantie te vervangen of om uw huidige zorgverleners meer loon te betalen.
- Bij een her-aanvraag: het is duidelijk 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).

Beoordeling van de tarieven voor de zorgverleners

Het zorgkantoor beoordeelt of de tarieven voor de zorgverleners redelijk en billijk zijn. 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 zorg.

Besluit over uw aanvraag

Het zorgkantoor beslist of u meerzorg krijgt en zo ja, hoe lang. U krijgt een schriftelijke onderbouwing van deze beslissing. Wanneer meerzorg wordt toegekend, ontvangt u ook een nieuwe toekenningsbeschikking met uw nieuwe jaarbudget.

Om welke redenen kan uw aanvraag afgewezen worden?

Het zorgkantoor kan uw aanvraag afwijzen als:

- U niet voldoet aan de voorwaarden (zie paragraaf 3.1 en 3.3).
- U niet verantwoord thuis kunt wonen zoals omschreven in het Toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen. Dit kan bijvoorbeeld vastgesteld worden na een huisbezoek van het zorgkantoor en/of het CCE.
- U de zorg niet doelmatig inzet zoals omschreven in het Toetsingskader doelmatig en verantwoord thuis wonen.
- U het extra budget wilt gebruiken om 24-uurs toezicht in de directe nabijheid te regelen.
- U extra budget aanvraagt om het uurloon van zorgverleners te verhogen.

3.5 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 staat in uw beschikking.

Controle

Het zorgkantoor controleert of u de extra uren zorg volgens afspraak doelmatig en rechtmatig inzet. U moet hiervoor aan kunnen tonen hoe de (extra uren) zorg zijn 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.

Verandert uw situatie?

Wanneer uw situatie verandert, moet u altijd contact opnemen met het zorgkantoor. Denk bijvoorbeeld aan:

- Uw zorgvraag is veranderd waardoor u meer uren zorg nodig heeft dan u met de toegekende meezorg kunt inkopen. Het zorgkantoor beslist of u een nieuwe aanvraag moet indienen.
- U verhuist naar een andere regio waardoor u met een ander zorgkantoor te maken krijgt. De toekenning van meezorg 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 meezorg vervalt dan. Zo nodig kunt u een nieuwe aanvraag voor meezorg indienen bij het zorgkantoor.
- U verandert uw zorg. U koopt bijvoorbeeld andere zorg in dan afgesproken met het zorgkantoor, of u huurt andere zorgverleners in.

3.6 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 3 en maximaal 5 maanden voor de einddatum van uw beschikking contact op met uw zorgkantoor. 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, als u de zorg anders in wilt zetten of als het CCE-advies is verlopen.

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 te laat indient.

3.7 Is uw aanvraag afgewezen?

U kunt in beroep gaan als het zorgkantoor uw aanvraag voor meezorg afwijst. Hieronder staat welke stappen daarvoor nodig zijn. De totale doorlooptijd is maximaal 21 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 (21 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 nodig⁷.
4. Het zorgkantoor schrijft een concept Beslissing op bezwaar (BOB) en stuurt deze naar Zorginstituut Nederland met het verzoek om een advies te geven.
5. Zorginstituut Nederland geeft advies⁸. Dit advies komt binnen 10 weken na ontvangst van alle gegevens en documenten die voor de beoordeling van het verzoek noodzakelijk zijn. Het Zorginstituut stuurt u een kopie van het advies.
6. Het zorgkantoor stuurt u de definitieve Beslissing op bezwaar (BOB).
7. 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.
8. Tegen de uitspraak van de rechtbank kunt u in hoger beroep gaan bij de Centrale Raad van Beroep.
9. De Centrale Raad van Beroep neemt een beslissing. U kunt hiertegen niet meer in beroep gaan.

⁷ Artikel 7:3 Algemene wet bestuursrecht

⁸ Als bedoeld in artikel 10.3.1 van de Wet langdurige zorg

4. 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-uurs toezicht nodig hebben.

Hoort u 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 persoonsgebonden budget (pgb) worden ingezet. Als u al een pgb heeft, kunt u het PAB direct aanvragen. Anders moet u eerst een pgb aanvragen.

4.1 Wat zijn de voorwaarden?

Een PAB is alleen mogelijk als u één van deze zorgprofielen heeft⁹ :

- 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).

Daarnaast moet u voldoen aan deze voorwaarden:

- Er is een 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 nakomen¹⁰;
- U kunt zelf uw zorgverleners en mantelzorgers aansturen, hun werkzaamheden afstemmen en zo komen tot verantwoorde zorg;
- U doet actief mee in de maatschappij door bijvoorbeeld te werken of een opleiding te volgen.

⁹ Artikel 5.15 a Regeling Langdurige Zorg

¹⁰ Artikel 3.3.3 lid 4 Wet Langdurige Zorg en Artikel 5.18 Regeling Langdurige Zorg

4.2 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 een verklaring van uw behandelend arts mee. 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.
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 alleen als u de eerste keer PAB aanvraagt.
6. Het zorgkantoor beslist over uw aanvraag. U krijgt hiervan schriftelijk bericht.

4.3 Hoe wordt uw aanvraag beoordeeld?

Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag op een aantal punten.

Beoordeling of uw aanvraag compleet is

Is uw aanvraag voor meerzorg niet compleet? Dan vraagt het zorgkantoor u schriftelijk om een aanvulling. Het zorgkantoor vermeldt hoeveel tijd u daarvoor heeft¹¹.

Wanneer de aanvulling niet op tijd binnen is, wordt de aanvraag afgesloten. Wanneer 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.

Beoordeling of u aan de voorwaarden voldoet

Het zorgkantoor beoordeelt of uw aanvraag voldoet aan deze voorwaarden:

- U heeft een geldige en passende Wlz-indicatie met een zorgprofiel waarbij een PAB mogelijk is (zie paragraaf 4.1);
- Er is sprake van medische noodzaak voor 24 uren toezicht om levensbedreigende situaties te voorkomen;
- Uit uw aanvraag blijkt dat de zorg kwalitatief goed is en dat uw thuissituatie geschikt is voor zorg thuis (u voldoet aan de randvoorwaarden voor verantwoord thuis wonen)¹²;
- U heeft vastgelegd welke zorg u nodig heeft en hoeveel zorg u nodig heeft;
- Er zijn professionals betrokken bij de zorg thuis.

Beoordeling van de tarieven van de zorgverleners

Het PAB is maximaal 230.735 euro (2018). Wanneer u 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 aanwezigheid van zorgverleners met een maximaal uurtarief van € 25. Daarnaast zijn de maximumtarieven vanuit het pgb van toepassing¹³.

¹¹ Artikel 4.5 Algemene Wet Bestuursrecht

¹² Doelmatig en verantwoorde zorg thuis, zie bijlage 2

¹³ Artikel 5.22 Regeling Langdurige Zorg

Welke gegevens gebruikt het zorgkantoor bij de beoordeling?

Het zorgkantoor beoordeelt uw aanvraag op basis van uw zorgprofiel, het aanvraagdocument PAB, de benodigde zorg, de bijkomende problematiek en aanvullende gegevens die u heeft aangeleverd.

4.4 Hoe gaat het verder als het PAB is toegekend?

Het PAB wordt toegekend vanaf de datum waarop uw complete aanvraag binnen was 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, houdt u het PAB. Ieder jaar wordt bekeken of uw situatie hetzelfde is, tenzij u hierover een andere afspraak heeft gemaakt met het zorgkantoor.

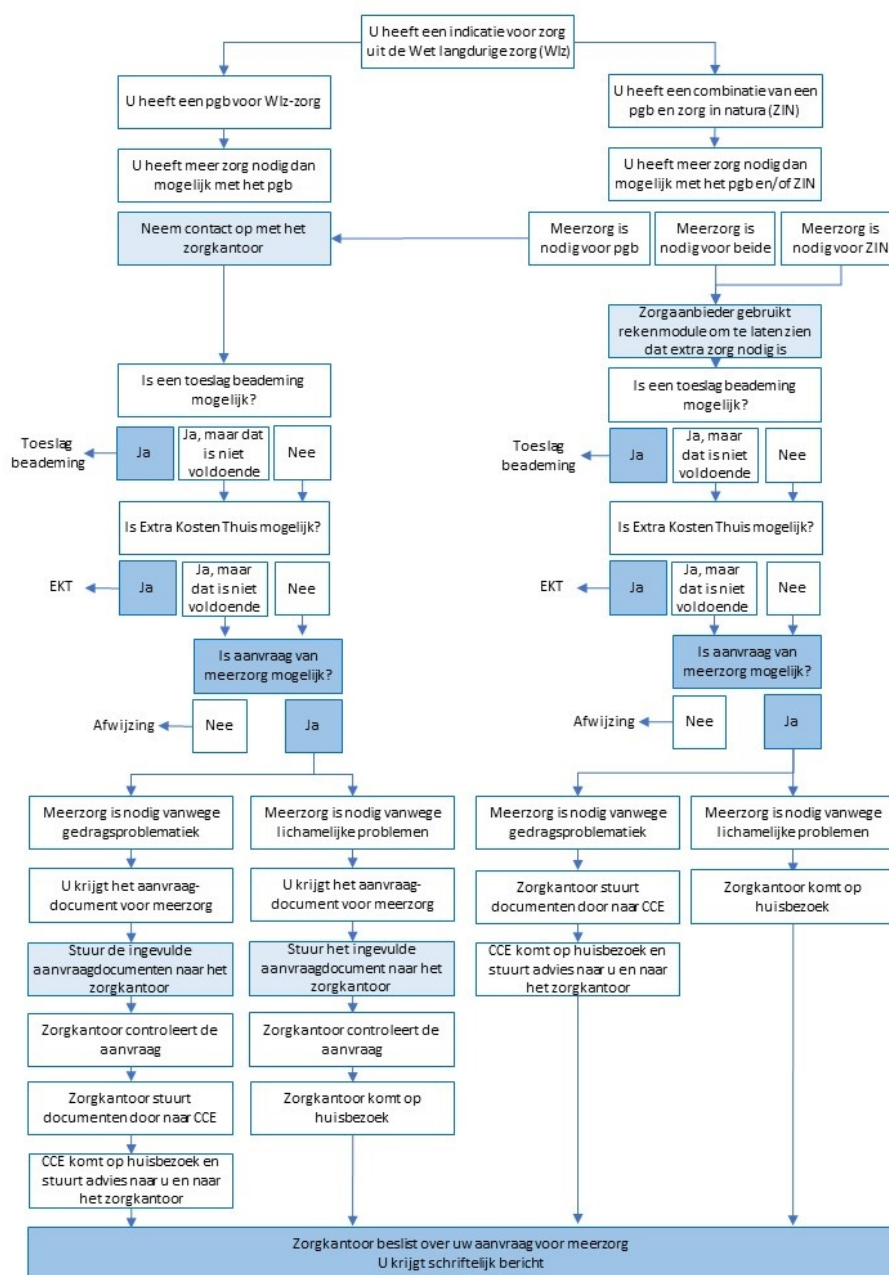
Neem zelf contact op met het zorgkantoor als uw situatie tussentijds verandert. Het zorgkantoor bekijkt dan of u nog voldoet aan de criteria van het PAB. Zo niet, dan stopt het PAB. Meestal is er een overgangperiode waarin uw budget nog doorloopt, zodat u tijd heeft om uw zorg op een andere manier in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

4.5 Is uw aanvraag afgewezen?

U kunt in beroep 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.
4. Het zorgkantoor stuurt u de Beslissing op bezwaar (BOB).
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.

5. Bijlage 1: Stroomschema



6. Bijlage 2:

Verantwoorde zorg

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 en de noodzaak tot specifieke Wlz behandeling.

Beoordeling van verantwoorde zorg thuis vindt plaats nadat door het zorgkantoor is vastgesteld dat zorg thuis doelmatig geleverd kan worden. Bij de beoordeling van doelmatige zorg thuis wordt rekening gehouden met de mogelijkheden tot inzet van behandeling, EKT, meerzorg of een persoonlijk assistentie budget. Ook wordt er rekening gehouden met de woonsituatie: zijn er bijvoorbeeld ouders/verzorgers aanwezig, is er een partner aanwezig (met/of zonder Wlz-indicatie) of is er sprake van zelfstandig wonen of geclusterd wonen.

De volgende vragen worden gebruikt om te beoordelen of zorg thuis verantwoord is:

1. Wat is uw advies voor (overbruggings)zorg thuis als betrokken zorgprofessional?
 - a. Regulier VPT, MPT of PGB is verantwoord
 - b. Regulier VPT, MPT of PGB is niet verantwoord
 - c. Overbruggingszorg thuis tot opname is verantwoord
 - d. Overbruggingszorg thuis tot opname is niet verantwoord
 - e. Er is nog geen advies mogelijk, graag nader overleg met het zorgkantoor

Is zorg thuis verantwoord, maar is er sprake van hoge inzet behandeling, ga dan direct naar vraag 5

2. Kan de cliënt goed bepalen wat hij wil, zijn situatie goed inschatten en daarvoor zijn verantwoordelijkheid nemen (mate van zelfregie)?
 - a. Er is afdoende zelfregie
 - b. Er is verminderde zelfregie
 - c. Er is geen sprake van zelfregie

Toelichting:

3. Is er sprake van een gevaarscriterium als gevolg van ernstig verminderde zelfregie:
 - a. Nee
 - b. Ja, er is sprake van een gevaarscriterium omdat de cliënt:
 - i. een ernstig gevaar voor zichzelf vormt (is gedesoriënteerd in tijd en/of plaats en/of persoon en/of kan gevaar niet inschatten).

- ii. zichzelf ernstig verwaarloost (ernstig tekort aan voeding/vocht/medicatie inname, lichamelijke verzorging en/of hygiëne van de omgeving).
- iii. met zijn gedrag een risico vormt voor mensen in zijn omgeving (door bijvoorbeeld gedragsproblematiek naar andere mensen).
- iv. spullen in zijn omgeving kapot maakt, en daardoor een risico vormt voor de algemene veiligheid.
- v. zelf niet adequaat kan alarmeren en er geen permanent 24 uur toezicht is geborgd. Daardoor is er risico op acuut levensgevaar (bijvoorbeeld bij ernstige ademhalingsproblematiek en/of continue risico op verslikking).
- vi. er niet zeker van is dat bij acuut levensgevaar een (bekwame) zorgverlener of mantelzorger binnen 10 minuten aanwezig is of omdat medische zorg niet is geborgd binnen 30 minuten.

Toelichting:

4. Is noodzakelijke achterwacht ingeregeld?
- a. Ja, noodzakelijke achterwacht is 24 uur per dag beschikbaar
 - b. Ja, noodzakelijke achterwacht is 24 uur per dag beschikbaar maar overbelasting dreigt
 - c. Nee, noodzakelijke achterwacht is niet 24 uur per dag in te regelen
 - d. Nee, de cliënt weigert noodzakelijke achterwacht
 - e. Nee, het is niet noodzakelijk om achterwacht in te regelen

Toelichting:

5. Is er noodzaak tot specifieke Wlz behandeling?
- a. Nee, er is geen noodzaak tot Wlz behandeling
 - b. Ja, maar de cliënt ontvangt passende Wlz behandeling
 - c. Ja, Wlz behandeling is noodzakelijk maar de cliënt weigert dit
 - d. Ja, er is extra behandeling noodzakelijk op de (al) geleverde Wlz behandeling. Deze behandeling wordt niet vergoed vanuit de Zvw. Licht de volgende vragen altijd toe:
 - i. Welke diagnose maakt inzet van (extra) behandeling noodzakelijk?
 - ii. Wie is eindverantwoordelijk voor de behandeling (arts/behandelaar)?
 - iii. Welke methodiek wordt toegepast voor de behandeling?
 - iv. Wat is het te behalen resultaat van de behandeling?
 - v. Hoe wordt het te behalen resultaat (verbeterdoel) getoetst?
 - vi. Wat is het aantal benodigde (extra) uren behandeling (individueel) of dagdelen (groep) per week?

Toelichting:

6. Is de medische en/of gedragskundige zorg in de thuissituatie verantwoord (meerdere antwoorden mogelijk)?
- a. Ja, de huisarts is van mening dat medische zorg thuis verantwoord is
 - b. Nee, de huisarts is van mening dat medische zorg thuis niet verantwoord is, maar er is geen sprake van een spoedsituatie voor opname (toelichten)
 - c. Nee, de huisarts is van mening dat de medische zorg thuis niet verantwoord is. Er is sprake van een spoedsituatie voor opname (toelichten)
 - d. Nee, de huisarts is niet bereid mee te werken aan een advies
 - e. De betrokken AVG arts en/of gedragsdeskundige deelt de mening van de huisarts
 - f. De betrokken AVG arts en/of gedragsdeskundige deelt de mening van de huisarts niet (toelichten)
 - g. Er is geen AVG arts of gedragsdeskundige bij deze cliënt betrokken

Toelichting:

7. Is de cliënt en/of zijn mantelzorger het eens met uw advies?
- a. Ja, ons advies wordt gedeeld.
 - b. Nee, ons advies wordt niet gedeeld (altijd toelichten)

Toelichting:

7. Bijlage 3: 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'). Het CIZ weegt gebruikelijke zorg in de Wlz alleen mee als het gaat om dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers geacht worden te bieden. Al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

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

Kinderen zijn bij de geboorte volledig afhankelijk van zorg van hun ouders. Zij ontwikkelen zich in stapjes naar zelfstandige en zelfredzame volwassenen. De (gebruikelijke) zorg die ouders moeten geven verandert mee met de ontwikkeling. Wordt een baby geboren dan kan al direct duidelijk zijn dat het kind een ziekte of aandoening heeft (bijvoorbeeld bij syndromen met uiterlijke kenmerken of zichtbare lichamelijke afwijkingen). Dit kan ook tijdens de ontwikkeling duidelijk worden, bijvoorbeeld als op het consultatiebureau wordt gezien dat het kind achterblijft in de ontwikkeling. Gaat het om medische (somatische, lichamelijke) problematiek dan zal in eerste instantie zorg uit de Zorgverzekeringswet worden ingezet (artsen, verpleegkundige zorg). Blijkt een kind achter te blijven in de (verstandelijke) ontwikkeling of laat het moeilijk gedrag 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.

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 ontwikkelingsachterstand¹⁴ 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 ontwikkelingsperspectief¹⁵, in combinatie met beperkingen op meerdere terreinen, zoals bewegen en verplaatsen, ADL of gedrag;
- heeft een kind (op jonge leeftijd) complexe, lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap en heeft hij 24 uur per dag nodig is of permanent toezicht vereist? Is er géén sprake van een (ernstige) verstandelijke beperking? Dan is de Zvw¹⁶ 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 ClZ wel een indicatie voor de Wlz afgeven (in de praktijk vindt deze verschuiving rond de vijfde verjaardag plaats).

¹⁴ Minimaal een matig verstandelijke beperking.

¹⁵ Minimaal een matig verstandelijke beperking.

¹⁶ Besluit langdurige zorg, artikel 3.1.5

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.

Richtlijn¹⁷ 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 zelfzorg¹⁸ 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.

¹⁷ Er staat richtlijn omdat voor ieder kind een individuele beoordeling van de zorgbehoefte noodzakelijk is

¹⁸ Zelfzorg is algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), persoonlijke verzorging, hygiëne en zo nodig verpleegkundige zorg.