



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2014, houdende regels inzake de langdurige zorg (Regeling langdurige zorg)

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 3.1.1, eerste en vierde lid, 3.1.2, eerste en tweede lid, 3.2.2, derde lid, 3.2.5, 3.3.2.3, eerste lid, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.2, eerste en tweede lid, 3.6.3, 3.6.4, 3.6.5, 3.6.6, 3.6.7, 3.7.2, derde lid, 4.2.1, tweede lid, van het Besluit langdurige zorg, artikel 21, derde lid, van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999, de artikelen 9.1.2, zevende lid, 9.1.3, achtste lid, 11.1.5, eerste lid, onderdelen a en c, 11.1.8, van de Wet langdurige zorg, en artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg,

Besluit:

HOOFDSTUK 1. ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1.1 (begrippen)

In deze regeling wordt verstaan onder:

algemene risicoanalyse: analyse die erop is gericht te bepalen op welke gegevens de materiële controle en het fraudeonderzoek zich zal richten

Besluit: Besluit langdurige zorg;

bewerker: bewerker als bedoeld in artikel 1, onderdeel e, van de Wet bescherming persoonsgegevens;

budgetplan: schriftelijk overzicht van de door de verzekerde voorgenomen besteding van het te verlenen persoonsgebonden budget;

gewaarborgde hulp: door de verzekerde ingeschakelde hulp van een derde die in staat voor de nakoming van de aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen;

keurmerkinstituut: Keurmerkinstituut B.V. te Zoetermeer;

kleinschalig wooninitiatief: kleinschalig wooninitiatief als bedoeld in artikel 3.1.4, tweede lid, van het Besluit;

logeeropvang: logeeropvang als bedoeld in artikel 3.1.3 van het Besluit;

persoonlijk plan: persoonlijk plan als bedoeld in artikel 3.3.3, tweede lid, van de wet, waarin een aanvulling kan worden gegeven op het budgetplan;

prestatie: prestatie als bedoeld in artikel 1 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

prestatiebeschrijving: prestatiebeschrijving als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg;

specifieke risicoanalyse: analyse die erop is gericht te bepalen op welke gegevens en op welke zorgaanbieders of categorieën van zorgaanbieders de detailcontrole zich zal richten;

tarief: tarief als bedoeld in artikel 1 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

zorgovereenkomst: schriftelijke overeenkomst van de verzekerde met een persoon van wie hij zorg betreft en die daarvoor betaling ontvangt uit het persoonsgebonden budget.

HOOFDSTUK 2. DE INHOUD VAN DE VERZEKERING

Artikel 2.1

De zorgprofielen, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, van het Besluit, zijn zijn opgenomen in bijlage A bij deze regeling.

Artikel 2.2

1. Een verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket recht heeft, voor zover naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg en:
 - a. de verzekerde krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel:
 - VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging,
 - VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering,
 - VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging,
 - LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding,
 - LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding,
 - LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum,

- LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging,
 - LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging,
 - ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, of
 - ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging,
- b. de verzekerde op 31 december 2014 recht had op zorgzwaartepakket 5 VG, 7 VG, 8 VG, 4 LVG, 5 LVG, 1 SGLVG, 5 LG, 7 LG, 3 ZGaudf of 5 ZGvis, of
 - c. de behoefte aan zorg tevens bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie.
2. Een verzekerde als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, kan slechts recht op de in dat lid bedoelde zorg krijgen indien zijn behoefte aan zorg minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt dan wel van het zorgprofiel.

Artikel 2.3

1. De mobiliteitshulpmiddelen voor individueel gebruik als bedoeld in artikel 3.1.2, eerste lid, van het Besluit, omvatten:
 - a. een rolstoel en de daarbij behorende voor de verzekerde noodzakelijke aanpassingen;
 - b. een aan de aandoening, beperking of handicap van de verzekerde aangepaste scooter; of
 - c. een aan de aandoening, beperking of handicap van de verzekerde aangepaste niet algemeen gebruikelijke fiets.
2. Het recht op het individueel gebruik van een mobiliteitshulpmiddel bestaat indien dat gebruik is aangewezen in verband met het ontbreken van de loopfunctie dan wel in verband met blijvende of langdurige loopfunctiestoornissen. Indien de verzekerde daarop is aangewezen, kan een tweede exemplaar in een andere uitvoering worden verstrekt.
3. Het individueel gebruik van een mobiliteitshulpmiddel omvat tevens de voor de verzekerde noodzakelijke aanpassing en vervanging alsmede het noodzakelijke onderhoud en herstel van de hem in gebruik gegeven mobiliteitshulpmiddel.
4. Voorafgaand aan het verstrekken van een mobiliteitshulpmiddel toestemming van de Wlz-uitvoerder nodig. De Wlz-uitvoerder beoordeelt welk mobiliteitshulpmiddel het meest is aangewezen.
5. Indien het recht op zorg krachtens de wet eindigt omdat hij krachtens een zorgverzekering of een andere wettelijke regeling recht heeft of kan doen gelden op die zorg, behoudt de verzekerde het recht op het individueel gebruik van een reeds in gebruik genomen mobiliteitshulpmiddel waarop hij is aangewezen, totdat aan hem een hulpmiddel kan worden verstrekt krachtens die zorgverzekering of andere wettelijke regeling.
6. Het recht op individueel gebruik van een rolstoel bestaat in 2015 alleen voor een verzekerde die gedurende dat jaar gaat verblijven in een instelling waar de verzekerde met verblijf gepaard gaande behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de wet ontvangt.

Artikel 2.4

1. De verzekerde heeft slechts aanspraak op tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, onder 5°, van de wet, voor zover die nodig is met het oog op een ernstige aangeboren of verworven tandheelkundige aandoening of een lichamelijke of geestelijke aandoening, en indien de Wlz-uitvoerder vooraf toestemming heeft verleend.
2. Indien het verblijf van de verzekerde in een instelling wordt beëindigd in verband met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering, bestaat nog gedurende een periode van ten hoogste acht dagen aanspraak op tandheelkundige zorg.
3. Tot negen weken na beëindiging van het verblijf in een instelling bestaat aanspraak op de levering en het aanbrengen van een nieuwe of overgezette tandheelkundige prothese, zijnde een plaat-, overkappings-, opbouw- of frameprothese, alsmede van kronen of bruggen, indien deze tandheelkundige hulp voor het beëindigen van het verblijf was aangevraagd. De Wlz-uitvoerder kan, gehoord de adviserend tandarts, een langere termijn van ten hoogste tweeënvijftig weken vaststellen.



HOOFDSTUK 3. DE INDICATIEBESLUITEN

Artikel 3.1

1. Indicatiebesluiten als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, en artikel 3.2.2, eerste lid, van de wet, worden genomen zonder het onderzoek van de verzekerde in persoon, bedoeld in artikel 3.2.2 van het besluit.
2. Voorafgaande aan het onderzoek, bedoeld in artikel 3.2.2 van het Besluit, of indien een dergelijk onderzoek niet nodig is, voorafgaande aan het nemen van een indicatiebesluit, vergewist het CIZ zich ervan dat degene voor wie het indicatiebesluit is aangevraagd, verzekerd is.

Artikel 3.2

1. De geldigheidsduur van een indicatiebesluit wordt vastgesteld op ten hoogste drie jaar indien het een van de volgende zorgprofielen betreft:
 - LVG wonen met enige behandeling en begeleiding,
 - LVG wonen met behandeling en begeleiding,
 - LVG wonen met intensieve behandeling en begeleiding,
 - LVG wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding, en
 - LVG besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding,
 - LVG behandeling in een SGLVG behandelcentrum;
2. De geldigheidsduur van een indicatiebesluit wordt vastgesteld op drie jaar indien het een van de volgende zorgprofielen betreft:
 - GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding,
 - GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging,
 - GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering,
 - GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging,
 - GGZ-B beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.
3. De geldigheidsduur van een indicatiebesluit voor het zorgprofiel VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging wordt vastgesteld op ten hoogste zes maanden.
4. De bepaling van de geldigheidsduur vindt plaats met inachtneming van de beperkingen van de verzekerde en veranderingen die zich daarin kunnen voordoen, behoudens het tweede lid.

Artikel 3.3

1. Een besluit van het CIZ als bedoeld in artikel 5.2.1 van het besluit, op basis van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, heeft een geldigheidsduur van ten hoogste vijf jaar.
2. In afwijking van het eerste lid, heeft een besluit een geldigheidsduur van ten hoogste:
 - a. twee jaar, indien het betreft behandeling gericht op herstel of het aanleren van vaardigheden of gedrag
 - b. drie maanden, indien het betreft:
 - 1°. aanvullende functionele diagnostiek;
 - 2°. consultatie;
 - c. een jaar, indien het medebehandeling betreft.
3. De geldigheidsduur bedoeld in het eerste en tweede lid, wordt vastgesteld met inachtneming van:
 - a. de beperkingen van de verzekerde en de veranderingen die zich daarin kunnen voordoen;
 - b. het bereiken van een leeftijd van de verzekerde die van invloed kan zijn op de aanspraak.
4. Verzekerden met een somatische aandoening, met een psychogeriatrische aandoening, met een lichamelijke beperking of, indien het meerderjarige verzekerden betreft, met een verstandelijke beperking, die op 31 december 2014 beschikken over een indicatiebesluit voor extramurale behandeling op grond van artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en het medisch noodzakelijk vervoer op grond van artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ welke besluiten naar het recht van 31 december 2014 op 1 januari 2015 nog geldig zouden zijn, worden aangemerkt als verzekerden met besluiten, bedoeld in artikel 5.1.1, van het besluit.

Artikel 3.4

Een besluit van het CIZ als bedoeld in artikel 5.2.1, tweede lid, van het Besluit, op basis van de



Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015, heeft een geldigheidsduur van ten hoogste drie maanden voor de prestaties eerstelijns verblijf basis en eerstelijns verblijf intensief, en een geldigheidsduur van ten hoogste drie jaar voor de prestatie eerstelijns verblijf palliatief.

HOOFDSTUK 4. EIGEN BIJDAGEN

Artikel 4.1

Ingevolge artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel b, onder 2°, van het Besluit worden op het bedrag, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, van dat artikel, in mindering gebracht:

- a. een bedrag voor zak- en kleedgeld, genoemd in artikel 4.2;
- b. een bedrag in verband met de premie zorgverzekering, genoemd in artikel 4.3;
- c. een aftrekpost, genoemd in artikel 4.4, en
- d. een extra vrijlating, genoemd in artikel 4.5.

Artikel 4.2

Het bedrag voor zak- en kleedgeld, bedoeld in artikel 4.1, aanhef en onder a, bedraagt:

- a. voor de ongehuwde verzekerde: € 3.517;
- b. voor de gehuwde verzekerden tezamen: € 5.471.

Artikel 4.3

1. Het bedrag in verband met de premie zorgverzekering, bedoeld in artikel 4.1, aanhef en onder b, bedraagt:
 - a. voor de ongehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt: € 1.478 vermeerderd met 5,65% van het inkomen, met dien verstande dat ten minste € 2.261,17 en ten hoogste € 4.351,19 in mindering wordt gebracht;
 - b. voor de ongehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt: € 1.478, vermeerderd met 5,65% van het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 43 van de Zorgverzekeringswet, met dien verstande dat ten hoogste € 4.351,19 in mindering wordt gebracht;
 - c. voor de gehuwde verzekerden die beiden de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt: voor ieder van de gehuwde verzekerden € 1.478 vermeerderd met 5,65% van het inkomen van die gehuwde verzekerde, met dien verstande dat voor ieder van de gehuwde verzekerden ten minste € 2.020,55 en ten hoogste € 4.351,19 in mindering wordt gebracht;
 - d. voor de gehuwde verzekerden die beiden de pensioengerechtigde leeftijd nog niet hebben bereikt wordt de aftrek voor ieder van de gehuwde verzekerden overeenkomstig onderdeel b berekend en geldt voor ieder van de gehuwde verzekerden het daarin genoemde maximumbedrag;
 - e. voor de overige gehuwde verzekerden wordt de aftrek:
 - 1°. voor de gehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt, berekend overeenkomstig de in onderdeel b geregelde berekeningswijze en geldt het daarbij genoemde maximumbedrag;
 - 2°. voor de gehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt berekend overeenkomstig de in onderdeel c geregelde berekeningswijze en geldt het daarbij genoemde maximum- en minimumbedrag.
2. Indien de verzekerde op 1 januari van het peiljaar aanspraak had op een zorgtoeslag wordt op de aftrek, bedoeld in het eerste lid, in mindering gebracht:
 - a. voor de verzekerde die ongehuwd is: een bedrag van € 1.060, met dien verstande dat als zijn inkomen € 19.043 of meer bedraagt dit bedrag wordt verminderd met 8,713% van het verschil tussen zijn inkomen en € 19.043;
 - b. voor de verzekerden die gehuwd zijn: een bedrag van € 2.062 met dien verstande dat indien hun gezamenlijke inkomen € 19.043 of meer bedraagt dit bedrag wordt verminderd met 8,713% van het verschil tussen hun gezamenlijke inkomen en € 19.043.

Artikel 4.4

Het bedrag van de aftrekpost, bedoeld in artikel 4.1, aanhef en onder c, bedraagt:

- a. voor de verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt: € 1.727;
- b. voor de verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt: € 965.

Artikel 4.5

Het bedrag van de extra vrijlating, bedoeld in artikel 4.1, aanhef en onder d, bedraagt 25% van het

verschil tussen het op grond van artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit, na toepassing van de artikelen 4.2 tot en met 4.4, berekende bedrag en:

- a. € 8.178, indien het gaat om een ongehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt;
- b. € 9.826, indien het gaat om gehuwde verzekerden tezamen, waarvan ten minste één de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt;
- c. € 6.158, indien het gaat om een ongehuwde verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt, of
- d. € 13.284, indien het gaat om gehuwde verzekerden tezamen die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet hebben bereikt.

HOOFDSTUK 5. LEVERINGSVORMEN

§ 1. Zorg in natura

Artikel 5.1

1. Bij het bepalen van de totale kosten van een modulair pakket thuis voor 2015, als bedoeld in artikel 3.3.2, vierde lid, onderdeel b, van de wet, blijven buiten beschouwing de kosten van modules voor:
 - a. het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onder a, onderdeel 2°, van de wet die ten laste zouden komen van het persoonsgebonden budget;
 - b. begeleiding groep, en
 - c. behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van de wet.
2. Voor het modulair pakket thuis is het bedrag beschikbaar, bedoeld in het eerste lid, verminderd met het aan de verzekerde volgens hoofdstuk 5 verleende persoonsgebonden budget.

Artikel 5.2

1. Indien een modulair pakket thuis tezamen met een persoonsgebonden wordt verleend, wordt bij het bepalen van de totale kosten van een modulair pakket thuis en een persoonsgebonden budget tezamen, bedoeld in artikel 3.3.2, vierde lid, onderdeel b, van de wet, voor 2015, uitgegaan van het bedrag dat aan de verzekerde volgens paragraaf 4 van dit hoofdstuk zou zijn verleend indien hij uitsluitend een persoonsgebonden budget zou ontvangen.
2. In afwijking van artikel 5.1, tweede lid, en van de artikelen 5.13 tot en met 5.15 van deze regeling, kan het zorgkantoor bij een combinatie van een modulair pakket thuis en een persoonsgebonden budget, in het belang van de verzekerde en op zijn uitdrukkelijke verzoek, het persoonsgebonden budget lager vaststellen, om de ruimte voor het modulair pakket thuis binnen de totale kosten van een modulair pakket thuis en een persoonsgebonden budget tezamen te vergroten.
3. Een beschikking tot wijziging van een persoonsgebonden budget kan tevens betrekking hebben op het modulair pakket thuis, indien het persoonsgebonden budget is verleend met toepassing van het eerste lid.

Artikel 5.3

1. Alvorens de levering van een modulair pakket thuis te weigeren op de grond dat het niet op doelmatige wijze ten huize van de verzekerde kan worden geleverd, en nadat daarover overleg is gevoerd met de verzekerde, beoordeelt de Wlz-uitvoerder of deze weigering wegens ondoelmatigheid kan worden vermeden door toepassing van enige verhoging van de voor het pakket ten hoogste toelaatbare kosten met ten hoogste 25%.
2. Alvorens de verlening van een persoonsgebonden budget te weigeren op de grond dat daarmee niet op doelmatige wijze zal worden voorzien in toereikende zorg, en nadat daarover overleg is gevoerd met de verzekerde, beoordeelt het zorgkantoor of deze weigering wegens ondoelmatigheid kan worden vermeden door toepassing van enige verhoging van het persoonsgebonden budget met ten hoogste 25%.
3. Een verhoging, bedoeld in het eerste of tweede lid, is uitsluitend van toepassing:
 - a. op een verzekerde die de leeftijd van 23 jaar nog niet heeft bereikt, met het oog op diens mogelijkheid om thuis op te groeien;
 - b. op de verzekerde die een of meer kinderen heeft die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om deel uit te maken van het thuis opgroeien van dat kind;

- c. op verzekerden die op zorg zijn aangewezen vanwege een somatische aandoening of beperking of een lichamelijke of zintuiglijke handicap, zonder dat sprake is van een verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening of psychogeriatrisch beperking, met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om vanuit huis inkomen uit werk te verkrijgen of om een studie of opleiding te volgen met het oog op het verwerven van inkomen uit werk, of
- d. indien het leven van de verzekerde voortdurend acuut door een aandoening, beperking, handicap of stoornis wordt bedreigd, met het oog op het verhogen van de door de verzekerde ervaren kwaliteit van leven door zorg thuis te ontvangen.

§ 2. Algemene bepalingen over het persoonsgebonden budget

Artikel 5.4

Het zorgkantoor verleent slechts een persoonsgebonden budget voor verzekerden die woonachtig zijn in de regio van het zorgkantoor.

Artikel 5.5

1. Een persoonsgebonden budget wordt niet verleend aan een verzekerde die is aangewezen op zorgprofiel:
 - VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging,
 - LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep,
 - LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding,
 - LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding,
 - LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum,
2. Het eerste lid is niet van toepassing op de verzekerde die onmiddellijk voorafgaand aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten was aangewezen op een zorgzwaartepakket 3 LVG en aanspraak had op een persoonsgebonden budget.

Artikel 5.6

1. Tenzij de verzekerde beschikt over gewaarborgde hulp, wordt een persoonsgebonden budget niet verleend aan een verzekerde die is aangewezen op zorgprofiel:
 - VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging,
 - VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg,
 - VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging,
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding,
 - VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging,
 - VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging,
 - VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering,
 - VG Besloten wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering, of
 - VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging.
2. Het eerste lid, is tot 1 april 2015 niet van toepassing op verzekerden die onmiddellijk voorafgaand aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten waren aangewezen op een zorgzwaartepakket dat volgens de in bijlage A bij deze regeling opgenomen conversietabel overeenkomt met een in het eerste genoemd zorgprofiel, en aanspraak had op een persoonsgebonden budget.

Artikel 5.7

1. Het zorgkantoor verleent een verzekerde een persoonsgebonden budget indien de subsidieperiode waarvoor het wordt aangevraagd:
 - a. met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen aansluit op een eerdere subsidieperiode waarin de verzekerde een persoonsgebonden budget ontving, of
 - b. aansluit op een periode waarin de verzekerde verbleef in een instelling als bedoeld in de wet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de Zorgverzekeringswet en dit verblijf aansluit op een eerdere subsidieperiode voor een persoonsgebonden budget.
2. De artikelen 5.5, 5.6, 5.8, 5.9, onder a, en 5.18, onder h, zijn niet van toepassing op het verlenen van een persoonsgebonden budget met toepassing van het eerste lid.



§ 3. De aanvraag van een persoonsgebonden budget

Artikel 5.8

1. De aanvraag gaat vergezeld van een budgetplan dat is ingericht volgens het door het Zorginstituut vastgestelde model.
2. De verzekerde die aan het zorgkantoor een persoonlijk plan wil overhandigen wordt daartoe door het zorgkantoor in staat gesteld gedurende zeven dagen na ontvangst van een volledige aanvraag.
3. Het zorgkantoor nodigt de verzekerde of diens vertegenwoordiger uit om de aanvraag met het zorgkantoor te bespreken.

Artikel 5.9

Het verlenen een persoonsgebonden budget wordt geweigerd indien:

- a. de verzekerde of diens vertegenwoordiger een bespreking van het budgetplan weigert of, na daartoe te zijn opgeroepen, zonder geldige reden niet verschijnt;
- b. de verzekerde op de dag waarop de subsidieperiode zou aanvangen, anders dan voor logeeropvang, in een instelling als bedoeld in de wet of de Zorgverzekeringswet zal verblijven, tenzij het zorgkantoor een persoonsgebonden budget verleent voor begeleiding groep indien de verzekerde verblijft in een instelling waar de dagbesteding geen onderdeel vormt van het door het zorgkantoor gecontracteerde verblijf;
- c. het zorgkantoor, op advies van een instelling voor maatschappelijk werk of de Raad voor de kindbescherming, van oordeel is dat een ten behoeve van een minderjarige verzekerde aangevraagd persoonsgebonden budget in zodanige mate niet voor de inkoop van zorg ten behoeve van de verzekerde zal worden gebruikt, dat dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of de ontwikkeling van de verzekerde tot gevolg zou hebben;
- d. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, surseance van betaling heeft aangevraagd of failliet is verklaard;
- e. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;
- f. de verzekerde of diens vertegenwoordiger het zorgkantoor geen toestemming geeft om de persoonsgegevens van de verzekerde door te geven aan het CAK ten behoeve van de vaststelling van de te betalen eigen bijdrage en aan de Sociale verzekeringsbank ten behoeve van de uitvoering van diens bij of krachtens de wet opgedragen taken omtrent het persoonsgebonden budget.

Artikel 5.10

Het zorgkantoor gaat bij de toepassing van artikel 4:25 van de Algemene wet bestuursrecht, gelezen in samenhang met het subsidieplafond van artikel 8.2 van deze regeling uit van de datum van ontvangst van het in artikel 3.6.2, eerste lid, onderdeel c, van het Besluit bedoelde aanvraagformulier of, indien dat aanvraagformulier is ontvangen voor de datum van vaststelling van het indicatiebesluit, de datum van het indicatiebesluit.

Artikel 5.11

1. De verzekerde die gewaarborgde hulp inschakelt verstrekt het zorgkantoor onverwijld:
 - a. de naam en het adres van de derde;
 - b. een aanduiding van de hulp die zal worden geboden en de hoedanigheid waarin dit door de derde zal plaatsvinden.
2. De verlening van een persoonsgebonden budget kan worden geweigerd, indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de door de verzekerde voor die hulp ingeschakelde derde:
 - 1°. bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij de derde als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - 2°. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - 3°. zijn vrijheid is ontnomen,
 - 4°. ten aanzien van de derde de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend of de derde surséance van betaling heeft aangevraagd of failliet is verklaard, of
 - 5°. anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de verzekerde aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.

3. Het eerste lid is tot 1 april 2015 niet van toepassing op de verzekerde die onmiddellijk voorafgaand aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten een aanspraak had op een persoonsgebonden budget⁵. Op verzoek van de verzekerde die de leeftijd van 21 jaar nog niet heeft bereikt of van diens wettelijk vertegenwoordiger, wordt een persoonsgebonden budget verleend aan de organisatie die belast is met de ondertoezichtstelling van de verzekerde of die een reclasseringsmaatregel uitoefent krachtens een uitspraak van de rechter of het Openbaar Ministerie op grond van artikel 14d, artikel 15b, tweede lid, of Bok I, Titel VIII A Bijzondere bepalingen voor jeugdige personen van het Wetboek van Strafrecht.

Artikel 5.12

Het persoonsgebonden budget wordt verleend voor een subsidieperiode die:

- niet eerder aanvangt dan de dag met ingang waarvan de verzekerde volgens zijn indicatiebesluit op de zorg is aangewezen waarvoor het persoonsgebonden budget wordt verleend, en
- eindigt met ingang van de dag waarop het indicatiebesluit zijn geldigheidsduur verliest, doch uiterlijk op 31 december van het jaar waarin het persoonsgebonden budget werd verleend.

§ 4. De hoogte van het persoonsgebonden budget

Artikel 5.13

- Een persoonsgebonden budget voor een verzekerde die blijkens een indicatiebesluit is aangewezen op zorg, bedraagt in 2015 ten hoogste voor:
 - persoonlijke verzorging:
 - 1e klasse 1: € 1.497
 - 2e klasse 2: € 4.491
 - 3e klasse 3: € 8.220
 - 4e klasse 4: € 12.711
 - 5e klasse 5: € 17.176
 - 6e klasse 6: € 21.667
 - 7e klasse 7: € 26.894
 - verpleging:
 - 1e klasse 0: € 1.281
 - 2e klasse 1: € 3.845
 - 3e klasse 2: € 7.690
 - 4e klasse 3: € 14.099
 - 5e klasse 4: € 21.789
 - 6e klasse 5: € 29.480
 - begeleiding individueel:
 - 1e klasse 1: € 1.987
 - 2e klasse 2: € 5.959
 - 3e klasse 3: € 10.907
 - 4e klasse 4: € 16.866
 - 5e klasse 5: € 22.788
 - 6e klasse 6: € 28.748
 - 7e klasse 7: € 35.682
 - 8e klasse 8: € 44.603
 - begeleiding groep:
 - 1e klasse 1: € 2.450
 - 2e klasse 2: € 4.901
 - 3e klasse 3: € 7.351
 - 4e klasse 4: € 9.803
 - 5e klasse 5: € 12.253
 - 6e klasse 6: € 14.703
 - 7e klasse 7: € 17.154
 - 8e klasse 8: € 19.604
 - 9e klasse 9: € 22.055
 - begeleiding groep, inclusief vervoer:
 - 1e klasse 1: € 2.744
 - 2e klasse 2: € 5.487
 - 3e klasse 3: € 8.232
 - 4e klasse 4: € 10.974
 - 5e klasse 5: € 13.721
 - 6e klasse 6: € 16.170
 - 7e klasse 7: € 18.622
 - 8e klasse 8: € 21.072



9e klasse 9: € 23.523

2. Het persoonsgebonden budget wordt berekend door het in het indicatiebesluit opgenomen zorgprofiel of een zorgzwaartepakket, indien het een verzekerde betreft die krachtens overgangsrecht beschikt over een zorgzwaartepakket krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met toepassing van de in bijlage C bij deze regeling om te rekenen naar een of meer klassen, bedoeld in het eerste lid.
3. Indien de verzekerde niet in een instelling verblijft hoogt het zorgkantoor het persoonsgebonden budget op met € 3.357.
4. Het zorgkantoor verhoogt het persoonsgebonden budget met € 4.030 voor een verzekerde die woont in een kleinschalig wooninitiatief.
5. Dit artikel is niet van toepassing op een verzekerde met een indicatiebesluit als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, van de wet. Het bedrag van een persoonsgebonden budget dat voor deze verzekerden wordt vastgesteld krachtens artikel 11.1.2, zevende lid, van de wet, wordt in 2015 verhoogd met 0,74%, alsmede met het bedrag, bedoeld in het derde lid.

Artikel 5.14

1. Een persoonsgebonden budget dat voor meerdere vormen van zorg wordt verleend, bedraagt ten hoogste de som van de met behulp van de in de artikel 5.13 bepaalde bedragen.
2. Het zorgkantoor kan onder daarbij te stellen voorwaarden in het voordeel van de verzekerde afwijken van het eerste lid indien de verzekerde naar het oordeel van het zorgkantoor aanspraak heeft op meer zorg als bedoeld in artikel 2.2 van deze regeling of op een verhoging als bedoeld in artikel 5.3, tweede lid.
3. Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of op een andere dag dan 31 december eindigt, wordt het maximum persoonsgebonden budget vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller bestaat uit het aantal dagen van de subsidieperiode in het desbetreffende kalenderjaar en de noemer uit het aantal dagen in dat kalenderjaar.

Artikel 5.15

1. Het zorgkantoor hoogt het persoonsgebonden budget op tot een garantiebedrag ter hoogte van 100,74% van het persoonsgebonden budget dat was verleend voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2014, indien de verzekerde volgens het indicatiebesluit was aangewezen op verblijf zoals dat gold onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en
 - a. het persoonsgebonden budget bij de eerste verlening op basis van een indicatiebesluit waaruit bleek dat de verzekerde was aangewezen op een zorgzwaartepakket, op grond van een beleidsregel van het College zorgverzekeringen of op grond van artikel 2.6.15 van de Regeling subsidies AWBZ, zoals dat artikel luidde voor 1 januari 2013, was opgehoogd tot een garantiebedrag of
 - b. aan de verzekerde in 2012 een persoonsgebonden budget is verleend op basis van een indicatiebesluit krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten waaruit bleek dat de verzekerde aangewezen was op verblijf en de verzekerde vanaf 30 december 2012 ononderbroken woonachtig was in een kleinschalig wooninitiatief.
2. Een verzekerde die inwoont bij een ouder, pleegouder of pleegoudervoogd, als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet, wordt niet aangemerkt als bewoner van een kleinschalig wooninitiatief.
3. Het zorgkantoor hoogt het persoonsgebonden budget op tot een garantiebedrag ter hoogte van 90,67% van het persoonsgebonden budget dat was verleend voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2014, indien:
 - a. dat persoonsgebonden budget was verleend op grond van een indicatiebesluit op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten waaruit bleek dat de verzekerde aangewezen was op verblijf;
 - b. de verzekerde volgens het geldende indicatiebesluit is aangewezen op verblijf, en
 - c. het eerste lid niet op de verzekerde van toepassing is.
4. Indien de aanvraag betrekking heeft op minder of andere vormen van zorg, dan het persoonsgebonden budget dat in 2014 is verleend, wordt een garantiebedrag als bedoeld in het eerste of derde lid verminderd met het verschil tussen de budgetten waartoe die vormen van zorg leiden.

5. Indien de aanvraag voor een persoonsgebonden budget is gebaseerd op een ander indicatiebesluit dan de verlening van het persoonsgebonden budget in 2014 en de verzekerde volgens het indicatiebesluit is aangewezen op een zorgprofiel dat leidt tot een lager persoonsgebonden budget dan in 2014 is verleend, wordt een garantiebedrag als bedoeld in het eerste of derde lid vermindert met het verschil tussen de persoonsgebonden budgetten waartoe die zorgprofielen leiden.
6. Het eerste lid, onder a, is alleen van toepassing indien aan de verzekerde, vanaf de eerste verlening van een persoonsgebonden budget op basis van een indicatiebesluit waaruit bleek dat hij was aangewezen op een zorgzwaartepakket, in ieder opvolgende subsidieperiode een persoonsgebonden budget is verleend, al dan niet na een onderbreking als bedoeld in het zevende lid, onder a of b.
7. Het eerste lid, onder b, en derde lid zijn alleen van toepassing indien de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd:
 - a. met een onderbreking van niet meer dan zeven kalenderdagen, aansluit op een eerdere subsidieperiode, of
 - b. aansluit op een periode waarin de verzekerde verbleef in een instelling als bedoeld in de wet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de Zorgverzekeringswet en dit verblijf aansloot op een eerdere subsidieperiode.

§ 5. Het gebruik van het persoonsgebonden budget

Artikel 5.16

1. De zorgovereenkomst bevat ten minste de onderdelen die zijn vereist volgens de daartoe door de Sociale verzekeringsbank vastgestelde modelovereenkomsten.
2. Door het zorgkantoor kan de goedkeuring slechts worden gegeven, indien:
 - a. de overeenkomst ten minste de volgende elementen bevat:
 - 1°. de wijze waarop de zorgverlener voorziet in de behoefte aan zorg van de verzekerde;
 - 2°. het beding dat declaraties voor verleende zorg niet worden betaald indien zij niet binnen zes weken na de maand waarin de zorg is verleend bij de verzekerde zijn ingediend,
 - 3°. de verplichting dat een declaratie van een zorgverlener een overzicht bevat van de dagen waarop is gewerkt, het uurtarief, het aantal te betalen uren, het burgerservicenummer en de naam van de zorgverlener, en door de zorgverlener wordt ondertekend,
 - 4°. de verplichting dat een declaratie van een zorgverlenende instantie het nummer bevat waarmee die instantie staat ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, een overzicht van de dagen waarop is gewerkt, het tarief, het aantal te betalen uren, dagdelen of etmalen, en de naam en het adres van de zorgverlenende instantie, en dat het namens de zorgverlenende instantie wordt ondertekend, en
 - b. uit de omschrijving van de wijze waarop de zorgverlener voorziet in de behoefte aan zorg van de verzekerde, blijkt dat de overeenkomst strekt tot de inkoop van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, huishoudelijke hulp en vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt, of tot inkoop van logeeropvang of kortdurend verblijf.

Artikel 5.17

1. Het persoonsgebonden budget mag uitsluitend worden gebruikt voor:
 - a. het door de Sociale verzekeringsbank doen betalen van zorg als bedoeld in artikel 3.3.3 van de wet, of
 - b. van bemiddelingskosten zoals onder 5.19, eerste lid, onderdeel f opgenomen voorwaarden, of
 - c. voor een bedrag van niet meer dan € 4.030 aan de zorginfrastructuur van een kleinschalig wooninitiatief.
2. In afwijking van het eerste lid, onderdeel a, mag het persoonsgebonden budget slechts besteed worden aan kosten van vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt indien een persoonsgebonden budget verleend is voor begeleiding groep inclusief vervoer of indien de verzekerde blijkt het indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket VV.
3. de verzekerde hoeft geen verantwoording af te leggen over de besteding van maximaal 1,5% van het voor dat jaar verleende persoonsgebonden budget met een minimum van € 250 en een maximum van € 1.250.
4. Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar

aanvangt of op een andere dag dan 31 december eindigt, worden de bedragen, genoemd in het derde lid, voor dat kalenderjaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller bestaat uit het aantal dagen van de subsidieperiode in het desbetreffende kalenderjaar en de noemer uit het aantal dagen in dat kalenderjaar.

§ 6. Regels over verlenen en vaststellen van een persoonsgebonden budget

Artikel 5.18

1. Bij de verlening van het persoonsgebonden budget worden de verzekerde in ieder geval de volgende verplichtingen opgelegd:
 - a. de verzekerde gebruikt het persoonsgebonden budget uitsluitend voor het doen betalen door de Sociale verzekeringsbank van zorg als bedoeld in artikel 5.17, eerste lid;
 - b. de zorg die de verzekerde inkoopt, is kwalitatief verantwoord;
 - c. de verzekerde past een zorgovereenkomst en zorgbeschrijving onverwijld aan indien van enige verandering in de daarin opgenomen feiten sprake is;
 - d. de verzekerde draagt er zorg voor dat een zorgverlener op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is niet meer dan veertig uur in één week voor hem werkzaamheden verricht;
 - e. de verzekerde laat de betalingen aan de zorgverlener uitsluitend verrichten door de Sociale verzekeringsbank;
 - f. de verzekerde laat door de Sociale verzekeringsbank uitsluitend bemiddelingkosten uitbetalen indien aan de verzekerde een persoonsgebonden budget is verleend voor een AWBZ-subsidieperiode die eindigde op 31 december 2011 en de organisatie waaraan de verzekerde bemiddelingskosten betaalt beschikt over een door het Keurmerkinstituut vastgesteld keurmerk voor bemiddelingsbureaus;
 - g. de verzekerde die met het persoonsgebonden budget bij naasten wil inkopen dat niet besteed aan een huisgenoot, partner of ouder die feitelijk gebruikelijke zorg op zich dient te nemen, maar daartoe niet in staat is wegens overbelasting of dreigende overbelasting;
 - h. de verzekerde besteedt het persoonsgebonden budget niet aan logeeropvang buiten de Europese Unie.
 - i. de verzekerde deelt het zorgkantoor op diens verzoek of onverwijld uit eigen beweging alle feiten en omstandigheden mee waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij van invloed kunnen zijn op de verstrekking van het persoonsgebonden budget.

Artikel 5.19

De verleningsbeschikking van het zorgkantoor aan de verzekerde bevat ten minste de volgende gegevens:

- a. de subsidieperiode;
- b. het verleende persoonsgebonden budget en de wijze waarop dit budget is berekend;
- c. de verplichtingen van de verzekerde;
- d. De maximale hoogte van het bedrag waarover een budgethouder zich niet hoeft te verantwoorden, en de wijze waarop dat bedrag is berekend.

Artikel 5.20

1. Het zorgkantoor wijzigt de verleningsbeschikking of trekt deze in:
 - a. met ingang van de dag gelegen na de dag waarop de verzekerde overlijdt;
 - b. met ingang van de dag waarop de verzekerde langer dan twee maanden verblijft in een instelling als bedoeld in de wet of de Zorgverzekeringswet;
 - c. met ingang van de dag vanaf welke de verzekerde schriftelijk heeft aangegeven geen prijs meer te stellen op het persoonsgebonden budget;
 - d. met ingang van de dag waarop het zorgkantoor, op advies van een instelling voor maatschappelijk werk of de Raad voor de kindbescherming, van oordeel is dat een ten behoeve van een minderjarige verzekerde aangevraagd persoonsgebonden budget in zodanige mate niet voor de inkoop van zorg ten behoeve van die verzekerde zal worden gebruikt, dat dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van die verzekerde tot gevolg zal hebben;
 - e. met ingang van de dag waarop het indicatiebesluit ten nadele van de verzekerde wordt herzien als gevolg van bezwaar en beroep.
2. De verleningsbeschikking kan worden ingetrokken of gewijzigd met ingang van de dag waarop de verzekerde, of de derde die aan verzekerde gewaarborgde hulp biedt, de opgelegde verplichtingen niet nakomt of niet langer voldoet aan de voorwaarden of verleningsgronden van het persoonsgebonden budget of aan de eisen voor gewaarborgde hulp.

Artikel 5.21

1. Na afloop van iedere subsidieperiode wordt de subsidie voor de desbetreffende subsidieperiode vastgesteld.
2. Het zorgkantoor stelt het persoonsgebonden budget binnen zes weken na afloop van de subsidieperiode vast.
3. Indien de verzekerde geen betalingen heeft laten doen dan wordt de subsidie, in afwijking van het derde lid, vastgesteld op nihil.
4. Indien een subsidieperiode met ingang van een andere dag dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt of op een andere dag dan 31 december eindigt, worden de bedragen, genoemd in het derde lid, voor dat kalenderjaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller bestaat uit het aantal dagen van de subsidieperiode in het desbetreffende kalenderjaar en de noemer uit het aantal dagen in dat kalenderjaar.

§ 7. Betaling uit het persoonsgebonden budget

Artikel 5.22

1. De uit het persoonsgebonden budget te vergoeden kosten van een zorgaanbieder zijn ten hoogste: € 63 per uur of € 58 per dagdeel of een door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg vastgesteld hoger tarief.
2. In afwijking van het eerste lid wordt een tarief van ten hoogste € 20 per uur, of € 20 per dagdeel gehanteerd tenzij het een budgethouder betreft die onmiddellijk voor intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten een persoonsgebonden budget beschikte of de verzekerde aan wie met ingang van 1 januari 2014 een persoonsgebonden budget is verleend en kan aantonen dat de zorg is verleend door:
 - a. een onderneming als bedoeld in artikel 5, onderdelen a, c, d of e, van de Handelsregisterwet 2007 waarvan de activiteiten blijkens de inschrijving in het handelsregister, bedoeld in artikel 2 van die wet, geheel of gedeeltelijk bestaan uit het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 3.3.3 van de wet;
 - b. een onderneming als bedoeld in artikel 5, onderdeel b, van de Handelsregisterwet 2007 waarvan de activiteiten blijkens de inschrijving in het handelsregister, bedoeld in artikel 2 van die wet, geheel of gedeeltelijk bestaan uit het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdeel j of k, en die toebehoort aan een zelfstandige zonder personeel waaraan een geldige beschikking als bedoeld in artikel 3.156 van de Wet inkomstenbelasting 2001 is afgegeven;
 - c. een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdeel j of k.
3. Het tweede lid, onderdeel b, subonderdeel 2° en 3°, is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad is van de verzekerde.
4. het aantal door de zorgverlener voor de verzekerde gewerkte en betaalde uren mag niet afwijken van het Arbeidstijdenbesluit dan wel artikel 5.11, eerste lid, onderdeel d.
5. het bedrag dat aan bemiddelingskosten, zoals bedoeld in eerste lid, onderdeel f, betaald mag worden bedraagt maximaal € 250 per jaar indien het verleende persoonsgebonden budget op jaarbasis € 25.000 of minder bedraagt en € 500 per jaar indien het verleende persoonsgebonden budget op jaarbasis meer dan € 25.000 bedraagt.

Artikel 5.23

1. De Sociale verzekeringsbank verricht betalingen uit het persoonsgebonden budget, voor werkzaamheden die voortvloeien uit een arbeidsovereenkomst of overeenkomst van opdracht, indien een declaratie van de persoon met wie deze overeenkomst is aangegaan, de naam en het adres van deze persoon, het tarief, een verantwoording van de overeengekomen resultaten dan wel een overzicht van het aantal te betalen uren en dagdelen of etmalen, bevat.
2. De Sociale verzekeringsbank kan beslissen tot beëindiging van de betalingen of weigering van een betaling uit het persoonsgebonden budget:
 - a. bij het intrekken of herzien van een besluit tot verlenen van een persoonsgebonden budget;
 - b. wegens strijd met het recht dat van toepassing is op de zorgovereenkomst,

- c. indien de declaratie niet binnen zes weken na de door de derde geleverde prestatie is ingediend;
 - d. indien een ingediende declaratie niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgovereenkomst of de beschikking tot verlening van het persoonsgebonden budget.
3. De Sociale verzekeringsbank verricht betalingen uit het persoonsgebonden budget zonder dat dit bij beschikking wordt vastgesteld, binnen 30 dagen na ontvangst van de declaratie door de Sociale verzekeringsbank, tenzij een betaling geheel of gedeeltelijk wordt geweigerd. Betalingen die in het belang van de uitvoerbaarheid, bedoeld in het tweede lid, onderdeel e, zijn geweigerd kunnen binnen zeven weken worden verricht indien de betaling mogelijk is.
4. De Sociale verzekeringsbank verricht betalingen ter verkrijging door de cliënt van gelden die door of vanwege de verzekerde zelf zijn gestort bij de Sociale verzekeringsbank.
5. De Sociale verzekeringsbank ondersteunt de verzekerde bij zijn werkgeverstaken, waaronder ten aanzien van arbeidsomstandighedenregelgeving, zaakschade en aansprakelijkheid.

§ 8. Overige bepalingen omtrent het persoonsgebonden budget

Artikel 5.24

De aanvaardbaarheidspercentages, bedoeld in artikel 3.7.2, derde lid, van het Besluit, zijn de in bijlage D bij deze regeling opgenomen aanvaardbaarheidspercentages.

HOOFDSTUK 6. ORGANISATIE EN VERANTWOORDING VAN DE LANGDURIGE ZORG

Artikel 6.1

Tot de regio's, genoemd in artikel 4.2.1, eerste lid, van het Besluit, behoren de in bijlage B genoemde gemeenten.

HOOFDSTUK 7. INFORMATIEBEPALINGEN

Artikel 7.1

Als persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die voor Wlz-uitvoerders noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wet, worden in ieder geval aangemerkt:

- a. naam, adres, postcode en woonplaats;
- b. inschrijving- of verzekerdennummer, burgerservicenummer, geslacht en geboortedatum;
- c. een afgegeven indicatiebesluit;
- d. het zorgprofiel, waarop iemand krachtens indicatiebesluit is aangewezen;
- e. de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde te leveren of geleverde prestatie;
- f. wanneer de prestatie is aangevangen, gewijzigd en is beëindigd;
- g. het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
- h. de gegevens die op grond van een declaratieregeling, bedoeld in artikel 38, derde lid, onder b, van de Wet marktordening gezondheidszorg, moeten worden verstrekt;
- i. de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het op grond van de wet verzekerde pakket;
- j. het bank- of gironummer, en
- k. overige gegevens die noodzakelijk zijn voor het verrichten van een materiële controle als bedoeld in artikel 7.2, dan wel voor het verrichten van fraudeonderzoek als bedoeld in artikel 7.10.

Artikel 7.2

De controle, bedoeld in artikel 9.1.2, eerste lid, onder i, van de wet houdt in:

- a. materiële controle: een onderzoek waarbij de Wlz-uitvoerder nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- b. formele controle: een onderzoek waarbij de Wlz-uitvoerder nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:
 - 1°. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die Wlz-uitvoerder verzekerde persoon;
 - 2°. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon,
 - 3°. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en
 - 4°. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens die wet,

- voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen, en
- c. detailcontrole: onderzoek door de Wlz-uitvoerder naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle als bedoeld in artikel 7.3 of fraudeonderzoek als bedoeld in artikel 7.10.

Artikel 7.3

1. De Wlz-uitvoerder verricht materiële controle op de wijze zoals bepaald in de artikelen 7.4 tot en met 7.9.
2. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan de overeenkomstig het eerste lid uitgevoerde materiële controle.

Artikel 7.4

1. De Wlz-uitvoerder stelt voorafgaand aan de uitvoering van materiële controle het doel ervan vast door te bepalen wanneer voldoende zekerheid is verkregen dat de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd of die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
2. Bij de vaststelling van het doel als bedoeld in het eerste lid, neemt de Wlz-uitvoerder voor het uitvoeren van controles mede de op grond van de artikelen 31 en 36 van de Wet marktordening gezondheidszorg door de zorgautoriteit gestelde regels in acht.

Artikel 7.5

1. De Wlz-uitvoerder mag verzekerden met gebruikmaking van persoonsgegevens waarover hij in verband met de uitvoering van de wet reeds beschikt enquêteformulieren zenden om:
 - 1°. na te gaan of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend, en
 - 2°. onderzoek te doen naar de door die verzekerden ervaren kwaliteit van de verzekerde zorg die een zorgaanbieder verleent of heeft verleend.
2. Bij de verzending van enquêteformulieren als bedoeld in het eerste lid informeert de Wlz-uitvoerder de verzekerde erover dat hij niet verplicht is tot beantwoording van de gestelde vragen en dat onthouden van medewerking op geen enkele wijze tot zijn nadeel zal strekken.
3. De Wlz-uitvoerder draagt er zorg voor dat terug ontvangen enquêteformulieren als bedoeld in het eerste lid, onderdeel 2°, niet herleidbaar zijn tot personen en dat niet herleidbaar is welke verzekerden geen formulier hebben teruggestuurd.

Artikel 7.6

1. De Wlz-uitvoerder voert een algemene risicoanalyse uit op basis van gegevens waarover deze in verband met de uitvoering van de wet beschikt.
2. De Wlz-uitvoerder stelt op basis van de in het eerste lid uitgevoerde algemene risicoanalyse een algemeen controleplan vast, waarin de objecten van materiële controle en de in te zetten controle-instrumenten zijn opgenomen.
3. Het naar aanleiding van de algemene risicoanalyse opgestelde algemene controleplan voorziet niet in de inzet van het controle-instrument detailcontrole.
4. Indien uit het uitgevoerde algemene controleplan blijkt dat het controledoel, bedoeld in artikel 7.4, eerste lid, is bereikt, kan alleen detailcontrole worden uitgevoerd als er van een ander dan de Wlz-uitvoerder afkomstige of uit de uitgevoerde controle voortvloeiende aanwijzingen zijn waaruit blijkt dat er sprake is van onvoldoende zekerheid.

Artikel 7.7

De Wlz-uitvoerder maakt informatie openbaar over het ingevolge artikel 7.4 vastgestelde controledoel en het ingevolge artikel 7.6 vastgestelde algemene controleplan op een zodanige wijze dat die informatie voor verzekerden en zorgaanbieders gemakkelijk verkrijgbaar is.

Artikel 7.8

1. De Wlz-uitvoerder voert geen detailcontrole uit, dan nadat is voldaan aan de volgende voorwaarden:
 - a. de Wlz-uitvoerder heeft een specifieke risicoanalyse verricht op de bevindingen uit het uitgevoerde algemene controleplan bedoeld in artikel 7.5, tweede lid;
 - b. de Wlz-uitvoerder heeft naar aanleiding van de specifieke risicoanalyse een specifiek controleplan en specifiek controledoel opgesteld, waarin de objecten van materiële controle en de methoden van detailcontrole zijn opgenomen;
 - c. het overeenkomstig onderdeel b vastgestelde specifieke doel van de materiële controle kan zonder detailcontrole niet worden bereikt;
 - d. uit het specifieke controleplan blijkt dat de detailcontrole niet verder gaat dan gelet op het met het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het te onderzoeken geval noodzakelijk is;
 - e. de Wlz-uitvoerder heeft de zorgaanbieder voorafgaand aan de uitvoering van de detailcontrole toereikende, desgevraagd schriftelijke, informatie verstrekt waarin wordt gemotiveerd hoe is voldaan aan de in dit lid genoemde voorwaarden.
2. Indien bij de uitvoering van detailcontrole persoonsgegevens van verzekerden worden verwerkt, geschiedt dit onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur in opdracht van de Wlz-uitvoerder en is deze op voorafgaand verzoek van de zorgaanbieder aanwezig bij dit deel van de controle.
3. De Wlz-uitvoerder informeert de zorgaanbieder over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van de detailcontrole en stelt de zorgaanbieder in de gelegenheid daarop binnen een redelijke termijn te reageren.
4. De Wlz-uitvoerder betreft de reactie van de zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van de detailcontrole en bericht deze uitkomsten aan de zorgaanbieder.

Artikel 7.9

De Wlz-uitvoerder legt de specifieke risicoanalyse en de uitvoering van detailcontroles in zijn administratie vast om toetsing door en verantwoording aan toezichthouders mogelijk te maken.

Artikel 7.10

1. Het fraudeonderzoek, bedoeld in artikel 9.1.2, eerste lid, onder j, van de wet houdt een onderzoek in waarbij de Wlz-uitvoerder nagaat of de verzekerde of de zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen bij de uitvoering door betrokken personen en organisaties van de verzekering op grond van de wet, met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de verzekerde dan wel de zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben.
2. Bij fraudeonderzoek zijn de voorwaarden bedoeld in artikel 7.8, eerste lid, onderdelen b en d, van overeenkomstige toepassing, en is de in onderdeel e bedoelde voorwaarde van overeenkomstige toepassing voor zover het onderzoeksbelang of het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken verzekerde zich daar niet tegen verzet.
3. In afwijking van het eerste lid kan de Wlz-uitvoerder met betrekking tot een individuele verzekerde detailcontrole uitvoeren zonder dat de in dat lid genoemde voorwaarden van toepassing zijn, indien deze verzekerde ten behoeve van het fraudeonderzoek schriftelijk toestemming heeft gegeven voor verstrekking van persoonsgegevens betreffende diens gezondheid aan de Wlz-uitvoerder.
4. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan overeenkomstig het tweede lid uitgevoerd fraudeonderzoek.

Artikel 7.11

De Wlz-uitvoerder verwerkt de persoonsgegevens, bedoeld in artikel 6.1.1 van de wet slechts verder voor de uitvoering van de wet en voor zover dit noodzakelijk is voor de doelen als omschreven in artikel 9.1.2, eerste en derde lid, en 9.1.3, tweede lid, van de wet.



HOOFDSTUK 8. FINANCIËLE BEPALINGEN

Artikel 8.1

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg bedraagt voor het jaar 2015: € 17.665 miljoen .
2. Van het bedrag, bedoeld in het eerste lid, is € 16.505 miljoen bestemd voor zorg in natura en € 1.160 miljoen bestemd voor persoonsgebonden budgetten.

Artikel 8.2

De bedragen die in 2015 beschikbaar zijn voor de verstrekking van persoonsgebonden budgetten zijn voor de hiernavolgende regio's de achter die regio's opgenomen:

- Groningen: € 65.785.039
- Friesland: € 81.557.893
- Drenthe: € 55.802.248
- Zwolle: € 43.540.933
- Twente: € 58.126.639
- Apeldoorn, Zutphen, en omstreken: € 24.505.730
- Arnhem: € 84.587.832
- Nijmegen: € 43.127.032
- Utrecht: € 65.623.587
- Flevoland: € 15.010.566
- 't Gooi: € 31.625.839
- Noord-Holland Noord: € 34.987.851
- Kennemerland: € 22.056.449
- Zaanstreek/Waterland: € 15.231.149
- Amsterdam: € 30.519.659
- Amstelland en de Meerlanden: € 5.340.473
- Zuid-Holland Noord: € 18.406.681
- Haaglanden: € 40.860.645
- Delft Westland Oostland: € 10.881.504
- Midden-Holland: € 16.147.931
- Rotterdam: € 31.152.720
- Nieuwe Waterweg Noord: € 8.275.770
- Zuid-Hollandse Eilanden: € 26.471.712
- Waardenland: € 23.209.374
- Zeeland: € 21.223.205
- West-Brabant: € 45.096.427
- Midden-Brabant: € 42.852.179
- Noordoost Brabant: € 49.395.894
- Zuidoost Brabant: € 57.830.013
- Noord- en Midden-Limburg: € 36.785.419
- Zuid-Limburg: € 46.031.446
- Midden IJssel: € 7.950.164.

HOOFDSTUK 9. TIJDELIJK EN OVERGANGSRECHT, BURGERLIJK RECHT

Artikel 9.1

1. Echtgenoten van verzekerden die op de dag voorafgaande aan de inwerkingtreding van de wet met toepassing van artikel 9, derde lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ in een instelling verbleven, behouden dat recht na inwerkingtreding van de wet.
2. Artikel 3.1.2, eerste lid, tweede volzin, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 9.2

Artikel 11.1.1, vierde lid, van de wet geldt slechts voor verzekerden die op de dag voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op grond van een indicatiebesluit waren aangewezen op een zorgzwaartepakket als bedoeld in het derde lid van dat artikel.

Artikel 9.3

1. Verzekerden als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, van de wet die voor 1 januari 2015 hebben laten



weten voor zorg als bedoeld in de wet in aanmerking te willen komen en die deze zorg in natura wensen te ontvangen, hebben gedurende het jaar 2015 recht op de zorg die zij op de dag voorafgaande aan de inwerkingtreding van de wet in natura ontvingen.

2. Indien verzekerden als bedoeld in het eerste lid of in artikel 11.1.2, zevende lid, van de wet vanaf 1 januari voor al hun zorg of een deel van hun zorg voor andere leveringsvormen kiezen dan de leveringsvormen die zij op de dag voorafgaande aan de inwerkingtreding van de wet ontvingen, dan wel een andere verhouding tussen leveringsvormen wensen, spannen de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor zich ervoor in dat de hoeveelheid zorg die betrokkenen in 2015 in natura ontvangen of zelf kunnen inkopen, gelijk is aan de hoeveelheid zorg waarop zij op de dag voorafgaande aan de inwerkingtreding van de wet aanspraak hadden.
3. Het eerste lid geldt niet indien de gezondheidssituatie van de verzekerde dan wel toepasselijkheid van artikel 3.2.4, aanhef en onderdeel a, van de wet noodzaakt tot een gedurende het jaar 2015 ingaande herindicatie.

Artikel 9.4

Een verzekerde die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ ontving zonder over een indicatie voor een zorgzwaartepakket B GGZ te beschikken, behoudt totdat de met het verblijf gepaard gaande geneeskundige zorg voor hem niet meer medisch noodzakelijk is zijn recht op dat voortgezet verblijf.

Artikel 9.5

Een zorgovereenkomst die krachtens artikel 2.6.15 van de Regeling subsidies AWBZ, zoals die gold onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, door de zorgverzekeraar of door de Sociale verzekeringsbank is goedgekeurd, geldt als een goedgekeurde zorgovereenkomst op grond van artikel 3.6.4, derde lid, van het Besluit.

Artikel 9.6

1. De verzekerde die met ingang van 1 januari 2015 recht krijgt op verblijf in een instelling waar de verzekerde met verblijf gepaard gaande behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de wet en die onmiddellijk voorafgaand aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten krachtens de Wet maatschappelijke ondersteuning het individueel gebruik van een mobiliteitshulpmiddel had, behoudt het gebruik van dat hulpmiddel totdat krachtens artikel 2.3 van deze regeling een mobiliteitshulpmiddel kan worden verstrekt.
2. De verzekerde die met ingang van 1 januari 2016 recht krijgt op zorg krachtens de wet en onmiddellijk daaraan voorafgaand krachtens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 het individueel gebruik van een mobiliteitshulpmiddel had, behoudt dit hulpmiddel totdat het op grond van de Wet langdurige zorg kan worden verstrekt.

HOOFDSTUK 10. SLOTBEPALINGEN

Artikel 10.1

Het bedrag, bedoeld in artikel 21, derde lid, van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999, bedraagt € 250.000.

Artikel 10.2

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling langdurige zorg.

Artikel 10.3

1. Deze regeling treedt in werking op 1 januari 2015, met uitzondering van artikel 2.3, eerste lid, onderdelen b en c, welke in werking treden op 1 januari 2016.
2. Met ingang van 1 januari 2016 vervalt artikel 2.3, zesde lid.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn*



BIJLAGE A BIJ ARTIKEL 2.1 VAN DE REGELING LANGDURIGE ZORG

Zorgprofielen integraal pakket als bedoeld in artikel 3.3.1, eerste lid, van het Besluit langdurige zorg (met conversietabel ZZP's Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en tevens met aanduiding van zorgprofielen waarboven meer zorg mogelijk is met *)

Sector Verpleging en verzorging (VV)	ZZP AWBZ
VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	4 VV
VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	5 VV
VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	6 VV
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
VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	9b VV
VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	10 VV
Sector Verstandelijk Gehandicapt (VG)	
VG Wonen met begeleiding en verzorging	3 VG
VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	4 VG
VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	5 VG*
VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	6 VG
VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	7 VG*
VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	8 VG*
Sector Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG)	
LVG Wonen met enige behandeling en begeleiding	1 LVG
LVG Wonen met behandeling en begeleiding	2 LVG
LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep	3 LVG
LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	4 LVG*
LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	5 LVG*
LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum	1 SGLVG*
Sector Lichamelijk Gehandicapt (LG)	
LG Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015)	1 LG
LG Wonen met begeleiding en enige verzorging	2 LG
LG Wonen met enige begeleiding en verzorging (2015)	3 LG
LG Wonen met begeleiding en verzorging	4 LG
LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	5 LG*
LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	6 LG
LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	7 LG*
Sector Zintuiglijk Gehandicapt, auditief en communicatief (ZGaud)	
ZGaud Wonen met begeleiding en enige verzorging (2015)	1 ZGaud
ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	2 ZGaud
ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	3 ZGaud*
ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging	4 ZGaud
Sector Zintuiglijk Gehandicapt, visueel (ZGvis)	
ZGvis Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015)	1 ZGvis
ZGvis Wonen met begeleiding en enige verzorging	2 ZGvis
ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	3 ZGvis
ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	4 ZGvis
ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	5 ZG vis*
Sector GGZ, B-groep (GGZ-B)	
GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding	3b GGZ
GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging	4b GGZ
GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering	5b GGZ
GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	6b GGZ
GGZ-B Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	7b GGZ



VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten hebben intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging nodig. De reden hiervoor kan verschillend zijn.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* betreffende veel aspecten hulp nodig, zoals bij de communicatie, het nemen van besluiten en het uitvoeren van taken. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven.

De cliënten hebben ten aanzien van alle *psychosociale/cognitieve functies* behoefte aan hulp, toezicht of sturing, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot met name denken en geheugen, oriëntatie en concentratie.

Ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* hebben de cliënten veelal toezicht en stimulatie nodig, omdat de cliënt beperkingen heeft waardoor er ondersteuning nodig is bij kleine verzorgingstaken, wassen en kleden.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobilititeit* veelal toezicht of stimulatie nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich beperkt zelfstandig bewegen. Betreffende het verplaatsen buitenshuis is in het algemeen hulp of overname van zorg nodig.

Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende *verpleegkundige aandacht* vereist.

Bij deze cliënten kan sprake zijn van enige *gedragsproblematiek* waarbij af en toe hulp, toezicht of sturing nodig is. Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard.

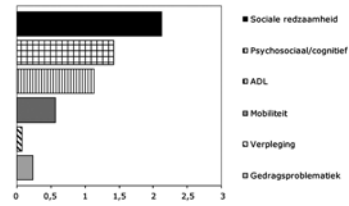
De *aard van het begeleidingsdoel* heeft vaak betrekking op begeleiding bij achteruitgang, maar kan ook stabilisatie zijn.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een psychogeriatrische of somatische ziekte/aandoening.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg.

Zorgprofiel

De cliënten hebben vanwege ernstige dementiële problematiek behoefte aan intensieve begeleiding en intensieve verzorging. De cliënten zijn (bijna) geheel zorgafhankelijk. De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwervgedrag. De cliënten hebben geen greep meer op hun eigen doen en laten.

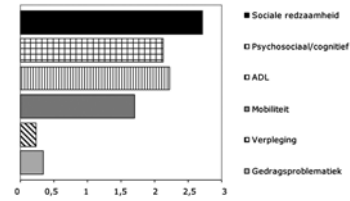
Ze hebben ten aanzien van de verschillende *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie en geheugen en denken. Er is sprake van volledige desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon.

Ten aanzien van *ADL* is betreffende alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en het kleden.

Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich zeer beperkt zelfstandig bewegen, buitenshuis kan dat helemaal niet. Als gevolg van de kwetsbare gezondheid is *verpleegkundige aandacht* noodzakelijk (o.a. voorkomen van decubitus en infecties).

De cliënten kunnen soms *gedragsproblematiek* vertonen. Dit betreft dan met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie. Bij een deel van de cliënten komt *psychiatrische problematiek* voor, vooral passief van aard. De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang. De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel. De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging.

Zorgprofiel

De cliënten hebben vanwege ernstige somatische beperkingen op veel momenten van de dag behoefte aan begeleiding, intensieve verzorging en verpleging, in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* een begeleidingsbehoefte betreffende het begrijpen wat anderen zeggen, het begrijpelijk maken naar anderen. Soms is hierbij toezicht en stimulatie nodig. Betreffende de overige aspecten van sociale redzaamheid is in het algemeen hulp bij of overname van zorg nodig, hieronder vallen initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexe taken. De cliënt is niet zijn zelfregie kwijt.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies*, betreffende concentratie, motivatie en psychosociaal welbevinden, vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig, vanwege een combinatie van fysieke en psychische moeilijkheden (zoals snel vermoeid, minder controle over armen en benen, vertraagd denkvermogen).

De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* in het algemeen overname van zorg nodig. Betreffende eten en drinken kan toezicht en stimulatie in sommige situaties voldoende zijn (de cliënt is meestal goed in staat om zelf te bepalen welke hulp nodig is en hoe hij die hulp wil krijgen).

De cliënten hebben zowel binnenshuis- als buitenshuis op het gebied van *mobiliteit* overname van zorg nodig (vaak met behulp van een rolstoel).

De cliënt heeft continu behoefte aan *verpleegkundige aandacht* (o.a. wondverzorging, pijnbestrijding).

Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake.

Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard (bijvoorbeeld depressiviteit).

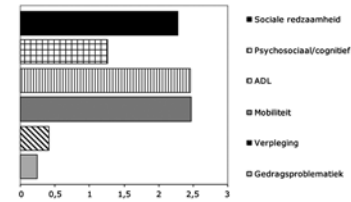
De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang maar kan ook gericht zijn op stabilisatie.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak snel.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening.

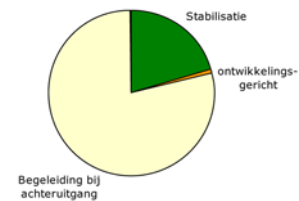
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding.

Zorgprofiel

De cliënten hebben op grond van een chronische ziekte specifieke begeleiding nodig in combinatie met zeer intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving. De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, communiceren, zelfstandig besluiten nemen, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven. Deze cliënten hebben behoefte aan een vaste structuur en hulp bij het organiseren van de dag.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht of sturing en begeleiding nodig, omdat er onder andere sprake is van beperkingen op het gebied van oriëntatie, geheugen en denken, concentratie en motivatie. Daarnaast kan extra begeleiding nodig zijn om familieleden te leren omgaan met de veranderde persoon.

De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* veel hulp nodig. Met name bij kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid en bij het wassen kan ook behoefte zijn aan overname van zorg.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobilititeit* binnenshuis veelal hulp nodig. Ten aanzien van mobiliteit buitenshuis is overname van zorg nodig (er is altijd een begeleider nodig). *Verpleging* is nodig om de chronische ziekte in de gaten te houden en eventueel passende maatregelen te nemen.

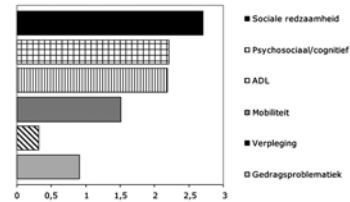
Er is bij deze cliënten vaak sprake van *gedragsproblematiek*, waardoor in die situaties vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig is. De aard van de gedragsproblematiek is divers, maar reactief gedrag met betrekking tot interactie en verbaal agressief gedrag komen in veel situaties voor. Een deel van de cliënten vertoont *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij geleidelijke achteruitgang.

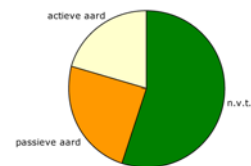
De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening of een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging.

Zorgprofiel

De cliënten hebben op grond van een ernstige somatische aandoening/ziekte behoefte aan specifieke en zeer intensieve verzorging en verpleging in combinatie met begeleiding in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Deze begeleiding komt voort uit beperkingen die de ziekte met zich meebrengt en meestal niet uit het ontbreken van zelfregie. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* overname nodig als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie en motivatie. Mede vanwege veranderingen in karakter en persoonlijkheid kunnen ook de partner en/of kinderen behoefte hebben aan begeleiding.

De cliënten hebben ten aanzien van alle aspecten van *ADL* ten gevolge van hun specifieke aandoeningen/ziektes minimaal hulp dan wel overname van zorg nodig.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit*, zowel binnenshuis als buitenshuis, behoefte aan hulp of overname.

De cliënten hebben ten gevolge van de specifieke aandoeningen/ziektes continu behoefte aan veel (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* (voorkomen van decubitus, infecties, longontsteking).

Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

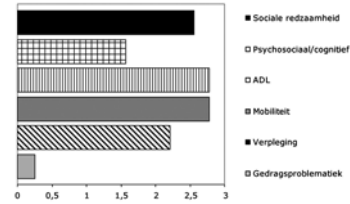
De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang van de zorgsituatie.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.

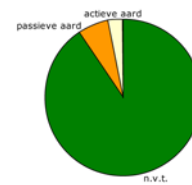
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel

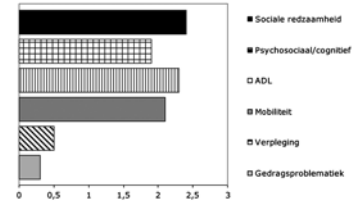


VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging.

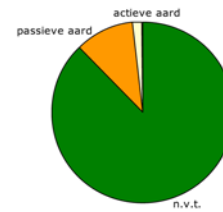
Zorgprofiel

Bij cliënten heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. Voorafgaand aan de interventie ontvingen (vrijwel) alle cliënten uit deze groep reeds behandeling in combinatie met verblijf. In aansluiting op de interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die aanvullende integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt (aanvullende) behandeling ontvangt heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, complicaties en verminderde leer- en trainbaarheid. Herstel tot het niveau van functioneren van vóór de acute aandoening wordt nagestreefd. Aanvullend op de herstelgerichte behandeling kan functionele diagnostiek noodzakelijk zijn. Deze aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het beperkingsniveau van de cliënt, het onderzoeken welke behandeldoelen haalbaar zijn en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren van de verzekerde voor zover mogelijk, voorkomen van verergering van beperkingen en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid). De cliënten hebben ten aanzien van *sociale redzaamheid* op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwerfgedrag. De cliënten hebben geen grip meer op hun eigen doen en laten. Cliënten hebben ten aanzien van de verschillende *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie, geheugen en denken. Er is vaak sprake van desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon. Ten aanzien van *ADL* hebben cliënten op alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en kleden. Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek substantieel. In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig. Meestal is geen sprake van *psychiatrische problematiek*. De cliënten kunnen soms gedragproblematiek vertonen. Dit betreft met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie. De aard van het *begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie, soms op ontwikkeling of begeleiding bij achteruitgang. Het *beperkingenbeeld* van de cliënt verandert langzaam. De cliënten hebben een tijdelijke behoefte (2-6 maanden) aan extra behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag. Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is. De *dominante grondslag* is meestal een somatische of psychogeriatrische ziekte/ aandoening.

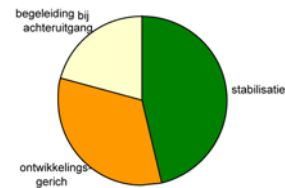
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.

Zorgprofiel

De cliënten verblijven kortdurend (doorgaans niet langer dan drie maanden) in verband met een naderend overlijden.

In verband met de terminale fase van het leven is er sprake van een intensieve zorgbehoefte ten aanzien van *psychosociale/cognitieve functies*, de *sociale redzaamheid*, de *mobiliteit* en de *ADL*. In het algemeen is sprake van noodzaak tot overname van zorg op al deze aspecten.

De mate waarin de cliënt beperkingen ondervindt op het gebied van psychosociaal welbevinden kan sterk verschillen. De begeleiding is gericht op zowel de cliënt als zijn naasten (verwerking).

Bij deze cliënten is in veel gevallen (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* aan de orde. Er is bij deze cliënten meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is begeleiding in de terminale fase van het leven.

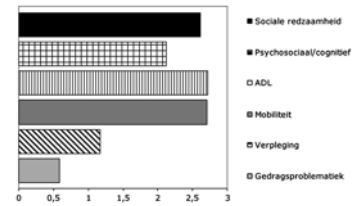
Bij deze cliënten kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert eigenlijk niet tijdens de verblijfsperiode, er blijft sprake van zeer veel stoornissen.

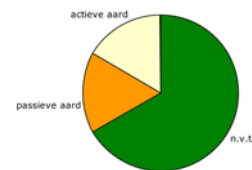
De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslagen* voor dit cliëntprofiel kunnen vaak zowel een somatische ziekte/aandoening als een psychogeriatrische ziekte/aandoening zijn.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



VG Wonen met begeleiding en verzorging.

Zorgprofiel

De volwassen cliënten functioneren sociaal beperkt zelfstandig. De cliënten wordt een veilige en vertrouwde leef- en werkwoonomgeving geboden. Het tijdsbesef is beperkt. De ondersteuning is gericht op het stimuleren van de zelfredzaamheid bij het uitvoeren van taken en op regievoering over het eigen leven. De begeleiding is gericht op het zo mogelijk deelnemen aan het maatschappelijk leven

Ten aanzien van *sociale redzaamheid* hebben de cliënten in het algemeen hulp nodig. Op het gebied van schriftelijke communicatie en besluitnemings- en oplossingsvaardigheden is soms ook overname nodig. Bij het uitvoeren van complexere taken is vrijwel altijd overname nodig. Met betrekking tot de *psychosociale/cognitieve functies* hebben de cliënten af en toe of vaak hulp, toezicht of sturing nodig. De oriëntatie met betrekking tot ruimte en personen is gelegen in de voor de cliënt bekende omgeving en personen. Met name ten aanzien van concentratie, geheugen en denken, en ten aanzien van het psychosociaal welbevinden is vaak hulp nodig. Met betrekking tot *ADL* hebben cliënten regelmatig behoefte aan toezicht en stimulatie. Bij de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid en bij het wassen kan soms behoefte zijn aan enige hulp.

Ten aanzien van *mobiliteit* is doorgaans geen hulp nodig. In de vaste vertrouwde omgeving kan de cliënt zich oriënteren. Er kan wel behoefte zijn aan toezicht of stimulatie bij het verplaatsen buitenshuis.

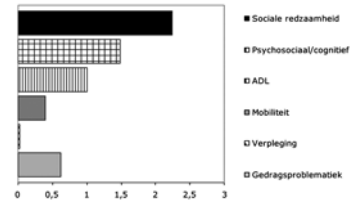
Bij deze cliënten is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

Bij deze cliënten is niet of in geringe mate sprake van *gedragsproblematiek* en *psychiatrische problematiek*.

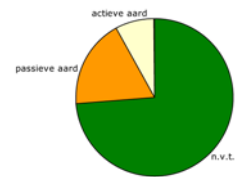
De *aard van het begeleidingsdoel* is doorgaans gericht op stabilisatie of ontwikkeling.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

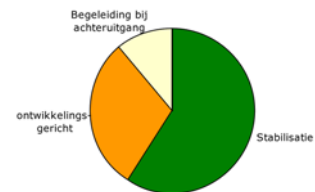
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten functioneren sociaal zeer beperkt zelfstandig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). Een belangrijk doel van de begeleiding is het bieden van een veilige en vertrouwde leef- en woonomgeving. Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met begeleiding mogelijk.

Ten aanzien van *sociale redzaamheid* hebben de cliënten veelal hulp of overname nodig.

Cliënten zijn niet in staat complexere taken zelf uit te voeren. Hetzelfde geldt voor het huishoudelijk leven, het regelen van de dagelijkse routine en het nemen van beslissingen en oplossen van problemen. De ondersteuning is zowel gericht op stimulering en ontwikkeling, als op instandhouding van de zelfredzaamheid bij het uitvoeren van taken en van de regievoering over het eigen leven.

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak hulp, toezicht of sturing nodig. De oriëntatie met betrekking tot ruimte en personen is beperkt tot de voor de cliënt bekende omgeving en personen. Het tijdsbesef is zeer beperkt.

Ten aanzien van *ADL* is in het algemeen toezicht of hulp nodig. Bij het uitvoeren van kleine verzorgingstaken is veelal overname nodig. Dit betreft de zorg voor tanden, haren, nagels en huid. Met betrekking tot het eten en drinken volstaat meestal toezicht en stimulatie.

Op het gebied van *mobilititeit* kan enige hulp nodig zijn, vooral bij het verplaatsen buitenshuis.

Ten aanzien van oriëntatie in ruimte en de fijne motoriek is toezicht en stimulatie nodig.

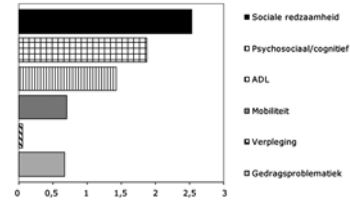
Bij deze cliënten is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

Bij deze cliënten is niet of in geringe mate sprake van *gedragsproblematiek* en *psychiatrische problematiek*.

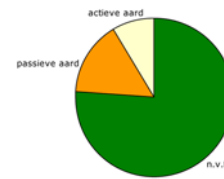
De *aard van het begeleidingsdoel* is gericht op stabilisatie of het voorkomen van achteruitgang, en waar mogelijk op ontwikkeling. Dit uit zich bijvoorbeeld in begeleiding op het gebied van welbevinden en/of participatie aan het maatschappelijk leven.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

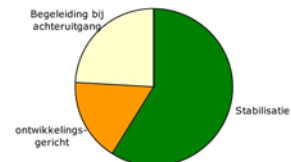
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten functioneren sociaal niet zelfstandig en zijn continu begeleidingsbehoefstig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met individuele begeleiding mogelijk. De begeleiding heeft een structuurverlenend karakter, met een duidelijke dagindeling, vaste leefregels en strikte afspraken. Daarnaast is er aandacht voor het ontwikkelen van sociale en praktische vaardigheden.

Wat betreft de *sociale redzaamheid* hebben de cliënten overname nodig bij het onderhouden van de sociale relaties, deelname aan het maatschappelijk leven, uitvoeren van taken en het regelen van de dagelijkse routine. Ten aanzien van communicatie is hulp nodig.

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak hulp, toezicht of sturing nodig. Er is sprake van gerichte begeleiding met als doel het realiseren van een vaste thuisbasis die veiligheid en geborgenheid biedt.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten hulp en regelmatig overname nodig. De begeleiding richt zich op het in stand houden van de mogelijkheden van de cliënt. Bij het eten en drinken is hulp en stimulatie vaak voldoende.

Op het gebied van *mobilititeit* kan hulp nodig zijn, vooral bij het verplaatsen buitenshuis. Bij de oriëntatie in ruimte, tijd, plaats en personen is overname van zorg nodig.

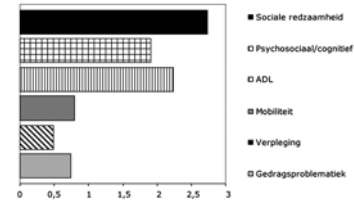
Bij deze cliënten kan sprake zijn van specifiek *verpleegkundig handelen* in verband met diverse aandoeningen.

Bij deze cliënten kan in geringe mate sprake zijn van *gedragsproblematiek* en *psychiatrische problematiek*. Hiervoor is gerichte begeleiding noodzakelijk. De begeleiding richt zich met name op het voorkomen van dwangmatig of manipulatief gedrag.

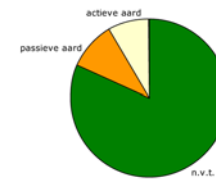
De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie of het voorkomen van achteruitgang, en waar mogelijk op ontwikkeling.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

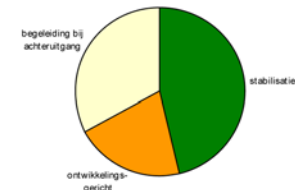
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering.

Zorgprofiel

De cliënten functioneren sociaal (zeer) beperkt zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoef-
tig, vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis) gecombineerd met gedragsproblema-
tiek en/of psychiatrische problematiek. De begeleiding is vaak individueel en structuurbiedend,
gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek en op veiligheid. Er worden grenzen
gesteld door anderen. Er is sprake van een voorspelbare invulling van de dag en van vaste
leefregels. Veiligheidsrisico's voor de begeleiders zijn beperkt.

Op het gebied van *sociale redzaamheid* hebben de cliënten ten aanzien van de meeste aspecten
hulp of overname van taken nodig. Met name bij het uitvoeren van complexere taken, het
regelen van de dagelijkse routine en het huishoudelijk leven is vanwege gedragsproblematiek
overname van taken nodig.

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak hulp, toezicht of
sturing nodig. Met name op het gebied van concentratie, geheugen en denken kan zelfs sprake
zijn van continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing.

De cliënt kan *ADL* veelal zelf uitvoeren, maar iemand anders moet wel toezien of stimuleren of
soms helpen.

Ten aanzien van *mobiliteit* is doorgaans geen hulp nodig, soms wel toezicht en stimulatie bij het
verplaatsen buitenshuis.

Bij deze cliënten is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

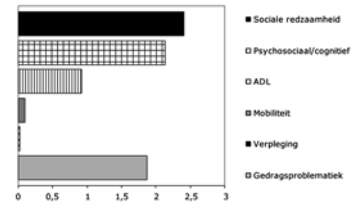
Er is sprake van structurele, vaak cumulatieve *gedragsproblematiek*. De cliënten hebben
hierdoor vaak of continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. De cliënten vragen van hun
omgeving continu grote alertheid vanwege manipulatief, dwangmatig, ontremd en reactief
gedrag.

Er komt regelmatig *psychiatrische problematiek* voor bij deze cliënten. Dit kan zowel actief als
passief of wisselend van aard zijn.

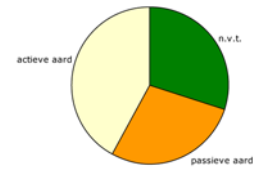
De *aard van het begeleidingsdoel* is doorgaans gericht op stabilisatie of ontwikkeling.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functie-
stoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering.

Zorgprofiel

Clënten zijn sterk gedragsgestoord en licht of ernstig verstandelijk gehandicapt (SGLVG respectievelijk SGEVG).

Beide cliëntgroepen functioneren sociaal beperkt of nauwelijks zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoefstig, vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis) gecombineerd met gedrags- en/of psychiatrische problematiek. De cliënten hebben permanent structuur, veiligheid en bescherming nodig. De begeleiding is vaak individueel en structuurbiedend, waarbij de nadruk ligt op voorspelbaarheid van de invulling van de dag en vaste leefregels. Voor de doelgroep SGLVG heeft de begeleiding meer het karakter van hulp, in tegenstelling tot de doelgroep SGEVG waar de nadruk meer op overname ligt en met name de ADL-zorg meer nadrukkelijk aanwezig is. Wat betreft tijdbesteding komen deze twee groepen met elkaar overeen, waardoor tot uitdrukking wordt gebracht dat toezien en helpen voor de doelgroep SGLVG tijdsintensiever is dan overname van taken.

Er is sprake van risicovol gedrag, maatschappelijk probleemgedrag en cliënten zijn vaak zelf niet gemotiveerd voor behandeling. In verband met veiligheidsrisico's zijn doorgaans meerdere begeleiders tegelijkertijd aanwezig.

Wat betreft *sociale redzaamheid* hebben cliënten hulp of overname van taken nodig, mede vanwege een combinatie van op elkaar ingrijpende problematiek (denk aan een verstandelijke handicap gepaard gaande met lichamelijke handicap(s) en/of psychogeriatrische problematiek etc.). Deelname aan het sociale leven is alleen mogelijk met individuele begeleiding.

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig. Met name op het vlak van concentratie, geheugen en denken kunnen cliënten continu behoefte hebben aan hulp, toezicht of sturing.

De doelgroep SGLVG-clënten kunnen *ADL* veelal zelf uitvoeren, maar hebben vaak wel behoefte aan toezicht en stimulatie. Ten aanzien van *mobilititeit* is doorgaans geen hulp nodig, soms is wel toezicht en stimulatie nodig bij het verplaatsen buitenshuis.

De doelgroep SGEVG-clënten hebben ten aanzien van *ADL* wel regelmatig hulp nodig, met name bij de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huis, het wassen en het eten en drinken. Het kan voorkomen dat er twee verzorgenden/begeleiders nodig zijn. Ten aanzien van de *mobilititeit* kunnen zij ook hulp nodig hebben. Deze kan in intensiteit wisselend zijn. Met name bij oriëntatie in ruimte en het verplaatsen buitenshuis is hulp nodig. Cliënten kunnen door lichamelijke problematiek afhankelijk zijn van een elektrische rolstoel, ingewikkelde transfers, omgevingsbesturing en hulpmiddelen. Er kan sprake zijn van *verpleegkundige aandacht*.

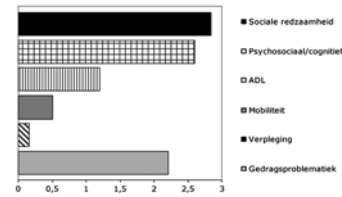
Deze cliënten kennen verschillende vormen van extreme *gedragsproblematiek*. Dit kan zich op allerlei wijze uiten, bijvoorbeeld verbaal agressief, lichamelijk agressief, destructief, manipulatief, dwangmatig, ongecontroleerd en reactief gedrag. Hierbij is continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. Daarbij is zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag eveneens te verwachten. De cliënten vragen van hun omgeving continu grote alertheid. Het corrigeren van gedrag is zeer moeilijk doordat cliënten niet of moeilijk (met gangbare middelen) beïnvloedbaar zijn. Cliënten hebben geen of weinig inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen en een zeer beperkt leervermogen. Ze kunnen frequent en onvoorspelbaar fors gewelddadig reageren.

Kenmerkend voor deze doelgroepen is dat er doorgaans sprake is van een CEP-score van 3 of hoger en de aanwezigheid van een Bijzonder Zorgplan CCE. Er komt regelmatig *psychiatrische problematiek* voor bij deze cliënten. Deze kan actief, passief of wisselend van aard zijn.

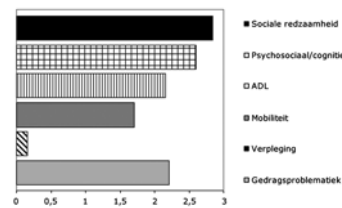
De *aard van het begeleidingsdoel* is meestal gericht op stabilisatie of op ontwikkeling. Dit uit zich in het reguleren van de gedragsproblematiek en het bieden van structuur en veiligheid.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

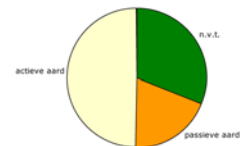
Gemiddelde scores beperkingen SGLVG



Gemiddelde scores beperkingen SGEVG



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging.

Zorgprofiel

De cliënten functioneren sociaal niet zelfstandig en zijn continu begeleidingsbehoefstig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). De cliënten hebben daarnaast lichamelijke beperkingen waarvoor volledige verzorging en soms verpleging noodzakelijk is. Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met individuele begeleiding mogelijk. De begeleiding heeft een structuurverlenend karakter, met een duidelijke dagindeling.

Wat betreft de *sociale redzaamheid* is overname van zorg nodig. Dit heeft betrekking op het onderhouden van de sociale relaties, deelname aan het maatschappelijk leven, communicatie, uitvoeren van taken en het regelen van de dagelijkse routine. De cliënten zijn niet in staat om taken zelfstandig uit te voeren, mede vanwege een combinatie van op elkaar ingrijpende problematiek (denk aan een verstandelijke handicap die gepaard gaat met lichamelijke handicaps).

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* is overname en soms hulp nodig. Er is sprake van gerichte begeleiding met als doel het realiseren van een vaste thuisbasis die veiligheid en geborgenheid biedt.

Ten aanzien van *ADL* is overname van zorg nodig. Bij sommige cliënten is inzet van twee verzorgenden/begeleiders nodig om de zorg uit te voeren.

Ten aanzien van *mobiliteit* is overname noodzakelijk. Cliënten zijn niet mobiel. Zowel binnen als buitenshuis zijn cliënten volledig afhankelijk van een (elektrische) rolstoel, omgevingsbesturing en hulpmiddelen. Bij het maken van transfers is overname van zorg (met hulpmiddelen) nodig. Bij de oriëntatie is overname van zorg nodig.

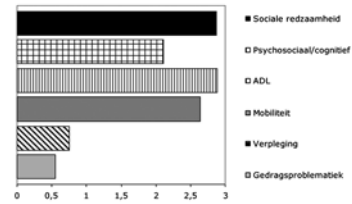
Bij deze cliënten is regelmatig sprake van specifiek *verpleegkundig handelen* in verband met diverse aandoeningen.

Bij deze cliënten is geen of in geringe mate sprake van *gedragsproblematiek* en *psychiatrische problematiek*.

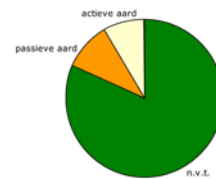
De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie of begeleiding bij (geleidelijke) achteruitgang.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



LVG Wonen met enige behandeling en begeleiding.

Zorgprofiel

De volwassen cliënten verblijven gedurende een afgebakende periode in een omgeving waar huisvesting, huishoudelijke ondersteuning en begeleiding met een behandelend karakter wordt geboden. Er is sprake van een duidelijk omschreven behandelklimaat. Cliënten worden behandeld aan de hand van een voor de cliënt vastgesteld behandelplan. Zij worden voorbereid op een zo zelfstandig mogelijk leven/ wonen. Door de instelling wordt regelmatig contact onderhouden met de ouders/thuissituatie, eventueel de school van cliënt en met andere externe betrokkenen zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk.

Wat betreft *sociale redzaamheid* hebben de cliënten behoefte aan toezicht en stimulatie. Ten aanzien van complexe taken en op het gebied van besluitnemings- en oplossingsvaardigheden hebben cliënten hulp nodig.

Ten aanzien van het *psychosociaal/cognitief functioneren* hebben cliënten af en toe hulp, toezicht of sturing nodig. Op het gebied van geheugen en denken, concentratie en psychosociaal welbevinden kan vaker hulp, toezicht of sturing nodig zijn.

De cliënt kan *ADL* zelf uitvoeren, er is hooguit toezicht en stimulatie noodzakelijk.

Ten aanzien van *mobiliteit* is doorgaans geen sprake van beperkingen.

Er is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

Er is sprake van *gedragsproblematiek* in een fase waarin deze hanteerbaar is geworden. Ten aanzien van de gedragsproblematiek is enige sturing, regulering en toezicht nodig. Dit is met name aan de orde op het gebied van manipulatief gedrag en reactief gedrag met betrekking tot interactie.

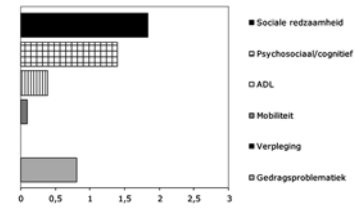
Er kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek, op ontwikkeling en waar mogelijk op vermaatschappelijking. De cliënt heeft een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als ongeplande tijden en is cognitief in staat 'even te wachten' op de zorg zonder dat er direct problemen ontstaan.

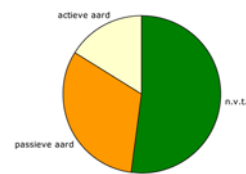
Het profiel is doorgaans van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Jeugdwet aangevangen integrale behandeltraject nog niet is afgerond met ingang van het 18^e levensjaar.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis) met de verbijzondering dat de beperkte sociale redzaamheid in verband met een licht verstandelijke beperking een integrale behandeling noodzakelijk maakt.

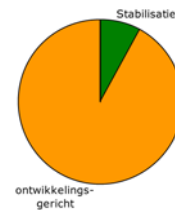
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



LVG Wonen met behandeling en begeleiding.

Zorgprofiel

De volwassen cliënten verblijven gedurende een afgebakende periode in een omgeving waar huisvesting, huishoudelijke ondersteuning en begeleiding met een behandelend karakter wordt geboden. Er is sprake van een duidelijk omschreven behandelklimaat, dat zich uit kan strekken tot alle leefklimaten. Cliënten worden behandeld aan de hand van een voor de cliënt vastgesteld behandelplan dat zich richt op het leren van sociale vaardigheden, het aanleren van praktische vaardigheden, het verbeteren van de vrijetijdsbesteding, het ontwikkelen en aanleren van emotionele vaardigheden, versterken van motorische ontwikkeling, versterking van autonomie, verbetering van het sociale netwerk en seksuele opvoeding. Door de instelling wordt regelmatig contact onderhouden met de ouders/ thuissituatie, eventueel de school van cliënt en met andere externe betrokkenen zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk.

Op het gebied van *sociale redzaamheid* hebben de cliënten vaak hulp en soms overname nodig, zij kunnen taken vaak niet zelf uitvoeren. Het gaat dan met name om het uitvoeren van complexere taken, het regelen van de dagelijkse routine en taken die besluitnemings- en oplossingsvaardigheden vereisen.

Ten aanzien van het *psychosociaal/cognitief functioneren* hebben cliënten af en toe tot vaak hulp, toezicht of sturing nodig.

De *ADL* kan de cliënt in principe zelf uitvoeren, maar er is wel regelmatig behoefte aan toezicht en stimulatie, met name bij de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid en bij het wassen, eten en drinken.

Ten aanzien van *mobiliteit* is er doorgaans geen sprake van beperkingen.

Er is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

Er is sprake van *gedragsproblematiek*. De cliënt heeft hierbij veel sturing, regulering en toezicht nodig. Er is met name sprake van verbaal agressief gedrag, manipulatief gedrag, ongecontroleerd, ontremd gedrag en reactief gedrag met betrekking tot interactie.

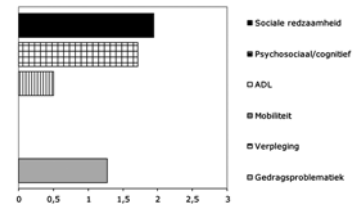
Bijkomende *psychiatrische problematiek* komt regelmatig voor.

De *aard van het begeleidingsdoel* is gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek, op ontwikkeling en waar mogelijk op vermaatschappelijking. De cliënt heeft een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als ongeplande tijden.

Het profiel is doorgaans van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Jeugdwet aangevallen integrale behandeltraject nog niet is afgerond met ingang van het 18^e levensjaar.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis) met de verbijszondering dat de beperkte sociale redzaamheid in verband met een licht verstandelijke beperking een integrale behandeling noodzakelijk maakt.

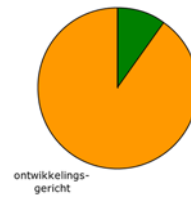
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep.

Zorgprofiel

De volwassen cliënten verblijven gedurende een afgebakende periode in een omgeving waar huisvesting, huishoudelijke ondersteuning en begeleiding met een behandelend karakter wordt geboden. Er is sprake van een duidelijk omschreven behandelklimaat, dat zich uitstrekt tot alle leefsfieren. Cliënten worden behandeld aan de hand van een voor de cliënt vastgesteld behandelplan dat zich richt op het leren van sociale vaardigheden, het aanleren van praktische vaardigheden, het verbeteren van vrijetijdsbesteding, het ontwikkelen en aanleren van emotionele vaardigheden, versterken van motorische ontwikkeling, versterking van autonomie, verbetering van het sociale netwerk en seksuele opvoeding. In verband met specifieke problematiek is verblijf binnen een kleine overzichtelijke groep en intensieve betrokkenheid vereist. Door de instelling wordt regelmatig contact onderhouden met de ouders/ thuissituatie, eventueel de school van cliënt en met andere externe betrokkenen zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk.

Op het gebied van *sociale redzaamheid* hebben de cliënten veel hulp nodig. Zij kunnen taken vaak met veel moeite zelf uitvoeren en hebben daarbij veel hulp of zelfs overname nodig.

Ook ten aanzien van het *psychosociaal/cognitief functioneren* hebben de cliënten vaak hulp, toezicht of sturing nodig.

De *ADL* kan de cliënt in principe zelf uitvoeren, maar ten aanzien van vrijwel alle aspecten is veel toezicht en stimulatie nodig.

Ten aanzien van *mobiliteit* is er doorgaans geen sprake van beperkingen.

Er is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

Er is sprake van ernstige *gedragsproblematiek*. De cliënt heeft continu sturing, regulering, behandeling, ondersteuning en toezicht nodig. Er is met name sprake van verbaal agressief gedrag, manipulatief gedrag, ongecontroleerd, ontremd gedrag, reactief gedrag met betrekking tot interactie, zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag, angsten en psychosomatiek.

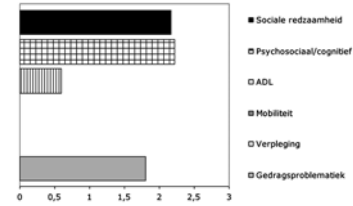
Bijkomende *psychiatrische problematiek* komt regelmatig voor.

De *aard van het begeleidingsdoel* is gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek, op ontwikkeling en waar mogelijk op vermaatschappelijking. De cliënt heeft een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als ongeplande tijden.

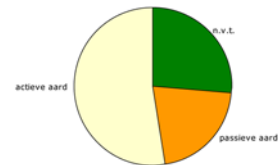
Het profiel is onder andere van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Jeugdwet aangevallen integrale behandeltraject nog niet is afgerond met ingang van het 18^e levensjaar.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis) met de verbijzondering dat de beperkte sociale redzaamheid en ernstige gedragsproblematiek in verband met een licht verstandelijke beperking een integrale behandeling noodzakelijk maakt.

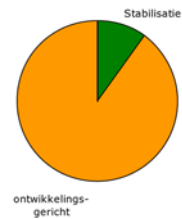
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding.

Zorgprofiel

De volwassen cliënten verblijven gedurende een afgebakende periode in een omgeving waar alle leefsfieren, te weten het wonen, school en/of dagbesteding en de vrije tijd op elkaar zijn afgestemd en waar vanuit de voorziening ondersteuning in de andere leefsfieren plaatsvindt. Tevens wordt huishoudelijke ondersteuning geboden. Er is sprake van een duidelijk omschreven behandelklimaat, waarin permanente beveiliging mogelijk is en de bewegingsruimte enige tijd beperkt kan worden. Cliënten worden behandeld aan de hand van een voor de cliënt vastgesteld behandelplan dat zich richt op het leren van sociale vaardigheden, het aanleren van praktische vaardigheden, het verbeteren van de vrijetijdsbesteding, het ontwikkelen en aanleren van emotionele vaardigheden, versterken van motorische ontwikkeling, versterking van autonomie, verbetering van het sociale netwerk en seksuele opvoeding. In verband met specifieke problematiek is verblijf binnen een kleine overzichtelijke groep en intensieve betrokkenheid vereist. Door de instelling wordt regelmatig contact onderhouden met de ouders/thuissituatie en met andere externe betrokkenen zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk.

Wat betreft de *sociale redzaamheid* is veelal hulp nodig. Met name bij het aangaan van sociale relaties, deelname aan het maatschappelijk leven, het regelen van de dagelijkse routine en het uitvoeren van complexere taken is vaak continu hulp of overname nodig. Ten aanzien van het *psychosociaal/cognitief functioneren* hebben de cliënten vaak hulp, toezicht of sturing nodig. Bij het uitvoeren van *ADL* heeft de cliënt continu toezicht en stimulatie nodig en soms (gedeeltelijke) overname, vooral bij de kleine verzorgingstaken en het wassen. Tevens is toezicht nodig met betrekking tot het voldoende en gezond eten en drinken. Ten aanzien van *mobiliteit* zijn er doorgaans geen beperkingen.

Er is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

Er is sprake van zeer ernstige *gedragsproblematiek*. De cliënt heeft continu sturing, regulering, behandeling, ondersteuning en toezicht nodig. Er is met name sprake van verbaal agressief gedrag, destructief gedrag, manipulatief gedrag, ongecontroleerd, ontremd gedrag, reactief gedrag met betrekking tot interactie en zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag. Ook grensoverschrijdend seksueel gedrag kan voorkomen. De cliënt heeft een sterke neiging zich aan begeleiding te onttrekken en/of een gevaar voor zichzelf of de omgeving te vormen.

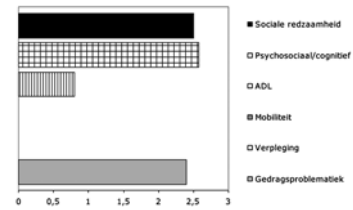
Bijkomende *psychiatrische problematiek* komt regelmatig voor.

De *aard van het begeleidingdoel* is gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek, op ontwikkeling en waar mogelijk op vermaatschappelijking. De cliënt heeft een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als ongeplande tijden.

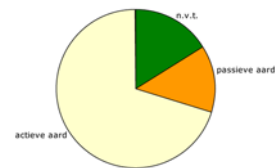
Het profiel is onder andere van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Jeugdwet aangevangen integrale behandeltraject nog niet is afgerond met ingang van het 18^e levensjaar.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis) met de verbijzondering dat de beperkte sociale redzaamheid en ernstige gedragsproblematiek in verband met een licht verstandelijke beperking een integrale behandeling noodzakelijk maakt.

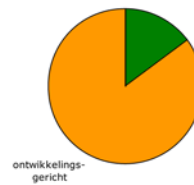
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingdoel

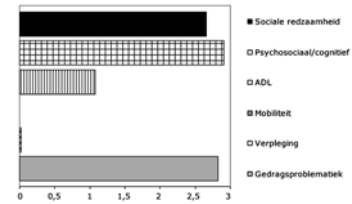


LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding.

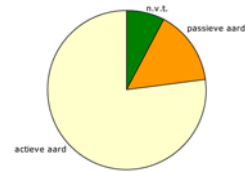
Zorgprofiel

De volwassen cliënten verblijven gedurende een afgebakende periode in een besloten omgeving, waar alle leefsfere, te weten het wonen, school en/of dagbesteding en de vrije tijd op elkaar zijn afgestemd en waar vanuit de voorziening ondersteuning in de andere leefsfere plaatsvindt. Er is sprake van een duidelijk omschreven behandelklimaat, waarin permanente beveiliging aanwezig is. Cliënten worden behandeld aan de hand van een voor de cliënt vastgesteld behandelplan dat zich richt op het leren van sociale vaardigheden, het aanleren van praktische vaardigheden, het verbeteren van de vrijetijdsbesteding, het ontwikkelen en aanleren van emotionele vaardigheden, versterken van motorische ontwikkeling, versterking van autonomie, verbetering van het sociale netwerk en seksuele opvoeding. In verband met specifieke problematiek is verblijf binnen een kleine overzichtelijke groep en intensieve betrokkenheid vereist in een besloten omgeving. Een fysiek beschermende omgeving is mede noodzakelijk door voortdurend dreigende conflicten met de omgeving. Door de instelling wordt regelmatig contact onderhouden met de ouders/thuissituatie en met andere externe betrokkenen zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk. Met betrekking tot *sociale redzaamheid* hebben cliënten vrijwel altijd hulp of overname nodig is. Ten aanzien van het *psychosociaal/cognitief functioneren* hebben de cliënten vaak hulp, toezicht of sturing nodig. Bij het uitvoeren van *ADL* heeft de cliënt continu toezicht en stimulatie nodig en soms hulp, vooral bij de kleine verzorgingstaken en het wassen. Tevens is toezicht nodig met betrekking tot het voldoende en gezond eten en drinken. Ten aanzien van *mobilititeit* zijn doorgaans geen beperkingen. Bij het verplaatsen buitenshuis en op het gebied van oriëntatie, kan wel toezicht en stimulatie nodig zijn. Er is doorgaans geen sprake van *verpleging*. Er is sprake van zeer ernstige *gedragsproblematiek*. Er is met name sprake van verbaal agressief gedrag, destructief gedrag, manipulatief gedrag, ongecontroleerd, ontremd gedrag, reactief gedrag met betrekking tot interactie. Ook grensoverschrijdend seksueel gedrag kan voorkomen. De cliënt heeft continu sturing, regulering, behandeling, ondersteuning en toezicht nodig. De mate van toezicht is zeer intensief. De deur van de verblijfsruimte is gesloten. Verblijf buiten de besloten verblijfsruimte is beperkt en als dit plaatsvindt, gaat de cliënt niet zonder direct toezicht naar buiten. Bijkomende *psychiatrische problematiek* komt regelmatig voor. De *aard van het begeleidingsdoel* is gericht op het reguleren van de gedragsproblematiek, op ontwikkeling en waar mogelijk op vermaatschappelijking. De cliënt heeft een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als ongeplande tijden. Het profiel is onder andere van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Jeugdwet aangevangen integrale behandeltraject nog niet is afgerond met ingang van het 18^e levensjaar. De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis) met de verbijzondering dat de beperkte sociale redzaamheid en ernstige gedragsproblematiek in verband met een licht verstandelijke beperking een integrale behandeling noodzakelijk maakt.

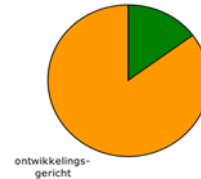
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum.

Zorgprofiel

Het verblijf van de volwassen cliënten op de SGLVG behandelafdeling wordt gekenmerkt door een drie leefsfere situatie (een geïntegreerd aanbod van wonen, school/werk en vrije tijd) en een therapeutisch milieu. De begeleiding en behandeling is multidisciplinair en integraal: alle betrokkenen werken volgens het behandelplan van de cliënt. De dagelijkse begeleiding omvat onderzoek en observatie in de dagelijkse situatie, individuele begeleidingsgesprekken/therapieën en in de behandelphase tevens praktijkgerichte vorming.

Ten aanzien van *sociale redzaamheid*, zowel het aangaan en onderhouden van relaties en contacten als deelname aan het maatschappelijk leven, het inperken van gevaar en de dagelijkse routine hebben cliënten continu hulp of overname nodig. Cliënten hebben moeite met het zelfstandig nemen van besluiten, het inschatten van de gevolgen en het oplossen van problemen. Cliënten kunnen eenvoudige taken gedeeltelijk zelf initiëren en uitvoeren, maar hier is wel toezicht en stimulatie bij nodig, soms moet gedeeltelijk worden overgenomen. Ook bij de dagelijkse routine, structuur aanbrengen in de dagindeling en het huishoudelijk leven is toezicht, stimulatie en gedeeltelijke overname nodig.

Met betrekking tot de *psychosociale/cognitieve functies* hebben cliënten continu hulp, toezicht of sturing nodig.

Cliënten kunnen de verschillende aspecten van *ADL* in principe zelf uitvoeren, maar hebben hier wel toezicht en stimulatie of soms hulp bij nodig.

Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten doorgaans geen beperkingen. Bij het verplaatsen buitenshuis en met betrekking tot oriëntatie is wel vaak toezicht of stimulatie nodig.

Er is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

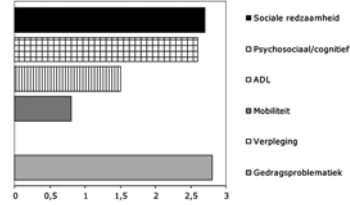
Er is sprake van ernstige, complexe *gedragsproblematiek*. De cliënt heeft hierbij continu toezicht, sturing of hulp nodig.

Er is vaak sprake van *psychiatrische problematiek*, die in veel gevallen actief van aard is.

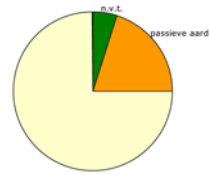
De *aard van het begeleidingsdoel* is gericht op stabilisatie en ontwikkeling.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis) met de verbijzondering dat de beperkte sociale redzaamheid en ernstige gedragsproblematiek in verband met een licht verstandelijke beperking een integrale behandeling noodzakelijk maakt.

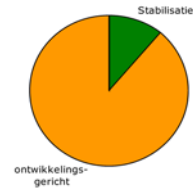
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





LG Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015).

Zorgprofiel

Cliënten zijn licht lichamelijk gehandicapt, functioneren sociaal grotendeels zelfstandig binnen een bepaalde structuur en hebben een goed besef van tijd, plaats en persoon.

De cliënten kunnen grotendeels zelf de regie voeren over hun eigen leven, zij hebben daarbij ten aanzien van de *sociale redzaamheid* toezicht of stimulatie nodig. Dit kan met name het geval zijn bij besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het uitvoeren van complexe taken.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* af en toe hulp, toezicht of sturing nodig. Dit kan met name het geval zijn ten aanzien van concentratie, geheugen en denken, prikkelgevoeligheid en het psychosociaal welbevinden van de cliënten. De cliënten kunnen *ADL* zelf uitvoeren, er is hooguit af en toe toezicht of stimulatie nodig, bijvoorbeeld bij het wassen en aan- en uitkleden.

Ten aanzien van de *mobiliteit* zijn de cliënten vrijwel volledig zelfstandig, er kan af en toe toezicht of stimulatie nodig zijn.

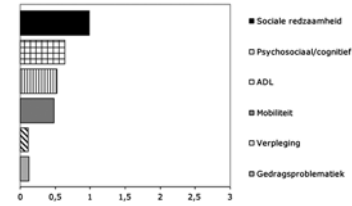
Er is doorgaans geen of in geringe mate sprake van *verpleging*.

Er is meestal geen sprake van *gedrags- of psychiatrische problematiek*.

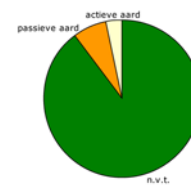
De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie of ontwikkeling.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



LG Wonen met begeleiding en enige verzorging.

Zorgprofiel

Cliënten zijn matig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal beperkt zelfstandig binnen een afgesproken vaste structuur. Cliënten worden op een eenduidige manier benaderd. De cliënten kunnen niet zelfstandig de regie voeren over hun eigen leven en hebben daardoor ten aanzien van de *sociale redzaamheid* dagelijks behoefte aan hulp. Dit is met name het geval bij het onderhouden en aangaan van sociale contacten, besluitnemings- en oplossingsvaardigheden, eenvoudige taken en het huishoudelijk leven. Bij het uitvoeren van complexe taken is soms overname nodig.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* begeleiding nodig in de vorm van hulp, toezicht of sturing. De intensiteit kan veranderlijk zijn. Met name op het vlak van concentratie, geheugen en denken, informatieverwerking, perceptie van zichzelf en bij prikkelgevoeligheid is dit vaak aan de orde.

De cliënten kunnen veel *ADL* grotendeels zelf uitvoeren, maar er is wel behoefte aan toezicht en stimulatie bij bijvoorbeeld de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid en bij het eten en drinken. Bij het wassen en aankleden kan hulp nodig zijn. Ten aanzien van de *mobiliteit* kan de cliënt zich voor een groot deel zelf redden, er is wel af en toe toezicht of stimulatie nodig. Dit betreft met name het verplaatsen buitenshuis.

Af en toe kan *verpleegkundige aandacht* nodig zijn.

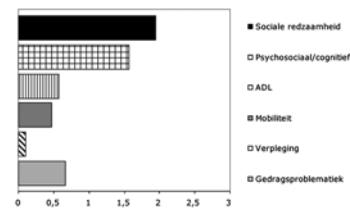
Er kan sprake zijn van *gedragsproblematiek*, de cliënt kan met name door manipulatief, dwangmatig, ontremd en reactief gedrag af en toe hulp, toezicht en sturing nodig hebben.

Bij deze cliënten kan soms *psychiatrische problematiek* voorkomen, actief dan wel passief van aard.

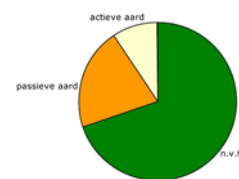
De *aard van het begeleidingsdoel* is gericht op stabilisatie en ontwikkeling.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



LG Wonen met enige begeleiding en verzorging (2015).

Zorgprofiel

Clënten zijn ernstig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal grotendeels zelfstandig binnen een bepaalde structuur.

Clënten kunnen voor een groot deel zelf de regie voeren over hun eigen leven. Zij hebben hierbij ten aanzien van de *sociale redzaamheid* toezicht of stimulatie nodig. Echter bij de uitvoering van complexe taken en met betrekking tot het huishoudelijk leven kan behoefte bestaan aan hulp.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* af en toe hulp, toezicht of sturing nodig. Dit kan met name het geval zijn bij informatieverwerking, perceptie van zichzelf en psychosociaal welbevinden van de cliënten. Cliënten hebben een goed besef van tijd, plaats en persoon.

De cliënten kunnen een aantal aspecten van *ADL* niet of met veel moeite zelf uitvoeren, er is veelal sprake van behoefte aan hulp bij het wassen, kleden en de toiletgang. Bij andere ADL-taken is meer sprake van toezicht of stimulatie.

Ten aanzien van de *mobiliteit* hebben cliënten behoefte aan toezicht of stimulatie. Er kan wel vaak hulp, toezicht of stimulatie nodig zijn bij transfers en het voortbewegen binnenshuis. Het kan voorkomen dat hierbij hulpmiddelen nodig zijn. Met betrekking tot de motoriek kan af en toe behoefte zijn aan hulp, toezicht of sturing.

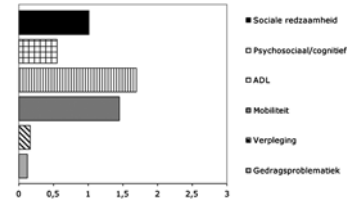
Af en toe kan *verpleegkundige aandacht* nodig zijn.

Er is meestal geen sprake van *gedrags- of psychiatrische problematiek*.

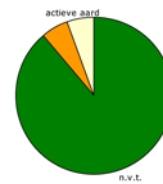
De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie, soms op ontwikkeling of begeleiding bij achteruitgang. De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis).

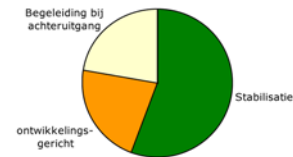
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



LG Wonen met begeleiding en verzorging.

Zorgprofiel

Clënten zijn ernstig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal beperkt zelfstandig binnen een afgesproken vaste structuur. Zij worden op een eenduidige manier benaderd. De cliënten kunnen niet zelfstandig de regie over hun eigen leven voeren en hebben daardoor ten aanzien van de *sociale redzaamheid* vaak hulp of overname van taken nodig. Bijvoorbeeld bij deelname aan het maatschappelijk leven, het voeren van een huishouden, dagelijkse routine, het uitvoeren van eenvoudige taken en ten aanzien van besluitnemings- en oplossingsvaardigheden. Bij het uitvoeren van complexe taken is vaak volledige overname van taken nodig.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve* functies begeleiding nodig in de vorm van hulp, toezicht of sturing. De intensiteit kan veranderlijk zijn. Met name op het vlak van concentratie, geheugen en denken, informatieverwerking, perceptie van zichzelf en bij prikkelgevoeligheid is vaak hulp, toezicht of sturing nodig van begeleiders.

De cliënten hebben ten aanzien van alle aspecten van *ADL* ten minste toezicht of stimulatie nodig, maar vaak ook hulp. Bijvoorbeeld bij de kleine verzorgingstaken, het wassen en aankleden, het in en uit bed gaan en de toiletgang.

Ten aanzien van de *mobiliteit* is altijd ten minste toezicht of stimulatie maar vaak ook hulp nodig. Cliënten hebben hulp nodig bij het maken van transfers, het voortbewegen binnenshuis en het verplaatsen buitenshuis. Voor verplaatsing en transfers zijn doorgaans hulpmiddelen nodig.

Regelmatig is *verpleegkundige aandacht* vereist.

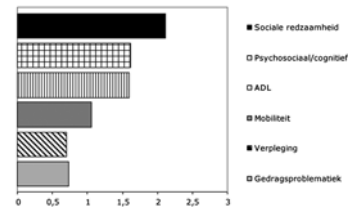
Er kan sprake zijn van *gedragsproblematiek*, de cliënt kan met name door manipulatief, dwangmatig, ontremd en reactief gedrag af en toe hulp, toezicht en sturing nodig hebben. Bij deze cliënten kan soms ook sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, actief dan wel passief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie, soms op ontwikkeling of begeleiding bij achteruitgang.

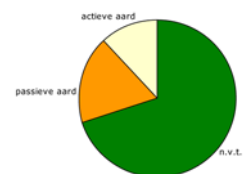
Het beperkingenbeeld van de cliënt verandert langzaam of soms ook niet. De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging.

Zorgprofiel

Cliënten zijn zeer ernstig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal grotendeels zelfstandig binnen een bepaalde structuur.

De cliënten kunnen redelijk zelf de regie over hun eigen leven voeren, maar hebben hierbij wel toezicht of stimulatie nodig, en in enkele gevallen hulp ten aanzien van de *sociale redzaamheid*. Dit is vooral het geval bij het uitvoeren van complexe taken en praktische zaken in het huishoudelijk leven.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve* functies af en toe hulp, toezicht of sturing nodig. Dit kan met name het geval zijn bij geheugen en denken, informatie-verwerking en bij het psychosociaal welbevinden van de cliënten. Cliënten hebben een goed besef van tijd, plaats en persoon.

De cliënt is volledig *ADL* afhankelijk, er is hulp of overname van taken nodig. Het kan voorkomen dat er regelmatig twee verzorgenden nodig zijn om deze zorg van de cliënt over te nemen.

Ten aanzien van de *mobiliteit* hebben de cliënten hulp en soms overname nodig. De cliënt kan afhankelijk zijn van een elektrische rolstoel, ingewikkelde transfers, omgevingsbesturing en hulpmiddelen. Ten aanzien van de motoriek is vaak hulp, toezicht of sturing nodig.

Er is regelmatig tot vaak *verpleegkundige aandacht* vereist. Dit kan ook gespecialiseerd verpleegkundig handelen omvatten, waarbij sprake kan zijn van de directe beschikbaarheid van een verpleegkundige.

Er is meestal geen sprake van *gedrags- of psychiatrische problematiek*.

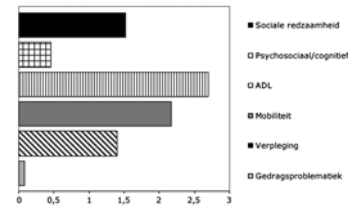
De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie of (geleidelijke) achteruitgang.

De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

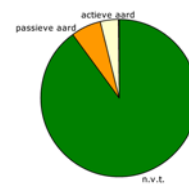
Eventuele behandeling is gericht op complicaties en preventie hiervan.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging.

Zorgprofiel

Clënten zijn zeer ernstig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal beperkt zelfstandig binnen een afgesproken vaste structuur. Zij worden op een eenduidige manier benaderd. De cliënten zijn zelf niet in staat regie te voeren over hun eigen leven. Zij hebben ten aanzien van de *sociale redzaamheid* hulp of soms overname van taken nodig. Overname komt met name voor met betrekking tot deelname aan het maatschappelijk leven, het nemen van beslissingen en het uitvoeren van eenvoudige en complexe taken.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve* functies af en toe tot vaak hulp, toezicht of sturing nodig. Dit is met name vaker nodig bij geheugen en denken, concentratie, perceptie van zichzelf en prikkelgevoeligheid van de cliënten.

De cliënt is volledig *ADL* afhankelijk, er is hulp of overname van taken nodig. Het kan voorkomen dat regelmatig twee verzorgenden deze zorg van de cliënt moeten overnemen. Ten aanzien van de *mobiliteit* is hulp en overname nodig, zowel bij het voortbewegen binnenshuis als buitenshuis. Ten aanzien van de motoriek is vaak hulp, toezicht of sturing nodig.

Er is regelmatig tot vaak *verpleegkundige aandacht* vereist. Dit kan ook gespecialiseerd verpleegkundig handelen omvatten, waarbij sprake kan zijn van de directe beschikbaarheid van een verpleegkundige.

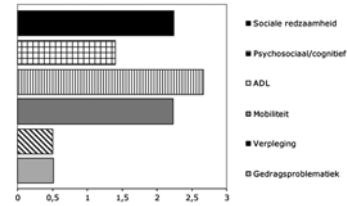
Er kan sprake zijn van *gedragsproblematiek*, de cliënt kan met name door manipulatief, dwangmatig en reactief gedrag af en toe hulp, toezicht en sturing nodig hebben. Bij deze cliënten is soms ook sprake van *psychiatrische problematiek*, actief dan wel passief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie of (geleidelijke) achteruitgang. De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

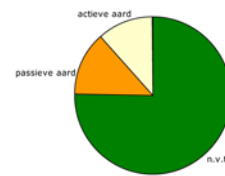
Eventuele behandeling is gericht op complicaties en preventie hiervan.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging.

Zorgprofiel

Clënten zijn zeer ernstig lichamelijk gehandicapt, functioneren sociaal zeer beperkt zelfstandig en moeten op een eenduidige manier worden benaderd.

Clënten kunnen zelf geen regie voeren over hun eigen leven en hebben daardoor ten aanzien van de *sociale redzaamheid* totale overname nodig. Dit betreft het onderhouden van de sociale relaties, communicatie, deelname aan het maatschappelijk leven, uitvoeren van taken en het regelen van de dagelijkse routine.

Clënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve* functies vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig. Continu hulp, toezicht of sturing kan met name het geval zijn bij het geheugen en denken, concentratie, perceptie van zichzelf en prikkelgevoeligheid van de clënten. Oriëntatie met betrekking tot ruimte en personen is veelal beperkt tot de dagelijkse omgeving en mensen in de directe nabijheid. Het tijdsbesef is veelal beperkt.

De cliënt is volledig *ADL* afhankelijk. Het kan voorkomen dat er regelmatig twee verzorgenden nodig zijn om deze zorg van de cliënt over te nemen.

Ten aanzien van de *mobiliteit* is volledige overname nodig, zowel buitenshuis als binnenshuis. Daarbij hebben clënten vaak moeite met oriëntatie in ruimte. Wat betreft de motoriek is vrijwel continu hulp, toezicht of sturing nodig.

Er is regelmatig tot vaak *verpleegkundige aandacht* vereist. Dit kan ook gespecialiseerd verpleegkundig handelen omvatten, waarbij sprake kan zijn van de directe beschikbaarheid van een verpleegkundige.

Er is veelal sprake van *gedragsproblematiek* voortkomend uit geriatrische of soms psychiatrische problematiek, de clënten hebben af en toe tot vaak hulp, toezicht en sturing nodig. De clënten kunnen met name door dwangmatig, ontreemd en reactief gedrag vaak hulp, toezicht en sturing nodig hebben.

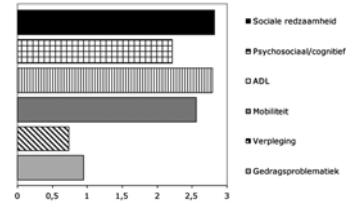
Er kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, actief dan wel passief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op (geleidelijke) achteruitgang of stabilisatie. De clënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

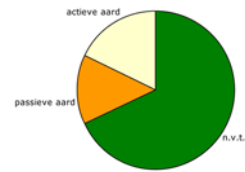
De behandeling is gericht op complicaties en preventie hiervan.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een lichamelijke handicap (functiestoornis).

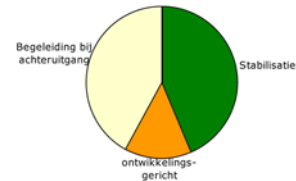
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



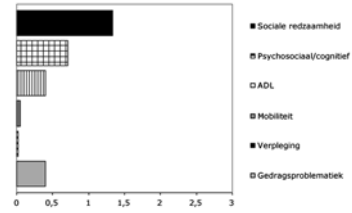


ZGaud Wonen met begeleiding en enige verzorging (2015).

Zorgprofiel

De cliënten zijn auditief en/of communicatief gehandicapt, met eventueel andere problematiek. De cliënten hebben ten aanzien van de *sociale redzaamheid* regelmatig hulp, toezicht of sturing nodig. Dit kan met name het geval zijn bij communicatie, besluitnemings- en oplossingsvaardigheden, het uitvoeren van eenvoudige taken en bij het uitvoeren van complexe taken. De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* af en toe hulp, toezicht of sturing nodig. Met name ten aanzien van informatieverwerking, prikkelgevoeligheid en bij het psychosociaal welbevinden van de cliënten is vaker hulp, toezicht of sturing nodig. De cliënten kunnen *ADL* grotendeels zelf uitvoeren, er is af en toe toezicht of stimulatie nodig. Dit kan met name het geval zijn bij het eten en drinken. De cliënten zijn zeer zelfstandig met betrekking tot *mobiliteit*. Er is doorgaans geen behoefte aan *verpleging*. Er kan sprake zijn van *gedragsproblematiek*. Er kan soms sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, welke actief dan wel passief van aard kan zijn. De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op ontwikkeling, soms ook op stabilisatie. De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een zintuiglijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten zijn auditief en/of communicatief gehandicapt en hebben beperkte meervoudige problematiek.

De cliënten hebben ten aanzien van de *sociale redzaamheid* hulp of overname van taken nodig. Dit kan met name het geval zijn bij communicatie, deelname aan het maatschappelijk leven, dagelijkse routine, besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het uitvoeren van eenvoudige en complexe taken.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig. Continu hulp, toezicht of sturing kan met name het geval zijn bij geheugen en denken, concentratie, perceptie van zichzelf en de omgeving en prikkelgevoeligheid van de cliënten.

De cliënten hebben ten aanzien van de *ADL* toezicht en stimulatie nodig, en soms hulp. Met name bij kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid en bij het wassen kan er hulp nodig zijn.

De cliënten hebben ten aanzien van de *mobiliteit* toezicht en stimulatie nodig. Met name bij het verplaatsen buitenshuis hebben cliënten vaak behoefte aan hulp.

Er kan enige (specialistische) *verpleegkundige aandacht* vereist zijn.

Er kan sprake zijn van *gedragsproblematiek*, hierbij is af en toe hulp, toezicht of sturing nodig. Met name vanwege dwangmatig en reactief gedrag met betrekking tot interactie kan vaker behoefte zijn aan hulp, toezicht of sturing.

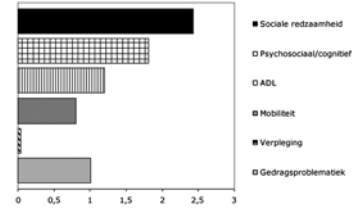
Er kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, welke vaak actief en soms passief of wisselend van aard is.

De aard van het begeleidingsdoel is veelal gericht op ontwikkeling, soms ook op stabilisatie.

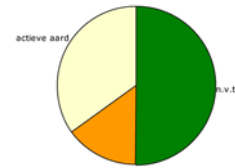
De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De dominante grondslag voor dit cliëntprofiel is meestal een zintuiglijke handicap (functiestoornis).

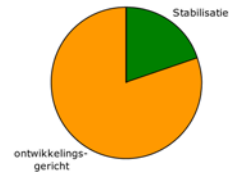
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten zijn auditief en/of communicatief gehandicapt en hebben een ernstige meervoudige problematiek.

De cliënten zijn niet sociaal zelfredzaam en hebben ten aanzien van de totale *sociale redzaamheid* overname nodig.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig. Continu hulp, toezicht of sturing kan met name het geval zijn bij geheugen en denken, concentratie, perceptie van zichzelf en de omgeving en bij prikkelgevoeligheid van de cliënten.

De cliënten kunnen de *ADL* niet of met veel moeite zelf uitvoeren, er is veelal sprake van hulp bij deze taken. Met name bij de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid en bij het wassen kan in plaats van hulp soms overname noodzakelijk zijn.

De cliënten hebben ten aanzien van de *mobiliteit* vaak hulp, toezicht of stimulatie nodig. Dit is met name het geval met betrekking tot de oriëntatie in ruimte en het verplaatsen buitenshuis.

Er kan enige (specialistische) *verpleegkundige aandacht* vereist zijn.

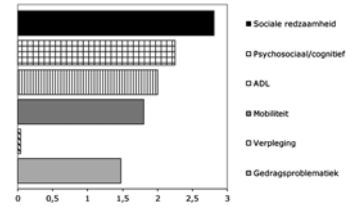
Er kan sprake zijn van *gedragsproblematiek*, waarbij dan af en toe tot vaak hulp, toezicht of sturing nodig is.

Tevens is er vaak sprake van *psychiatrische problematiek*, welke vaak actief maar ook passief of wisselend van aard kan zijn.

De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op ontwikkeling, soms op stabilisatie. De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een zintuiglijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten zijn auditief en/of communicatief gehandicapt. Er is sprake van bijkomende problematiek.

De cliënten hebben ten aanzien van de *sociale redzaamheid* regelmatig hulp nodig. Dit kan met name het geval zijn bij communicatie, deelname aan het maatschappelijk leven, dagelijkse routine en bij het uitvoeren van eenvoudige taken. Bij besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en het uitvoeren van complexe taken kan sprake zijn van overname.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* vaak hulp, toezicht of sturing nodig. Met name ten aanzien van informatieverwerking, geheugen en denken, prikkelgevoeligheid, perceptie van zichzelf en de omgeving, zelfbepaling en bij het psychosociaal welbevinden van de cliënten is vaker hulp, toezicht of sturing nodig.

De cliënten kunnen *ADL* grotendeels zelf uitvoeren, er is af en toe toezicht of stimulatie nodig. Dit kan met name het geval zijn bij persoonlijke zorg zoals wassen en eten en drinken.

De cliënten zijn doorgaans zelfstandig met betrekking tot *mobiliteit*.

Met name bij het verplaatsen buitenshuis hebben cliënten soms toezicht of sturing nodig.

Er is doorgaans geen behoefte aan *verpleging*.

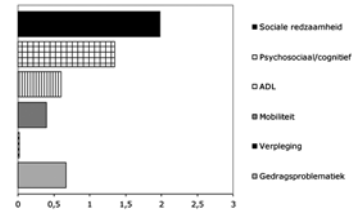
Er kan sprake zijn van *gedragsproblematiek*, hierbij is af en toe toezicht of sturing nodig. Met name vanwege reactief gedrag met betrekking tot interactie, manipulatief en dwangmatig gedrag.

Er kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, welke actief dan wel passief van aard kan zijn.

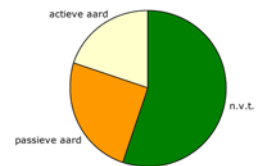
De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op ontwikkeling, soms ook op stabilisatie. De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een zintuiglijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





ZGvis Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015)

Zorgprofiel

De cliënten zijn enkelvoudig visueel gehandicapt en hebben een beperkte andere problematiek. De cliënten hebben ten aanzien van de *sociale redzaamheid* toezicht en stimulatie nodig. Dit kan met name het geval zijn bij communicatie, besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het uitvoeren van complexe taken.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* af en toe hulp, toezicht of sturing nodig. Dit kan met name het geval zijn bij geheugen en denken, concentratie, perceptie van de omgeving en zichzelf en bij het psychosociaal welbevinden van de cliënten. De cliënten kunnen de *ADL* grotendeels zelf uitvoeren, er kan bij het eten en drinken toezicht of stimulatie nodig zijn.

De cliënten zijn zelfstandig met betrekking tot *mobilititeit*, er kan af en toe sprake zijn van behoefte aan toezicht of stimulatie bij het verplaatsen buitenshuis.

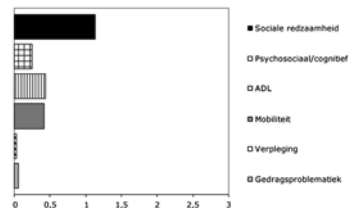
Er is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

Gedragsproblematiek en *psychiatrische problematiek* zijn doorgaans niet aan de orde.

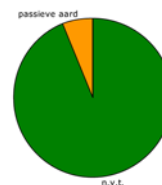
De *aard van het begeleidingsdoel* is meestal gericht op ontwikkeling of soms stabilisatie. De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een zintuiglijke handicap (functiestoornis).

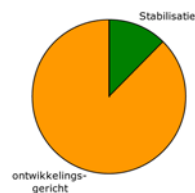
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel





ZGvis Wonen met begeleiding en enige verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten zijn enkelvoudig visueel gehandicapt en hebben matige andere problematiek. De cliënten hebben ten aanzien van *sociale redzaamheid* toezicht en stimulatie nodig en soms hulp. Hulp is met name nodig bij deelname aan het maatschappelijk leven, het uitvoeren van eenvoudige en complexe taken en ten aanzien van besluitnemings- en oplossingsvaardigheden. De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* regelmatig hulp, toezicht of sturing nodig. Met name ten aanzien van informatieverwerking, perceptie van de omgeving en zichzelf en bij de prikkelgevoeligheid van de cliënten is vaker behoefte aan hulp, toezicht of sturing.

De cliënten kunnen de *ADL-taken* grotendeels zelf uitvoeren, maar hebben wel regelmatig behoefte aan toezicht of stimulatie. Overname kan met name nodig zijn als het gaat om kinderen.

De cliënten zijn redelijk zelfstandig met betrekking tot *mobiliteit*, er is af en toe toezicht of stimulatie nodig. Bij het verplaatsen buitenshuis kan soms hulp nodig zijn.

Verpleging is niet of in geringe mate aan de orde voor deze cliënten.

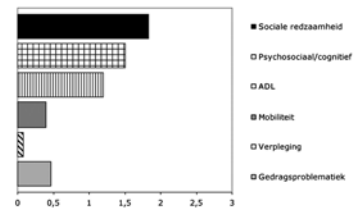
Er is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.

Er kan *psychiatrische problematiek* aan de orde zijn, actief dan wel passief van aard.

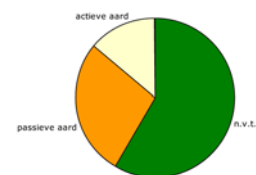
De *aard van het begeleidingsdoel* is veelal gericht op ontwikkeling of stabilisatie. De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een zintuiglijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten zijn visueel gehandicapt en hebben ernstige andere problematiek. De cliënten hebben ten aanzien van de *sociale redzaamheid* hulp en soms overname nodig. Met betrekking tot communicatie (begrijpen wat anderen zeggen, zich begrijpelijk maken en lezen, schrijven en rekenen) is hulp nodig. Van overname is sprake ten aanzien van deelname aan het maatschappelijk leven, het nemen van besluiten, uitvoeren van eenvoudige en complexe taken en het regelen van dagelijkse routine.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* regelmatig hulp, toezicht of sturing nodig. Met name ten aanzien van informatieverwerking, perceptie van de omgeving en zichzelf en bij de prikkelgevoeligheid van de cliënten kan vaker behoefte zijn aan hulp, toezicht of sturing.

De cliënten hebben ten aanzien van *ADL* met name behoefte aan toezicht en stimulatie, soms ook aan hulp, vooral bij de kleine verzorgingstaken en de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid en bij het aan- en uitkleden.

De cliënten zijn redelijk zelfstandig met betrekking tot *mobiliteit*, er is af en toe toezicht of stimulering nodig. Bij het verplaatsen buitenshuis en oriëntatie in ruimten is meestal hulp nodig, soms ook bij verplaatsingen binnenshuis.

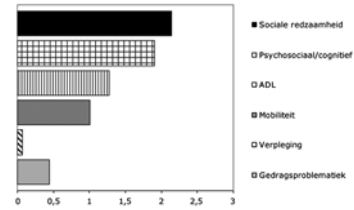
Verpleging is niet of in geringe mate aan de orde voor deze cliënten.

Er kan sprake zijn van *gedrags- en psychiatrische problematiek*, welke zowel actief als passief van aard kan zijn.

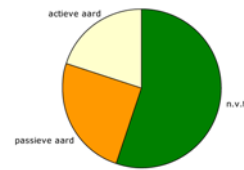
De *aard van het begeleidingsdoel* is met name gericht op ontwikkeling en in kleinere mate op stabilisatie of achteruitgang. De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een zintuiglijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten zijn visueel gehandicapt en hebben een ernstige meervoudige problematiek. De cliënten hebben ten aanzien van de *sociale redzaamheid* hulp en overname nodig. Overname kan met name het geval zijn bij deelname aan het maatschappelijk leven, communicatie, huishoudelijk leven, dagelijkse routine regelen en bij uitvoering van eenvoudige en complexe taken.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* vaak hulp, toezicht of sturing nodig. Dit kan met name het geval zijn bij concentratie, geheugen en denken, perceptie van de omgeving en zichzelf en de prikkelgevoeligheid van de cliënten.

De cliënten hebben ten aanzien van *ADL* doorgaans hulp nodig. Overname kan soms nodig zijn met betrekking tot de kleine verzorgingstaken, persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid en bij het wassen en kleden.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit* met name hulp en overname nodig. Hulp is nodig bij het voortbewegen binnenshuis, overname is nodig met betrekking tot het verplaatsen buitenshuis en oriëntatie in ruimten. Ook ten aanzien van de motoriek kan af en toe behoefte bestaan aan hulp, toezicht of sturing.

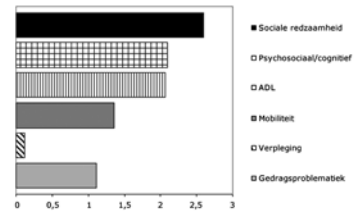
Verpleging is niet of in geringe mate aan de orde bij deze cliënten.

Er kan sprake zijn van *gedragsproblematiek* waarbij dan af en toe hulp, toezicht of sturing nodig is. Ook kan er sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, actief dan wel passief van aard.

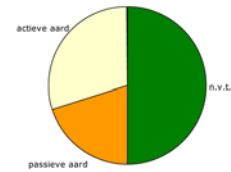
De *aard van het begeleidingsdoel* is vaak gericht op ontwikkeling, maar kan ook gericht zijn op stabilisatie of het omgaan met (geleidelijke) achteruitgang. De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een zintuiglijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging.

Zorgprofiel

De cliënten zijn visueel gehandicapt en hebben zeer ernstige meervoudige problematiek. Dit kan zowel een sterke begeleidingsbehoefte in combinatie met intensieve verzorging zijn (groep A), als ook intensieve begeleiding in combinatie met intensieve gedragsregulering (groep B). Beide profielen worden in dit ZZP onderscheiden en beschreven.

De cliënten hebben ten aanzien van de totale *sociale redzaamheid* hulp of volledige overname nodig.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* vaak tot continu hulp, toezicht of sturing nodig. Dit kan met name het geval zijn bij het geheugen en denken, concentratie, perceptie van de omgeving en zichzelf en bij de prikkelgevoeligheid van de cliënten.

Cliëntgroep A heeft ten aanzien van *ADL-taken* volledige hulp of overname nodig.

Ten aanzien van de *mobiliteit* heeft cliëntgroep A veelal overname nodig. Overname kan met name het geval zijn bij oriëntatie in ruimte, bewegen, transfers maken en het voortbewegen binnens- en buitenshuis. Ook ten aanzien van de motoriek kan regelmatig behoefte bestaan aan hulp, toezicht of sturing.

Cliëntgroep B kan de *ADL-taken* veelal zelf uitvoeren, waarbij wel sprake kan zijn van toezicht of stimulatie.

Ten aanzien van de *mobiliteit* geldt voor cliëntgroep B dat zij in grote mate zelfredzaam zijn, soms kan enig toezicht of stimuleren nodig zijn.

Bij cliëntgroep A kan voor een deel van de cliënten *verpleegkundige aandacht* vereist zijn. Bij cliëntgroep B is *verpleegkundige aandacht* niet of in geringe mate aan de orde.

Bij cliëntgroep A kan soms sprake zijn van *gedragsproblematiek*, met name in de vorm van dwangmatig gedrag en/of reactief gedrag met betrekking tot interactie.

Bij cliëntgroep B is vaak sprake van *gedragsproblematiek* welke gerelateerd kan zijn aan verslavingsgedrag. Dit kan zich met name uiten in verbaal agressief gedrag, manipulatief en/of dwangmatig gedrag. Hierbij bestaat regelmatig behoefte aan hulp, toezicht of sturing.

Psychiatrische problematiek kan voorkomen bij deze cliënten, dit kan zowel passief als actief van aard zijn. Actieve psychiatrische problematiek komt met name voor bij cliëntgroep B.

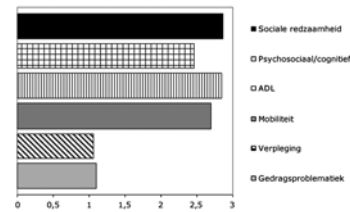
Bij cliëntgroep A is de *aard van het begeleidingsdoel* met name gericht op ontwikkeling, maar kan ook stabilisatie of begeleiding bij achteruitgang betreffen. Soms is sprake van begeleiding in de terminale fase.

Bij cliëntgroep B is de *aard van het begeleidingsdoel* meestal gericht op stabilisatie of op ontwikkeling. Dit uit zich in het reguleren van de gedragsproblematiek en het bieden van structuur en veiligheid.

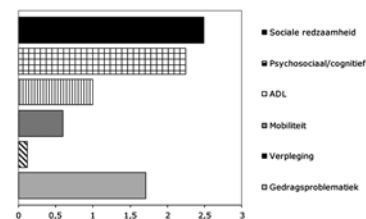
De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een zintuiglijke handicap (functiestoornis).

Gemiddelde scores beperkingen (A)



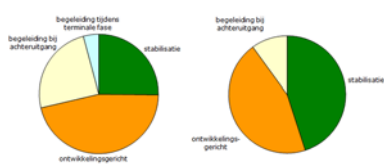
Gemiddelde scores beperkingen (B)



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding.

Zorgprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is intensieve begeleiding nodig, die continu nabij is. De cliënten hebben een veilige, weinig eisende en prikkelarme verblijfsomgeving nodig die bescherming, stabiliteit en structuur biedt. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig. Er is sprake van verlies van zelfregie en van een verstoord dag- en nachtritme. Cliënten hebben grote problemen met het onderhouden van sociale relaties en het invullen van de dag. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men nagenoeg niet in staat en vaak ook niet in geïnteresseerd. Daarnaast zijn er forse beperkingen in de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken. De cliënten hebben in het algemeen begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen doorgaans met begeleiding.

De cliënten hebben in het algemeen intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.

De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. De behandeling is daarbij met name gericht op het herstel van het persoonlijk functioneren. Er is echter ook een groep cliënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Ook kan sprake zijn van begeleiding bij achteruitgang. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten in het algemeen behoefte aan toezicht of stimulatie met betrekking tot de persoonlijke verzorging.

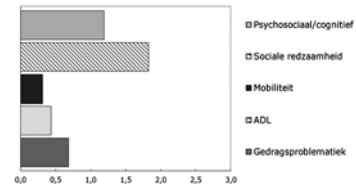
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten in het algemeen geen hulp nodig.

Bij deze cliënten kan terugkerend sprake zijn van enige *gedragsproblematiek*, maar die is hanteerbaar in de context van voortdurende begeleiding. Dit speelt met name bij reactief gedrag met betrekking tot interactie.

De *psychiatrische problematiek* bij deze cliënten variëren van passief tot actief. De psychiatrische symptomen zijn bij tijd en wijle lastig onder controle te krijgen; dan is intensivering van zorg gewenst (of bijstelling van medicatie).

Het profiel is van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de GGZ-behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Zorgverzekeringswet aangevangen behandeltraject na drie jaar nog niet is afgerond.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Behandel-/begeleidingsdoel



GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging.

Zorgprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is intensieve begeleiding plus verzorging vanwege (somatische) gezondheidsproblemen nodig. De cliënten hebben een structuur en toezicht biedende beschermende verblijfsomgeving nodig. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig. Er is sprake van verlies, van zelfregie en van een verstoord dag- en nachtritme. Cliënten hebben grote problemen met het onderhouden van sociale relaties en het invullen van de dag. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat. Daarnaast zijn er forse beperkingen in de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken. De cliënten hebben in het algemeen begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen doorgaans met begeleiding.

De cliënten hebben in het algemeen intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.

De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep cliënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten vanwege gezondheidsproblemen vaak dagelijks behoefte aan hulp bij de persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld als gevolg van problemen passend bij het ouder worden of door verwaarlozing van de gezondheid door het zwerven op straat).

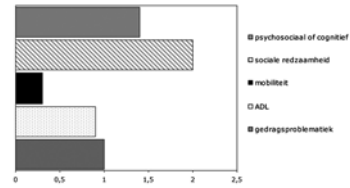
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten in het algemeen geen hulp nodig.

Bij deze cliënten is sprake van *gedragsproblematiek*. De behandeling is mede gericht op het beheersbaar houden van deze gedragsproblematiek en het omgaan met defecten.

De *psychiatrische problematiek* is bij deze cliënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride en/of er is sprake van een actieve middelen verslaving).

Het profiel is van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de GGZ-behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Zorgverzekeringswet aangevangen behandeltraject na drie jaar nog niet is afgerond.

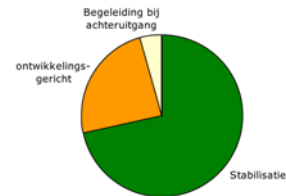
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Behandel-/begeleidingsdoel



GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering.

Zorgprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is intensieve begeleiding en structurering nodig. De verblijfsomgeving moet structuur, veiligheid en bescherming bieden. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een sterk gestructureerde dagindeling. Cliënten zijn nauwelijks in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat, noch geïnteresseerd. Daarnaast ontbreken de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken vaak worden overgenomen. De cliënten hebben begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen met begeleiding. De cliënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.

De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep cliënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten betreffende de verschillende aspecten behoefte aan toezicht en stimulatie en/of hulp. Er kunnen somatische problemen zijn die extra aandacht vragen; als gevolg van zelfverwaarlozing.

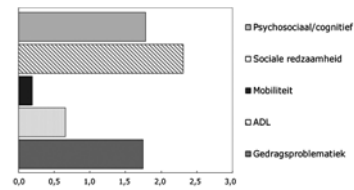
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten in het algemeen geen hulp nodig.

Bij deze cliënten is sprake van ernstige *gedragsproblematiek* die, mede vanuit de behandeling, voortdurend moet worden gereguleerd. Deze cliënten doen een groot beroep op hun sociale omgeving en zetten deze voortdurend onder druk met manipulatief gedrag. Ze zijn beperkt gevoelig voor correctie, hebben weinig inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen en een relatief beperkt leervermogen. Er is sprake van verbaal agressief gedrag, manipulatief, dwangmatig, destructief en reactief gedrag met betrekking tot interactie. Er kan sprake zijn van zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag.

De *psychiatrische problematiek* is bij deze cliënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride en/of er is sprake van actieve middelenverslaving). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig.

Het profiel is van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de GGZ-behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Zorgverzekeringswet aangevangen behandeltraject na drie jaar nog niet is afgerond.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Behandel-/begeleidingsdoel



GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging.

Zorgprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is er, in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke handicap of verstandelijke beperking, intensieve begeleiding en zorg nodig. De verblijfsomgeving moet structuur, veiligheid en bescherming bieden en zijn aangepast aan de beperkingen van de cliënten (b.v. rolstoelgebruik). De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een sterk gestructureerde dagindeling. Cliënten zijn nauwelijks in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat, noch geïnteresseerd. Daarnaast ontbreken de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken vaak worden overgenomen. De cliënten hebben begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen met begeleiding. De cliënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.

De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep cliënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie of begeleiding bij achteruitgang het uitgangspunt. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen of te beperken.

Met betrekking tot *ADL* is er uitgebreide behoefte aan hulp, onder andere bij het eten en drinken, bij het zich wassen en kleden, de toiletgang, eten en drinken. De cliënt is op dit gebied nagenoeg volledig zorgafhankelijk. Bij deze cliënten is tevens vaak sprake van *verpleegkundig handelen* als gevolg van fysieke gezondheidsproblemen.

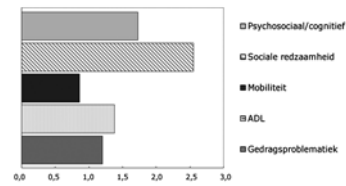
Ten aanzien van *mobiliteit* is met betrekking tot het maken van transfers (in en uit bed; in en uit rolstoel) hulp nodig.

Bij deze cliënten is sprake van *gedragsproblematiek*. De behandeling is mede gericht op het beheersbaar houden van deze gedragsproblematiek.

De *psychiatrische problematiek* is bij deze cliënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig. De behandeling is zowel gericht op de psychiatrische problematiek als op de bijkomende problematiek.

Het profiel is van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de GGZ-behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Zorgverzekeringswet aangevangen behandeltraject na drie jaar nog niet is afgerond.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Behandel-/begeleidingsdoel



GGZ-B Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.

Zorgprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege een zeer ernstige psychiatrische aandoening zeer intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is zeer intensieve begeleiding nodig met daarnaast intensieve verzorging, een buitengewoon gestructureerd klimaat en grote mate van beveiliging en bescherming. De verblijfsomgeving moet hier op zijn afgestemd. Er is een specifieke bouwkundige setting en specifieke beveiligingsklimaat nodig. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks zeer intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een buitengewoon sterk gestructureerde dagindeling. Cliënten zijn niet in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Deelname aan het maatschappelijk leven is vanwege de extreme gedragsproblematiek niet aan de orde. Verder ontbreken alle besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken volledig worden overgenomen.

De cliënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.

De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep cliënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent een behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten betreffende de verschillende aspecten behoefte aan enige hulp. Bij deze cliënten is regelmatig tot vaak *verpleegkundig handelen* nodig (medicatie en gezondheidsbescherming).

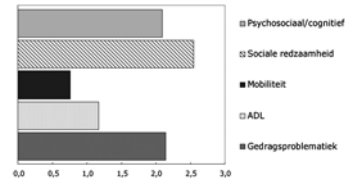
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten in beperkte mate hulp nodig. Uit veiligheidsoverwegingen kan geen sprake zijn van het zelfstandig verplaatsen buitenshuis.

Deze cliënten kennen verschillende vormen van extreme *gedragsproblematiek*. Dit betreft verbaal agressief, lichamelijk agressief, destructief, manipulatief, dwangmatig, ongecontroleerd en reactief gedrag. Hierbij is continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. Daarbij is zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag eveneens te verwachten. De cliënten doen een groot beroep op hun sociale omgeving en zetten deze continu onder druk. Ze zijn ongevoelig voor correctie, hebben geen inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen en hebben een zeer beperkt leervermogen. *Ze kunnen frequent en onvoorspelbaar fors gewelddadig reageren.*

De *psychiatrische problematiek* is bij deze cliënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig.

Het profiel is van toepassing op een volwassen cliënt waarvoor de GGZ-behandelaar heeft aangegeven dat dit onder de Zorgverzekeringswet aangevangen behandeltraject na drie jaar nog niet is afgerond.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Behandel-/begeleidingsdoel





BIJLAGE B BIJ ARTIKEL 8.2 VAN DE REGELING LANGDURIGE ZORG

Verdeling van gemeenten over zorgkantorregio's in 2015

Groningen

Appingedam, Bedum, Bellingwedde, De Marne, Delfzijl, Eemsmond, Groningen, Grootegast, Haren, Hoogezand-Sappemeer, Leek, Loppersum, Marum, Menterwolde, Oldambt, Pekela, Slochteren, Stadskanaal, Ten Boer, Veendam, Vlagtwedde, Winsum, Zuidhorn

Friesland

Achtkarspelen, Ameland, Dantumadiel, de Friese Meren, Dongeradeel, Ferwerderadiel, Franekeradeel, Harlingen, Heerenveen, het Bildt, Kollumerland en Nieuwkruisland, Leeuwarden, Leeuwarderadeel, Littenseradiel, Menameradiel, Ooststellingwerf, Opsterland, Schiermonnikoog, Smallingerland, Súdwest Fryslân, Terschelling, Tytsjerksteradiel, Vlieland, Weststellingwerf

Drenthe

Aa en Hunze, Assen, Borger-Odoorn, Coevorden, De Wolden, Emmen, Hoogeveen, Meppel, Midden-Drenthe, Noordenveld, Tynaarlo, Westerveld

Zwolle

Dalfsen, Elburg, Ermelo, Hardenberg, Harderwijk, Hattem, Kampen, Nunspeet, Oldebroek, Ommen, Putten, Staphorst, Steenwijkerland, Zwartewaterland, Zwolle

Twente

Almelo, Borne, Dinkelland, Enschede, Haaksbergen, Hellendoorn, Hengelo, Hof van Twente, Losser, Oldenzaal, Rijssen-Holten, Tubbergen, Twenterand, Wierden

Apeldoorn, Zutphen e.o.

Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde, Lochem, Zutphen

Arnhem

Aalten, Arnhem, Barneveld, Berkelland, Bronckhorst, Doesburg, Doetinchem, Duiven, Ede, Lingewaard, Montferland, Oost-Gelre, Oude IJsselstreek, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rijnwaarden, Rozendaal, Scherpenzeel, Wageningen, Westervoort, Winterswijk, Zevenaar

Nijmegen

Beuningen, Buren, Culemborg, Druten, Geldermalsen, Gennep, Groesbeek, Heumen, Lingewaard, Mook en Middelaar, Neder-Betuwe, Neerijnen, Nijmegen, Tiel, West Maas en Waal, Wijchen

Utrecht

Amersfoort, Baarn, Bunnik, Bunschoten, De Bilt, De Ronde Venen, Houten, IJsselstein, Leusden, Lopik, Montfoort, Nieuwegein, Nijkerk, Oudewater, Renswoude, Rhenen, Soest, Stichtse Vecht, Utrecht, Utrechtse Heuvelrug, Veenendaal, Vianen, Wijk bij Duurstede, Woerden, Woudenberg, Zeist

Flevoland

Dronten, Lelystad, Noordoostpolder, Urk, Zeewolde

't Gooi

Almere, Blaricum, Bussum, Eemnes, Hilversum, Huizen, Laren, Muiden, Naarden, Weesp, Wijdmeren

Noord-Holland Noord

Alkmaar, Bergen nh, Den Helder, Drechterland, Enkhuizen, Heerhugowaard, Heiloo, Hollands Kroon, Hoorn, Koggenland, Langedijk, Medemblik, Opmeer, Schagen, Stede Broec, Texel

Kennemerland

Beverwijk, Bloemendaal, Castricum, Haarlem, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Heemskerk, Heemstede, Uitgeest, Velsen, Zandvoort

Zaanstreek/Waterland

Beemster, Edam-Volendam, Landsmeer, Oostzaan, Purmerend, Waterland, Wormerland, Zaanstad, Zeevang

Amsterdam

Amsterdam, Diemen



Amstelland en de Meerlanden

Aalsmeer, Amstelveen, Haarlemmermeer, Ouder-Amstel, Uithoorn

Zuid-Holland Noord

Alphen aan den Rijn, Hillegom, Kaag en Braassem, Katwijk, Leiden, Leiderdorp, Lisse, Nieuwkoop, Noordwijk, Noordwijkerhout, Oegstgeest, Teylingen, Voorschoten, Zoeterwoude

Haaglanden

's-Gravenhage, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar, Zoetermeer

Delft Westland Oostland

Delft, Lansingerland, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Westland

Midden-Holland

Bodegraven-Reeuwijk, Gouda, Krimpenervwaard, Waddinxveen, Zuidplas

Rotterdam

Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Rotterdam

Nieuwe Waterweg Noord

Maassluis, Schiedam, Vlaardingen

Zuid-Hollandse eilanden

Albrandswaard, Barendrecht, Binnenmaas, Brielle, Cromstrijen, Goeree-Overflakkee, Hellevoetsluis, Korendijk, Nissewaard, Oud-Beijerland, Ridderkerk, Strijen, Westvoorne

Waardenland

Alblasserdam, Dordrecht, Giessenlanden, Gorinchem, Hardinxveld-Giessendam, Hendrik-Ido-Ambacht, Leerdam, Molenwaard, Papendrecht, Sliedrecht, Zederik, Zwijndrecht

Zeeland

Borsele, Goes, Hulst, Kapelle, Middelburg, Noord-Beveland, Reimerswaal, Schouwen-Duiveland, Sluis, Terneuzen, Tholen, Veere, Vlissingen

West-Brabant

Aalburg, Alphen-Chaam, Baarle-Nassau, Bergen op Zoom, Breda, Drimmelen, Etten-Leur, Geertruidenberg, Halderberge, Moerdijk, Oosterhout, Roosendaal, Rucphen, Steenbergen, Werkendam, Woensdrecht, Woudrichem, Zundert

Midden-Brabant

Dongen, Gilze en Rijen, Goirle, Heusden, Hilvarenbeek, Loon op Zand, Oisterwijk, Tilburg, Waalwijk

Noordoost Brabant

Bernheze, Boekel, Boxmeer, Boxtel, Cuijk, Grave, Haaren, Landerd, Maasdriel, Mill en Sint Hubert, Oss, Schijndel, 's-Hertogenbosch, Sint Anthonis, Sint-Michielsgestel, Sint-Oedenrode, Uden, Veghel, Vught, Zaltbommel

Zuidoost Brabant

Asten, Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Deurne, Eersel, Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Gemert-Bakel, Heeze-Leende, Helmond, Laarbeek, Nuenen, Gerwen en Nederwetten, Oirschot, Reusel-De Mierden, Someren, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre

Noord- en Midden-Limburg

Beesel, Bergen lb, Echt-Susteren, Horst aan de Maas, Leudal, Maasgouw, Nederweert, Peel en Maas, Roerdalen, Roermond, Venlo, Venray, Weert

Zuid-Limburg

Beek, Brunssum, Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittem, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Maastricht, Meerssen, Nuth, Onderbanken, Schinnen, Simpelveld, Sittard-Geleen, Stein, Vaals, Valkenburg aan de Geul, Voerendaal

Midden IJssel

Deventer, Olst-Wijhe, Raalte, Voorst



BIJLAGE C BIJ ARTIKEL 5.8 VAN DE REGELING LANGDURIGE ZORG

Klassen voor vormen van zorg (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding individueel, begeleiding groep), per zorgprofiel telkens met of zonder begeleiding groep.

Met inbegrip van klassen voor vormen van zorg per zorgzwaartepakket op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor verzekerden die krachtens overgangsrecht toegang hebben verkregen tot zorg krachtens de Wet langdurige zorg.

Zorgprofiel	ZZP AWBZ	Persoonlijke verzorging	Verpleging	Begeleiding Individueel	Begeleiding Groep
Sector Verpleging en Verzorging					
	1VV	1	1	2	
	2VV	3	2	1	
	3VV	4	1	2	
Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	4VV	4	2	3	
Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	5VV	4	3	4	
Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	6VV	4	3	4	
Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	7VV	4	3	6	
Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging en verpleging	8VV	5	3	7	
Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	9bVV	5	2	4	
Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	10VV	7	5	4	
Sector GGZ, B-groep					
	1GGZ B	1	0	3	
	1GGZ B	1	0	3	4
	2GGZ B	1	0	4	
	2GGZ B	1	0	4	4
Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding	3GGZ B	1	0	5	
Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding, ook begeleiding groep	3GGZ B	1	0	5	4
Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging	4GGZ B	3	1	4	
Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging, ook begeleiding groep	4GGZ B	3	1	4	4
Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering	5GGZ B	2	1	5	
Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering, ook begeleiding groep	5GGZ B	2	1	5	5
Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verzorging en verpleging	6GGZ B	4	2	5	
Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verzorging en verpleging, ook begeleiding groep	6GGZ B	4	2	5	4
Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	7GGZ B	3	2	7	
Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding, ook begeleiding groep	7GGZ B	3	2	7	5
Sector Licht Verstandelijk Gehandicapt					
Wonen met begeleiding en verzorging	1LVG	2		4	1
Wonen met behandeling en begeleiding	2LVG	2		6	1
Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep	3LVG	4		6	1
Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	4LVG	5		7	2



Zorgprofiel	ZZP AWBZ	Persoonlijke verzorging	Verpleging	Begeleiding Individueel	Begeleiding Groep
Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	5LVG	5		7	2
Behandeling in een SGLVG behandelcentrum	1SGLVG	3		7	3
Sector Verstandelijk Gehandicapt					
	1VG	2		3	
	1VG	2		3	5
	2VG	2		4	
	2VG	2		4	5
Wonen met begeleiding en verzorging	3VG	1		5	
Wonen met begeleiding en verzorging, ook begeleiding groep	3VG	1		5	6
Wonen met begeleiding en intensieve en intensieve verzorging	4VG	2	0	5	
Wonen met begeleiding en intensieve en intensieve verzorging, ook begeleiding groep	4VG	2	0	5	6
Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	5VG	4	1	5	
Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, ook begeleiding groep	5VG	4	1	5	7
Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragregulering	6VG	2		6	
Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragregulering, ook begeleiding groep	6VG	2		6	8
(besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	7VG	4	0	7	
(besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering, ook begeleiding groep	7VG	4	0	7	9
Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	8VG	7	2	3	
Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging, ook begeleiding groep	8VG	7	2	3	7
Sector Lichamelijk Gehandicapt					
Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015)	1LG	2	0	4	
Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015), ook begeleiding groep	1LG	2	0	4	6
Wonen met begeleiding en enige verzorging	2LG	4	0	4	
Wonen met begeleiding en enige verzorging, ook begeleiding groep	2LG	4	0	4	6
Wonen met enige begeleiding en verzorging (2015)	3LG	4	0	3	
Wonen met enige begeleiding en verzorging (2015), ook begeleiding groep	3LG	4	0	3	7
Wonen met begeleiding en verzorging	4LG	4	0	4	
Wonen met begeleiding en verzorging, ook begeleiding groep	4LG	4	0	4	6
Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	5LG	5	1	4	
Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, ook begeleiding groep	5LG	5	1	4	7
Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	6LG	6	2	4	
Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, ook begeleiding groep	6LG	6	2	4	6
Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	7LG	6	2	5	



Zorgprofiel	ZZP AWBZ	Persoonlijke verzorging	Verpleging	Begeleiding Individueel	Begeleiding Groep
Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, ook begeleiding groep	7LG	6	2	5	5
Sector Zintuiglijk Gehandicapt, visueel					
Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015)	1ZGvis	2		3	
Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015), ook begeleiding groep	1ZGvis	2		3	6
Wonen met begeleiding en enige verzorging	2ZGvis	2		5	
Wonen met begeleiding en enige verzorging, ook begeleiding groep	2ZGvis	2		5	5
Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	3ZGvis	3	1	5	
Wonen met intensieve begeleiding en verzorging, ook begeleiding groep	3ZGvis	3	1	5	5
Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	4ZGvis	6	1	5	
Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, ook begeleiding groep	4ZGvis	6	1	5	7
Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	5ZGvis	6	1	6	
Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, ook begeleiding groep	5ZGvis	6	1	6	7
Sector Zintuiglijk Gehandicapt, auditief en communicatief					
Wonen met begeleiding en enige verzorging	1ZGaud	1		5	
Wonen met begeleiding en enige verzorging, ook begeleiding groep	1ZGaud	1		5	8
Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	2ZGaud	5	2	7	
Wonen met intensieve begeleiding en verzorging, ook begeleiding groep	2ZGaud	5	2	7	9
Wonen intensieve begeleiding en intensieve verzorging	3ZGaud	7	3	7	
Wonen intensieve begeleiding en intensieve verzorging, ook begeleiding groep	3ZGaud	7	3	7	9
Wonen intensieve begeleiding en enige verzorging	4ZGaud	3		7	
Wonen intensieve begeleiding en enige verzorging, ook begeleiding groep	4ZGaud	3		7	7



BIJLAGE D BIJ ARTIKEL 5.24 VAN DE REGELING LANGDURIGE ZORG.

AANVAARDBAARHEIDSPERCENTAGES, BEDOELD IN ARTIKEL 3.7.2, DERDE LID, VAN HET BESLUIT LANGDURIGE ZORG.

Andorra 100%	Mexico 43%
Aruba 60%	Monaco 100%
Australië 100%	Nieuw-Zeeland 72%
Bosnië 43%	Noorwegen 100%
België 100%	Oostenrijk 100%
Bonaire 60%	Polen 48%
Canada 100%	Portugal 69%
Curaçao 60%	Roemenië 33%
Denemarken 100%	Rusland 38%
Duitsland 100%	Saba 60%
Finland 100%	Servië 43%
Frankrijk 100%	Singapore 100%
Griekenland 78%	Sint Eustatius 60%
Hongarije 57%	Sint Maarten 60%
Hong Kong 100%	Slowakije 50%
Ierland 100%	Spanje 85%
IJsland 100%	Suriname 48%
Israël 83%	Thailand 31%
Italië 92%	Tsjechië 59%
Japan 89%	Turkije 41%
Kroatië 44%	Verenigd Koninkrijk 100%
Liechtenstein 100%	Verenigde Staten 100%
Luxemburg 100%	Zuid-Afrika 42%
Maleisië 37%	Zuid-Korea 72%
Malta 63%	Zweden 100%
	Zwitserland 100%

Het aanvaardbaarheidspercentage voor een land dat in bovenstaande lijst ontbreekt is 30%.

TOELICHTING

Algemeen

Met ingang van 1 januari 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door de op dat moment in werking tredende Wet langdurige zorg (wet) ingetrokken. Op hetzelfde moment is ook het Besluit langdurige zorg (Besluit) in werking getreden. De onderhavige Regeling langdurige zorg (hierna: Rlz) geeft een nadere regeling van enkele onderwerpen krachtens de wet en het Besluit.

Niet alle onderwerpen die op het niveau van een ministeriële regeling nader kunnen worden geregeld, maken onderdeel uit van deze Regeling langdurige zorg. De volgende regelingen op grond van de Wlz zijn afzonderlijk vastgesteld: de Regeling Wlz-indiceerbaren, de Subsidieregeling zorginfrastructuur, de Subsidieregeling kapitaallasten, de Subsidieregeling behandeling en medisch noodzakelijk vervoer, de Subsidieregeling ADL en de Subsidieregeling eerstelijnsverblijf 2015. Voor de Regeling Wlz-indiceerbaren is al op 4 december 2014 een concept gepubliceerd (Stcrt. 2014, nr. 34386)¹.

De Rlz vervangt bestaande regelingen, waaronder de Zorgindicatieregeling, de Regeling zorgaanspraken AWBZ en de Regeling subsidies AWBZ. Deze en andere regelingen die op de AWBZ waren gebaseerd komen van rechtswege te vervallen. De Aanpassingsregeling Wlz bevat een wijziging van bestaande regelingen naar aanleiding daarvan.

De belangrijkste onderwerpen die in deze regeling zijn vervat, ten opzichte van de situatie onder de AWBZ, zijn:

1. De zorgprofielen. De veertig zorgprofielen in de bijlage bij de regeling bouwen voort op AWBZ zorgwaarteprofielen (AWBZ-zzp's) maar verschillen op enkele onderdelen. Zo is niet langer sprake van een indicatie naar aantal uren zorg per week en omvat het zorgprofiel een meer globale omschrijving van de benodigde zorg. Concretisering daarvan gebeurt in de zorgplanbespreking, overeenkomstig het oogmerk van de wet om meer ruimte te laten voor de professional.
2. De regeling voor 'meer zorg'. De Rlz bevat eveneens een regeling voor de toekenning van 'meer zorg'. Deze is *grosso modo* een vertaling van de huidige regeling onder de AWBZ. In de wet is voor mensen die dit recht op 31 december 2014 hebben, overgangsrecht opgenomen. De Rlz in deze vorm zal naar verwachting alleen in 2015 gelden. De procedure en reikwijdte worden in 2015 nader bezien.
3. De regeling van de eigen bijdrage. Op grond van artikel 3.3.2.3 van het Besluit wordt het bijdrageplichtig inkomen voor de hoge eigen bijdrage vastgesteld. Het verzamelinkomen geldt als de basis voor deze voor het bijdrageplichtig inkomen indien een aanslag inkomstenbelasting is of wordt vastgesteld. In het geval de een dergelijke aanslag niet is of wordt vastgesteld, wordt het belastbare loon de als grondslag gebruikt. Bij de berekening van het bijdrageplichtig inkomen wordt een aantal posten in mindering gebracht die bij ministeriële regeling nader moeten worden geregeld. De artikelen in hoofdstuk 4 van deze regeling voorzien in deze nadere regeling. Omdat de systematiek van de hoge eigen bijdrage gelijk is aan die onder de AWBZ geldend was, zijn de artikelen overigens grotendeels gelijk aan de artikelen in de Bijdrageregeling zorg AWBZ.
4. De regeling van het persoonsgebonden budget (pgb) is in belangrijke mate ontleend aan de Regeling subsidies AWBZ, met dien verstande dat een belangrijk deel van de onderwerpen al zijn geregeld op het niveau van de Wlz en het Blz. In de Rlz zijn alleen resterende bepalingen opgenomen. Daarbij is voortgebouwd op de Regeling subsidies AWBZ.
De belangrijkste veranderingen van het AWBZ-pgb naar het Wlz-pgb zijn de introductie van het trekkingsrecht, het feit dat mensen de eigen bijdrage zelf moeten betalen en dat het verblijf van het logeren alleen kan worden betaald indien sprake is van een toegelaten dienstverlener. De bepalingen inzake de eigen bijdrage en het logeren alsmede de taken van de SVB in kader van het trekkingsrecht, zijn geregeld in het Besluit langdurige zorg. Een aantal bepalingen van de huidige pgb-regeling is naar niveau van de wet verplaatst. In de Rlz worden voor het eerst eisen gesteld aan de 'derden' die budgethouders ondersteunen (met het oog op het borgen van kwalitatief goede hulp).
5. In het Besluit is geregeld dat indien het modulair pakket thuis (mpt) gecombineerd wordt met het pgb, de hoogte maximaal gelijk is aan de hoogte van het pgb. De Rlz geeft hieraan een nadere uitwerking. In het geval van gecombineerd gebruik kan in overleg met de cliënt worden besloten om niet alleen tussen zorgvormen maar ook tussen beide leveringsvormen te 'schuiven' opdat maximale flexibiliteit en individueel maatwerk voor de cliënt kan worden bereikt.
6. Organisatie en verantwoording van de langdurige zorg. Op grond van de artikelen 4.3.1, 4.3.2,

¹ In de Stcrt. van 4 december is gepubliceerd de ongedateerde Regeling houdende aanwijzing van groepen verzekerden die met betrekking tot het jaar 2015 desgewenst recht op zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg krijgen zonder dat getoetst is of zij aan het in die wet opgenomen indicatiecriterium voldoen (Regeling Wlz-indiceerbaren).

6.2.6 en 7.2.3 van de wet, dienen de Wlz-uitvoerders, het CAK en het CIZ jaarlijks een financieel verslag en een uitvoeringsverslag op te stellen. Genoemde artikelen geven de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere voorschriften omtrent de inhoud van die verslagen vast te stellen. Dergelijke regels waren onder de AWBZ voor de zorgverzekeraars en het CAK te vinden in de (bij de intrekking van de AWBZ vervallen) Regeling verslaglegging AWBZ, voor het CIZ waren ze er nog niet. Nagegaan zal worden of het aangewezen is om dergelijke regels (wederom) op te stellen. Indien dat het geval is, zullen ze in hoofdstuk 6 van de Rlz worden opgenomen. Op grond van artikel 73a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) stelt het Zorginstituut jaarlijks een financieel verslag uitvoeringstaken op over bij ministeriële regeling aan te wijzen, op die uitvoeringstaken betrekking hebbende geldstromen. Hetzelfde geldt ingevolge artikel 5.2.1, eerste lid, Wlz voor geldstromen met betrekking tot uitvoeringstaken Wlz. De desbetreffende ministeriële regeling is nog niet tot stand gekomen. Aangezien de meeste uitvoeringstaken van het Zorginstituut op dit moment bij en krachtens de Zvw zijn geregeld, ligt het in de rede om de geldstromen waarom het gaat tegelijkertijd voor de Zvw en de wet aan te wijzen. Mocht dit leiden tot een afzonderlijk artikel voor de wet, zal dat in hoofdstuk 6 van de Rlz worden opgenomen. Ten slotte wordt opgemerkt dat de in de artikelen 5.2.3, tweede lid, 6.2.5 en 7.2.3, eerste lid, van de wet opgenomen mogelijkheden om bij ministeriële regeling regels te stellen over de in de desbetreffende bepalingen opgenomen onderwerpen, gedeeltelijk wordt in gevuld in de Regeling bezoldiging en beheerskosten bestuursorganen volksgezondheid 2011. Ingevolge artikel XXIII van de Aanpassingsregeling Wlz komt die regeling dan ook mede op de artikelen 5.2.3, tweede lid, 6.2.5 en 7.2.3, eerste lid, van de wet, te berusten. Gezien het voorgaande bevat hoofdstuk 6 vooralsnog slechts één bepaling, die hieronder wordt toegelicht.

7. Informatiebepalingen. Op basis van de artikelen 87 en 88 Zorgverzekeringswet (Zvw), artikel 68a Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de artikelen 9.1.2 en 9.1.3 van de Wlz worden regels gesteld die in samenhang met die genoemde wettelijke bepalingen aan Wlz-uitvoerders het recht geven formele en materiële controle, fraudebestrijding en enquêtes uit te voeren met behulp van verwerking van persoonsgegevens en de wettelijke grondslag bieden voor de doorbreking van het beroepsgeheim van zorgaanbieders ten behoeve van die formele en materiële controle en fraudebestrijding, op voorwaarde dat de Wlz-uitvoerder zich aan de daarvoor gestelde regels houdt. Ook de Wlz-uitvoerders ook enquêtes sturen aan verzekerden waarbij persoonsgegevens kunnen worden verwerkt. In hoofdstuk 7 van deze regeling worden met betrekking tot de formele en materiële controle, fraudeonderzoek en enquêteren door een Wlz-uitvoerder en het doorbreken van het beroepsgeheim van een zorgaanbieder regels gesteld die zoveel mogelijk gelijk zijn aan het bepaalde in de artikelen 7.4 en 7.5 tot en met 7.10 van de Regeling zorgverzekering.

De Rlz treedt, met uitzondering van enkele artikelen, in werking op 1 januari 2015. Met het oog op een verantwoorde invoering is met betrokken partijen en in overleg met beide Kamers der Staten Generaal besproken dat 2015 moet worden gezien als een transitiejaar. De implementatie zal dan ook nauwlettend worden gevolgd.

Artikelsgewijs

Artikel 1.1

Dit artikel bepaalt enkele begrippen die in de regeling worden gebruikt. Dat is slechts nodig wanneer het begrippen betreft die niet al in de wet of het besluit zijn gedefinieerd omdat deze definities ook gelden voor deze regeling. Zo wordt in deze regeling op grond van artikel 1.1.1 van het Besluit langdurige zorg onder 'wet' al verstaan: de Wet langdurige zorg. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor het begrip 'budgetplan', wat relevant is voor de regeling van het persoonsgebonden budget maar al is beschreven in het besluit.

algemene risicoanalyse

De algemene risicoanalyse is erop gericht om te bepalen op welke gegevens de materiële controle of het fraudeonderzoek moet zien. In de toelichting bij artikel 7.6 wordt nader ingegaan op de algemene risicoanalyse.

bewerker

Voor de toelichting van dit begrip wordt verwezen naar de Wet bescherming persoonsgegevens.

budgetplan

Het budgetplan is onderdeel van de aanvraag voor een persoonsgebonden budget, waarin het overzicht van de voorgenomen besteding is gegeven. Het budgetplan moet schriftelijk zijn.



Besluit

Het begrip Besluit, met een hoofdletter, is gereserveerd als verkorting voor Besluit langdurige zorg. De hoofdletter is gekozen om verwarring met andersoortige besluiten, zoals die als bedoeld in de Algemene wet bestuursrecht, te vermijden.

gewaarborgde hulp

Het begrip 'gewaarborgde hulp' betreft hulp van een derde die door de verzekerde is ingeschakeld en van wie voldoende aannemelijk is gemaakt dat deze kan in staan voor nakoming van de aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen. Het gaat dus om bijvoorbeeld een vertegenwoordiger of een andere derde, die de verzekerde helpt om te voldoen aan de voorwaarden van verlening van een persoonsgebonden budget, zoals het voeren van regie over de zorg. Het begrip is ontleend aan de jurisprudentie die mede ten grondslag ligt aan de verleningsvoorwaarden zoals die zijn beschreven in artikel 3.3.3 van de wet.

keurmerkinstituut

Het keurmerkinstituut is net als thans op basis van de Regeling subsidies AWBZ het Keurmerkinstituut B.V. te Zoetermeer.

kleinschalig wooninitiatief

Het besluit bevat geen begripsbepaling maar een materiele bepaling over het kleinschalig wooninitiatief in artikel 3.1.4, tweede lid, van het Besluit langdurige zorg, waarnaar hier gemakshalve kan worden verwezen.

logeropvang

Het betreft logeropvang als bedoeld in artikel 3.1.3 van het Besluit langdurige zorg, ingevolge welke bepaling de logeropvang als bedoeld artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel g, van de wet het logeren in een gecontracteerde instelling omvang gedurende maximaal 104 etmalen per kalenderjaar, of, indien een indicatiebesluit niet het gehele jaar geldig is, naar rato daarvan.

persoonlijk plan

Het betreft het persoonlijk zorgplan als bedoeld in artikel 3.3.3, tweede lid, van de wet. Dit artikelonderdeel van de wet is geïntroduceerd door een amendement van de leden Otwin van Dijk en Bergkamp. Het persoonlijk plan is een facultatieve aanvulling op het budgetplan waarin de verzekerde de zorg die door hem wordt gewenst kan beschrijven. Anders dan het budgetplan, maakt het persoonlijke plan geen onderdeel uit van de aanvraag om een persoonsgebonden budget. De wettelijke termijn van zeven dagen waarbinnen het persoonlijke plan kan worden overhandigd, stuit derhalve de beslistermijn die begint bij de ontvangst van de aanvraag niet.

prestatie, prestatiebeschrijving en tarief

De begrippen prestatie, prestatiebeschrijving en tarief hebben dezelfde betekenis als onder de Wet marktordening gezondheidszorg. Het begrip prestatiebeschrijving is als zodanig niet in de Wmg gedefinieerd, maar het begrip krijgt vorm in en door verschillende artikelen in paragraaf 4.4 van de Wmg.

specifieke risicoanalyse

De specifieke risicoanalyse is gericht om te bepalen op welke gegevens en op welke zorgaanbieder(s) of categorieën van zorgaanbieders de detailcontrole zich zal richten.

zorgovereenkomst

Dit begrip is relevant voor de regeling over persoonsgebonden budgets. Het gaat om de schriftelijke overeenkomst van de verzekerde met een persoon van wie hij zorg betreft en die daarvoor betaling ontvangt uit het persoonsgebonden budget. Dit kan een rechtspersoon zijn of een natuurlijke persoon.

Artikel 2.1

De zorgprofielen zijn opgenomen in bijlage A bij deze regeling, als bedoeld in artikel 3.1.1 van het

besluit. De zorgprofielen bouwen voort op AWBZ zorgzwaarteprofielen maar verschillen op de volgende onderdelen.

Ten eerste is, in overeenstemming met de nieuwe wettelijke systematiek en de daarbij behorende doelstelling om ruimte te laten voor de professionele zorgverlener, is niet langer sprake van een indicatie naar een kwantitatieve omvang (aantal uren per week). De omvang van de benodigde zorg komt thans globaler tot uitdrukking in de kwalitatieve beschrijving van het zorgprofiel en in het onderscheidende karakter tussen de verschillende zorgprofielen. De concretisering daarvan zal aan bod komen bij de zorgplanbespreking met de zorgaanbieder.

Ten tweede, zijn verwijzingen naar permanent toezicht, 24 uur zorg nabij of zorgverlening op afspraak/oproepbaar geschrapt. Dit hangt samen met de wettelijke toetsingscriteria die in de wet zijn opgenomen.

Ten derde is bij de zorgprofielen voor de sector licht verstandelijk gehandicapten (LVG) aangegeven dat het om volwassenen gaat. Bij de eerste twee zorgprofielen LVG (opgenomen onder 14 en 15 van Bijlage A, voormalig zzp LVG 1+2) gaat het doorgaans om doorloop vanuit de Jeugdwet. Bij de laatste drie zorgprofielen LVG (Bijlage A, onderdelen 16, 17 en 18, voormalig zzp 3+4+5) gaat het onder andere om doorloop vanuit de Jeugdwet. Bij de zorgprofielen voor LVG is derhalve ook geen verwijzing naar de gezinsvoogd opgenomen.

Ten vierde is bij de zorgprofielen in de sector Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), B-groep, de passage over een dominante grondslag vervangen door een passage die betrekking heeft op het verkrijgen van drie jaar zorg op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Ook bij het zorgprofiel VG wonen met begeleiding en verzorging (Bijlage A, onder 8, van deze regeling, voormalig zzp VG03) is aangegeven dat het om volwassen cliënten gaat en geschrapt dat de begeleiding zich richt op opvoeding, in verband met de afbakening met de Jeugdwet, ingevolge artikel 3.1.5, aanhef en onderdeel c, van het Besluit langdurige zorg.

Artikel 2.2

Zoals in paragraaf 3.3 van het algemeen deel van de toelichting op het Blz is aangegeven, zal de procedure voor de toekenning van 'meer zorg' in 2015 sterk lijken op de procedure die voor 2014 onder de AWBZ gold. Voorliggend artikel vormt dan ook een vertaling van artikel 1a, tweede lid, van de Regeling zorgaanspraken AWBZ (welke regeling bij de inwerkingtreding van de Wlz is komen te vervallen).

In het eerste lid, onderdelen a en b, worden zowel de zorgzwaarteprofielen genoemd die recht op meer zorg kunnen geven, als de zzp's die dat onder de AWBZ konden geven. De reden hiervoor is dat de indicatiebesluiten van verzekerden die voor de inwerkingtreding van de Wlz al een zzp hadden en die ingevolge het in paragraaf 11.1 van de Wlz geregelde overgangsrecht naar de Wlz over gaan, voornamelijk niet zullen worden vertaald naar indicatiebesluiten waarin in plaats van het zzp het toepasselijke zorgprofiel wordt genoemd. Om te voorkomen dat betrokkenen hun eventuele recht op meer zorg onder de Wlz verliezen en ook om het mogelijk te maken dat betrokkenen in 2015 zonnodig voor het eerst meer zorg kunnen krijgen, is in onderdeel b geregeld dat verzekerden die op 31 december 2014 (de dag voorafgaande aan de inwerkingtreding van de Wlz) een indicatie hadden voor een zzp dat recht op meer zorg kon verschaffen, ook onder de Wlz dat recht op meer zorg kunnen hebben. Een recht op meer zorg op basis van het eerste lid, onderdeel a of b, leidt in de bekostiging 2015 tot een geïndividualiseerde toeslag op maat bovenop de reguliere zzp-bekostiging. Voor de bekostiging van zorg in natura is dat door de NZa uitgewerkt in beleidsregel CA-BR-1508 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven ZZP-meerzorg Wlz'. Voor het pgb is de bekostiging van meer zorg uitgewerkt in artikel 5.14, tweede lid, van voorliggende regeling.

In het eerste lid, onderdeel c, worden kenmerken genoemd op basis waarvan ook een recht bestaat op meer zorg. Voor een recht op meer zorg op basis van het eerste lid, onderdeel c, zijn er in de bekostiging 2015 vaste toeslagen bovenop de reguliere zzp-bekostiging. Deze toeslagen zijn terug te vinden in de NZa-beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten' (CA-BR-1507a).

Ingevolge het tweede lid kan voor de verzekerden, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, slechts recht bestaan op meer zorg indien de (in uren gemeten) zorgbehoefte ten minste 25% ligt boven (het midden van de bandbreedte van) de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat in 2015 voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gehanteerd dan wel, voor de verzekerden die onder het overgangsrecht vallen, van het zorgprofiel zelf.

De groep verzekerden die onder het eerste lid, onderdeel c, vallen is, gelijk aan die van het tweede lid,

onderdeel b, van de Regeling zorgaanspraken AWBZ.

Voorliggend artikel zal slechts in 2015 gelden. Zoals in het algemeen deel van de toelichting op het Blz is aangegeven, zal de regeling over meer zorg zowel wat betreft de reikwijdte ervan als de procedure om tot de toekenning van meer zorg te komen, in 2015 worden verbeterd. Naast het zorgvuldig inbedden van de wijzigingen die op hoofdlijnen in de toelichting van het Blz zijn beschreven zal met het oog op 2016 specifiek worden gekeken naar drie aspecten van de huidige meerzorgprocedure:

1. Er wordt gezien of meer zorg met een geïndividualiseerde toeslag op maat ook nodig is voor andere zorgprofielen dan de profielen die zijn genoemd in artikel 1, onderdeel a of b, van voorliggend artikel. Nu is dit alleen toegankelijk voor zorgprofielen in de gehandicaptenzorg. In 2015 zal worden gezien of uitbreiding naar de zorgprofielen voor de geestelijke gezondheidszorg en/of de verpleging en de verzorging aan de orde is.
2. Er wordt gezien of er meer kenmerken zijn die toegang dienen te geven tot meer zorg dan de kenmerken genoemd in artikel 1, onderdeel c, van voorliggend artikel.
3. Er wordt gezien in hoeverre de bepaling in het tweede lid, dat in de in het eerste lid, onderdeel a, bedoelde gevallen slechts meer zorg mogelijk is indien de behoefte aan zorg minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dan wel van het zorgprofiel, zich verhoudt tot de gedachte van het bieden van maatwerk bij de invulling van het recht op meer zorg.

De verbeteringen zullen naar verwachting op 1 januari 2016 ingaan, en dat zal ertoe leiden dat voorliggend artikel vervangen zal worden door een nieuw.

Artikel 2.3

Eerste en zesde lid

In de Wet langdurige zorg is geregeld dat de Wlz-uitvoerders verantwoordelijk worden voor de verstrekking van mobiliteitshulpmiddelen. Zorgkantoren hebben aangegeven hier voor Wlz-gerechtigden die thuis blijven wonen en die verblijven in een instelling maar geen Wlz-behandeling ontvangen in 2015 niet goed voor te kunnen zorgen. Reden is dat nog niet alle informatie die nodig is om deze taak uit te voeren voorhanden is en zij hiermee nog geen ervaring hebben.

Bij tweede nota van wijziging zijn Wlz-uitvoerders daarom voor het jaar 2015 vrijgesteld van de taak om mobiliteitshulpmiddelen te verstrekken aan thuiswonende Wlz-gerechtigden en Wlz-gerechtigden die verblijven in een instelling maar geen Wlz-behandeling ontvangen. Daarnaast is via de Invoeringswet Jeugdwet geregeld dat gemeenten maatwerkvoorzieningen die hierop zijn gericht op grond van de Wmo 2015 niet mogen weigeren als iemand een Wlz-indicatie heeft. In 2015 beoordelen gemeenten de verstrekking van het meest aangewezen mobiliteitshulpmiddel voor Wlz-gerechtigden die verblijven in een instelling zonder Wlz-behandeling of die thuis verblijven. Gemeenten kunnen het lokale eigen beleid ten aanzien van mobiliteitshulpmiddelen toepassen als ware het een verstrekking aan Wmo-cliënten.

Van artikel 2.3 is in 2015 alleen het eerste lid, onderdeel a, van toepassing op verzekerden die met verblijft gepaard gaande behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de wet, ontvangen. Zorgkantoren hebben ervaring met het verstrekken van rolstoelen die individueel aangepast zijn aan verzekerden in een instelling waar zij verblijft en Wlz-behandeling ontvangen.

De omschrijving van mobiliteitshulpmiddelen in de Wet langdurige zorg is breder dan de individueel aangepaste rolstoelen die vanuit de AWBZ verstrekt worden aan verzekerden die met verblijft gepaard gaande behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de wet, ontvangen. Om te voorkomen dat er in 2015 een wijziging optreedt in de verstrekking van hulpmiddelen ten opzichte van 2014 is bepaald dat de verzekerde die in 2015 met verblijft gepaard gaande behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de wet, ontvangt geen recht heeft op vertrekkingen uit artikel 2.2 onderdelen b en c.

Op grond van bovenstaande beschreven gesplitste inwerkingtreding zijn er in 2015 geen wijzigingen in de verstrekking van hulpmiddelen ten opzichte van 2014.

Met ingang van 2016 worden mobiliteitshulpmiddelen voor cliënten die thuis blijven wonen en die verblijven zonder Wlz-behandeling verstrekt vanuit de Wet langdurige zorg. Er wordt in 2015 onderzoek gedaan naar de financiële omvang van de uitvoering van mobiliteitshulpmiddelen voor Wlz-gerechtigden. Het onderzoek moet in april zijn afgerond in verband met de start van de voorbereidingen van de zorginkoop voor 2016.

In dit artikel zijn opgenomen de hulpmiddelen die verstaan kunnen worden onder het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel e, van de wet. Onder het individueel gebruik van een rolstoel zoals vermeld onder a behoren zowel standaardrolstoelen



len als voor individueel gebruik aangepaste rolstoelen. Tevens kan hieronder vallen elektrische hulpaandrijving.

De formulering van artikel 2.3, eerste lid, onder b en c, verschilt van de formulering onder a. Reden is dat de fiets en scooter altijd aangepast moeten zijn alvorens ze uit de Wet langdurige zorg kunnen worden verstrekt. Voor rolstoelen geldt dit niet omdat verzekerden die gebruik maken van een pgb ook gebruik moeten kunnen maken van een standaard rolstoel.

Over de wijze van bekostiging wordt in dit artikel niets geregeld. Praktijk is dat dit kan verschillen. Standaardrolstoelen vallen doorgaans onder het instellingsbudget terwijl dure voor individueel gebruik aangepaste rolstoelen worden bekostigd uit het boven budgettair kader. Omdat afspraken hierover per jaar kunnen verschillen wordt dit niet vastgelegd in regelgeving. Zorgkantoren kunnen hiervoor protocollen opstellen.

Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen worden niet vergoed vanuit de Wet langdurige zorg. Hierbij valt te denken aan hulpmiddelen als krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken en rollators.

Loopwagens en stoelen voorzien van een trippelfunctie behoren tot de mobiliteitshulpmiddelen maar zijn niet opgenomen in de Regeling. Deze hulpmiddelen worden bekostigd vanuit de Zvw.

In 2015 zal het zorginstituut worden verzocht een advies uit te brengen over het verzekerde pakket in de Wet langdurige zorg. Het zorginstituut wordt verzocht hierin specifiek aandacht te besteden aan de hulpmiddelen. Mogelijk dat dit op termijn leidt tot aanpassing van het verzekerde pakket.

Ter voorbereiding op 2016 wordt in 2015 door VWS, de VNG en ZN onder meer onderzoek gedaan naar de verstrekking van hulpmiddelen aan Wlz-gerechtigden en wordt geïnventariseerd welke criteria gemeenten hierbij hanteren.

Tweede, derde en vierde lid

Het mobiliteitshulpmiddel voorziet conform artikel 3.1.2 van het Besluit Langdurige zorg in de mobiliteit van de gebruiker in en rondom de instelling of woning en de lokale omgeving. Het doel is behoud of verbetering van de zelfredzaamheid en het aangaan of onderhouden van sociale contacten. Het verstrekken van het meest aangewezen mobiliteitshulpmiddel is ter beoordeling van de Wlz-uitvoerder. Er is voorafgaande toestemming nodig. De Wlz-uitvoerder is tevens verantwoordelijk voor noodzakelijke aanpassingen, onderhoud en vervanging van verstrekte hulpmiddelen. Indien de verzekerde daarop is aangewezen, kan een tweede exemplaar in een andere uitvoering worden verstrekt.

Vijfde lid

Dit lid bepaalt op welke wijze er wordt omgegaan met het mobiliteitshulpmiddel wanneer de Wlz-indicatie eindigt. Een Wlz-indicatie geeft in principe levenslang toegang tot de Wet langdurige zorg. Uitzonderingen hierop zijn indicaties die betrekking hebben op SGLVG, LVG, GGZ-b en VV9b.

Artikel 2.4

Artikel 2.4 is overgenomen van artikel 9 en artikel 2, eerste en tweede lid, van de Regeling zorgafspraken AWBZ en heeft betrekking op tandheelkundige hulp waarop de verzekerde aangewezen kan zijn bij verblijf in een instelling. Uiteraard bestaat alleen aanspraak op tandheelkundige hulp indien de verzekerde daarop is aangewezen. Dit artikel geeft de nadere invulling van het recht op tandheelkundige hulp. De voorwaarde blijft dat de verzekerde die in een instelling verblijft in verband met een psychiatrische aandoening zijn aanspraak op tandheelkundige hulp pas na een verblijf van een jaar tot gelding kan brengen. Het vereiste van voorafgaande toestemming voor bijzondere tandheelkundige verrichtingen is gehandhaafd.

Artikel 3.1

Eerste lid

Dit onderdeel verwijst naar de overgangsregeling voor de groepen verzekerden die op basis van artikel 11.1.1, zesde lid, van de wet, administratief zijn omgezet naar zorg op basis van de Wlz. Gelet op het administratieve karakter van deze omzetting zijn de regels over indicatiebesluiten voor die groep vereenvoudigd.

Tweede lid

Recht op zorg die ingevolge de Wlz verzekerd is, dient uiteraard slechts aan Wlz-verzekerden toe te komen. Dat gold mutatis mutandis ook onder de AWBZ. Om onnodig werk voor het CIZ en verwarring voor de burger te voorkomen, luidde het beleid tot begin januari 2012 daarom, dat het CIZ aan het begin van de indicatiestelling naging of iemand die een indicatiebesluit voor de AWBZ had aangevraagd, verzekerd was. Op 11 januari 2012 sprak de Centrale Raad van Beroep (CRvB) echter uit dat dit, gezien de tekst van de AWBZ, niet tot de taak van het CIZ behoorde (ECLI: BV 0607). Sindsdien dienen de zorgkantoren nadat een burger een AWBZ-indicatie heeft verkregen na te gaan of betrokkene AWBZ-verzekerd is. Dit kan er derhalve toe leiden dat iemand die een AWBZ-indicatie heeft toch geen AWBZ-zorg krijgt, omdat hij niet verzekerd is.

De Wlz is zo opgesteld, dat de check of iemand Wlz-verzekerd is, wél door het CIZ kan worden verricht. Voorliggend artikel leidt ertoe dat het CIZ dat ook inderdaad dient te doen. Indien in het kader van de indicatiestelling een onderzoek van de verzekerde in persoon dient plaats te vinden, doet het CIZ deze check om onnodig werk te voorkomen, voorafgaande aan dat onderzoek. Indien het gaat om iemand bij wie ingevolge voorliggende Regeling geen onderzoek gedaan hoeft te worden, dient deze check uiteraard te geschieden ten behoeve van het nemen van een besluit op de indicatie-aanvraag. Het is aan het CIZ om de wijze waarop zij zich er van vergewist of betrokkene verzekerd is, vast te stellen.

Artikel 3.2

Anders dan onder de AWBZ het geval was, is in het Besluit als hoofdregel opgenomen dat indicatiebesluiten van onbeperkte geldigheidsduur zijn. Dat is slechts anders wanneer op die regel uitzonderingen worden gemaakt bij ministeriële regeling. Dit artikel regelt de gevallen waarin van die uitzondering sprake is. Daarbij is telkens ook aangegeven welke geldigheidsduur deze indicatiebesluiten hebben. De geldigheidsduur betreft de effectieve duur die voor de behandeling nodig is.

Eerste lid

Het gaat hierbij om integrale behandelzorg in een verblijfssetting met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij die wordt ingezet voor een bepaalde periode omdat de behandeling die vóór het achttienjarige levensjaar is gestart nog niet is afgerond of omdat pas na het bereiken van de achttienjarige leeftijd wordt vastgesteld dat deze vorm van zorg de meest aangewezen is in verband met de gedragsproblematiek van de licht verstandelijk beperkte jongvolwassene. Na deze behandelperiode kan de cliënt zijn aangewezen op een andere vorm van zorg vanuit de wet, of kan de cliënt worden ondersteund door de gemeente of de zorgverzekeraar.

Tweede lid

Het gaat hier om zorg in verband met een psychische stoornis voor een verzekerde wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt. Verzekerde heeft dan aansluitend recht op voortzetting van deze zorg gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar. Deze periode kan telkens voor een onafgebroken periode van maximaal drie jaar worden verlengd.

Derde lid

Het gaat hier om zorg voor cliënten waar medisch-specialistische diagnostiek/interventie heeft plaatsgevonden, waarbij doorgaans sprake is geweest van opname. Voorafgaand aan de interventie ontvingen deze cliënten vrijwel alle reeds behandeling in combinatie met verblijf ten laste van de wet. In aansluiting op de interventie is er tijdelijk behoefte aan herstelgerichte behandeling tot het niveau van voor de acute aandoening.

Vierde lid

Het vierde lid is overgenomen van de regeling onder de AWBZ.

Artikel 3.3

De geldigheidsduur betreft de effectieve duur die voor de behandeling nodig is. Als sprake is van behandeling die gericht is op een andere stoornis of beperking, dan kan een nieuwe indicatie met een nieuwe geldigheidsduur worden afgegeven.

Artikel 3.4

Op grond van de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 worden subsidies verstrekt ten behoeve van eerstelijns verblijf. Dit is medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waarbij 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid aanwezig is, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg. De zorg kenmerkt zich door zijn kortdurende karakter en is gericht op verzekerden die tijdelijk verblijf nodig hebben, in het vooruitzicht daarna weer thuis te kunnen wonen. In 2015 wordt voor deze zorg nog besluiten afgegeven door het CIZ en worden op gebruikelijke wijze digitaal in de Wlz-informatieketen (AZR) uitgewisseld. Een besluit met een onbepaalde geldigheidsduur past niet bij het karakter van deze zorg. Met partijen zijn afspraken gemaakt over de per prestatie maximaal te hanteren geldigheidsduur. Indicaties voor eerstelijns verblijf zijn daarmee tevens onderscheidend van Wlz-indicaties.

Artikel 4.1

Artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel b, onder 2°, van het Besluit geeft aan welke bedragen in mindering worden gebracht bij de berekening van het bijdrageplichtig inkomen. Het gaat om een bedrag voor zak- en kleedgeld, een bedrag in verband met de premie zorgverzekering, een aftrekpost, en een extra vrijlating. Vanwege de leesbaarheid van deze paragraaf is er voor gekozen om deze bedragen te noemen in artikel 4.1. In de artikelen 4.2 tot en met 4.5 wordt vervolgens voor iedere post geregeld hoe deze worden vastgesteld. Deze bedragen worden in mindering gebracht op het bedrag dat is berekend volgens artikel 3.3.2.3, eerste lid, onder a, evenals de arbeidsaftrek (onderdeel b, onder 1°) en een uitkering voor oorlogsgetroffenen (onderdeel b, onder 3°), voor zover van toepassing. Daarmee is het bijdrageplichtig inkomen berekend. Het bijdrageplichtig inkomen wordt vervolgens vermeerderd met de vermogensinkomensbijtelling. De uitkomst daarvan door 12 gedeeld. Daarmee is de maandelijks verschuldigde hoge eigen bijdrage berekend.

Artikel 4.2

De bedragen voor de aftrekpost in verband met zak- en kleedgeld zijn met dit artikel vastgesteld. Ten opzichte van de bedragen in de Bijdrageregeling zorg AWBZ zijn de bedragen voor het jaar 2015 geïndexeerd.

Artikel 4.3

Deze bedragen hebben betrekking op de aftrekpost voor de premie zorgverzekering, gecorrigeerd voor de zorgtoeslag.

Het in het eerste lid, onder b, geregeld percentage van 5,65% van het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 43 van de Zorgverzekeringswet, is het bedrag dat de Belastingdienst in rekening brengt bij de verzekerden die zelf de inkomensafhankelijke bijdrage (iab) zorgverzekering verschuldigd zijn. Het gaat daarbij onder meer om zelfstandigen en alimentatiegerechtigden.

Met ingang van 1 januari 2013 is voor de vaststelling van de zorgtoeslag een vermogenstoets ingevoerd. Dit betekent dat verzekerden met vermogen boven de daarvoor geldende grens met ingang 1 januari 2013 geen zorgtoeslag meer hebben gekregen. Voor de eigen bijdrage is dit relevant per 1 januari 2015 omdat de eigen bijdrage in beginsel op het inkomen en vermogen van twee jaar terug wordt vastgesteld. Voor deze verzekerde wordt de aftrekpost premie zorgverzekering met ingang van 1 januari 2015 niet meer gecorrigeerd voor de zorgtoeslag die ze immers niet meer ontvangen.

Artikel 4.4

In het nieuwe artikel 4.4 is een aftrekpost van € 1.727 per jaar geregeld voor de verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt en een aftrekpost van € 965 voor de verzekerde die deze leeftijd wel heeft bereikt.

Artikel 4.5

De bedragen voor de extra vrijlatingen zijn met dit artikel vastgesteld. Ten opzichte van de bedragen in de Bijdrageregeling zorg AWBZ zijn de bedragen voor het jaar 2015 geïndexeerd.

Artikel 5.1

Eerste lid

Artikel 5.1 is gebaseerd op artikel 3.3.2, achtste lid, van de wet, wat voortvloeit voort uit artikel



amendement 133 van het lid Dik-Faber (Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 33 891, nr. 13). Het regelt dat bij bepaling van de totale kosten van het modulair pakket thuis bepaalde kosten buitenbeschouwing worden gelaten.

Onderdeel a

Gemeenten zorgen gedurende het jaar 2015 voor het schoonhouden van de woonruimte voor mensen met een mpt. Gemeenten kunnen het lokale eigen beleid ten aanzien van huishoudelijke hulp toepassen als ware het een verstrekking aan Wmo-cliënten (bijvoorbeeld met als resultaat 'schoon huis', de mogelijkheid van een passende algemene voorziening en met aan de voorziening te stellen eisen van kwaliteit die ook voor Wmo-cliënten gelden). Met ingang van 2016 wordt het schoonmaken van het huis voor mensen met een mpt als aparte module binnen het mpt verstrekt vanuit de Wlz. Omdat in de hoogte van het pgb een bedrag is opgenomen voor het schoonhouden van de woonruimte voor verzekerden ter hoogte van € 3.357 (zie artikel 5.13, derde lid) en de totale kosten van het mpt een afgeleide zijn van het pgb wordt dit bedrag buiten beschouwing gelaten bij het bepalen van het beschikbare bedrag voor de modules van het mpt. Deze huishoudelijke hulp wordt in 2015 immers via de gemeenten verstrekt. Zouden de kosten voor het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde niet buiten beschouwing gelaten worden dan zou er spraken zijn van dubbele bekostiging.

Onderdeel b

Dagbesteding valt buiten de vergelijking uit het eerste lid van dit artikel. Cliënten met een indicatie voor een zorgprofiel inclusief dagbesteding kunnen kiezen of ze de dagbesteding als zorg in natura of als pgb wensen te ontvangen. De omvang van de dagbesteding bij zorg in natura is niet beperkt tot het bedrag dat daarvoor is opgenomen in hoofdstuk 5 van deze regeling.

Ook de kapitaallasten van de dagbesteding vallen buiten de vergelijking. Reden hiervan is dat in de hoogte van het pgb geen vergoeding voor kapitaallasten is opgenomen terwijl er, indien cliënten er voor kiezen om dagbesteding via zorg in natura te genieten, wel kapitaallasten moeten worden vergoed. Zouden kapitaallasten niet buiten beschouwing gehouden worden dan zou de vergoeding van de kapitaallasten in het geval dat een cliënt dagbesteding in natura afneemt via het mpt of een combinatie van een mpt met een pgb, ten koste gaan van de besteedbare ruimte binnen de rest van het mpt.

Onderdeel c

Omdat de specifieke Wlz behandeling uit artikel 3.1.1. lid 1 onder c van de wet geen onderdeel kan uitmaken van de verstrekking via het pgb, valt deze buiten de bepaling van de kosten als bedoeld in artikel 3.3.2, vierde lid, onderdeel b, van de wet en kan deze aanvullend worden verstrekt. Voor de specifieke Wlz behandeling wordt geen omvang aangegeven.

Artikel 5.2

Eerste lid

Het eerste lid van artikel 5.2 regelt dat de hoogte van het mpt, of het mpt gecombineerd met het pgb, ten hoogste gelijk is aan het pgb dat iemand zou hebben gekregen als hij slechts een pgb had aangevraagd. Daarmee is een algemene norm gegeven, die past bij het feit dat mpt en pgb gecombineerd mogen worden en dat binnen beide leveringsvormen geschoven kan worden tussen de geïndiceerde vormen van zorg.

Tweede lid

Het tweede lid van artikel 5.2 regelt in overleg met de cliënt niet alleen tussen zorgvormen maar ook tussen beide leveringsvormen worden geschoven opdat maximale flexibiliteit en individueel maatwerk voor de cliënt kan worden bereikt.

Kern van het zorgprofiel is dat het ruimte biedt voor individueel maatwerk. Cliënt en aanbieder maken in het zorgplan afspraken over de in te zetten zorg binnen het zorgprofiel. Indien de cliënt in overleg met de aanbieder beslist meer dan wel minder van een bepaalde geïndiceerde zorgvorm in te zetten ten koste dan wel faveure van een andere zorgvorm dan biedt het zorgprofiel hiertoe ruimte. Het tweede lid van artikel 5.2 regelt dezelfde flexibiliteit maar dan voor de leveringsvorm pgb. Indien een cliënt beslist meer van een bepaalde zorgvorm in natura te willen genieten met een mpt dan kan het pgb lager worden vastgesteld om hiervoor ruimte te creëren of vice versa.

Derde lid

Het derde lid regelt dat beschikkingen betreffende het mpt en het pgb genomen door het Wlz-

uitvoerder dan wel het zorgkantoor, indien er sprake is van gecombineerd gebruik van zorg in natura met mpt en pgb, in samenhang kunnen worden voorbereid en genomen.

Artikel 5.3

Dit artikel regelt de mogelijkheid om met extra kosten thuis zorg te ontvangen. Met deze mogelijkheid dient terughoudend om te worden gegaan. Beoogd is een regeling die aansluit bij de wijze waarop in uitvoeringspraktijk onder de AWBZ voor bepaalde groepen 'enige ondoelmatigheid' is toegestaan. Deze regeling vloeit grotendeels voort uit een aangenomen amendement (*Kamerstukken II 2014/15, 33 891, nr 153*). Het geeft de mogelijkheid dat mensen thuis kunnen blijven wonen, ook als zij behoefte hebben aan langdurige en intensieve zorg en dat duurder is dan verblijf in een instelling. Voorkomen wordt dat kinderen, jongvolwassenen en mensen in andere specifieke situaties, zoals in het artikel benoemd, in de Wlz verplicht in een intramurale instelling moeten gaan verblijven omdat hun zorg thuis duurder is dan verblijf in een instelling. De daarvoor beschikbare bedragen zijn telkens ten hoogste 25% van normaal beschikbare bedrag voor en pgb of voor een mpt.

Van de mogelijkheid om bij extra kosten thuis zorg te ontvangen zal terughoudend gebruik gemaakt worden, nu het een uitzondering betreft. Het komt pas aan de orde wanneer de Wlz-uitvoerder van oordeel is dat de zorg volgens de gebruikelijke regels niet op een doelmatige wijze ten thuis kan worden verleend, omdat de benodigde zorg de daarvoor beschikbare kosten zou overschrijden, of als het zorgkantoor van oordeel is dat met een pgb niet op een doelmatige wijze zal worden voorzien in toereikende zorg. Hetzelfde geldt voor een combinatie van een pgb en een mpt. Volgens de artikelen 3.3.2, vierde lid, onderdeel a of b, en 3.3.3, vierde lid, onder a, van de wet, dient de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor in een dergelijk geval het mpt of het pgb te weigeren.

Dit artikel regelt dat in dergelijke gevallen niet onmiddellijk tot weigering overgegaan kan worden. Eerst zal de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor na overleg daarover met de verzekerde, moeten beoordelen of enige verhoging van de bij verlening te vergoeden kosten (via het mpt of via het pgb), van ten hoogste 25%, toch tot doelmatige zorg kan leiden. Is dat het geval, dan kan het mpt, het pgb of de combinatie daartussen, met die verhoging worden verleend. In artikel 5.14, tweede lid, is dit ook voor het pgb geregeld. Is ook met enige verhoging geen doelmatige zorg mogelijk, dan dient alsnog weigering van het mpt of het pgb te volgen, en rest de verzekerde de mogelijkheid van verblijf of, wellicht, een aanspraak op meer zorg.

De regeling voor extra kosten thuis is een uitzondering op de hoofdregel als gevolg waarvan een pgb of mpt wegens ondoelmatigheid geweigerd moet worden. Net als deze weigeringsgrond, dient het met terughoudendheid te worden toegepast. Zorgkantoren kunnen dus niet klakkeloos in alle gevallen 25% bovenop de tarieven zetten. De terughoudendheid wil overigens niet zeggen dat toepassing geheel achterwege mag worden gelaten bij de toekenning van pgb's en mpt's. Als een dergelijke toekenning ondoelmatig is had immers volgens de wet geweigerd te worden, met inachtneming van de procedure van dit artikel.

De terughoudendheid brengt ook mee dat verzekerden die menen aanspraak te hebben op de vergoeding van extra kosten thuis en dit vermelden bij hun aanvraag, in wezen om weigering van hun eigen aanvraag verzoeken, en daarmee het risico dat een pgb of mpt geheel wordt afgewezen. Alleen als daadwerkelijk sprake is van ondoelmatigheid, zonder enige ophoging, kan immers van een beoordeling voor extra kosten thuis sprake zijn.

De toepassing van de regeling voor extra kosten thuis is beperkt tot de groepen verzekerden die in het derde lid zijn omschreven. Het betreft verzekerde kinderen en jongvolwassenen, die de mogelijkheid moeten kunnen krijgen om thuis op te groeien, de ouder van kinderen die de mogelijkheid moet kunnen krijgen om deel uit te maken van een opgroeiend gezien, verzekerden met een lichamelijke of zintuiglijke handicap of waarbij sprake is van somatiek zonder dat sprake is van een cognitieve beperking die de mogelijkheid moeten kunnen krijgen om vanuit thuis mogelijkheden tot ontwikkeling en ontplooiing te krijgen door betaald werk of daarop gericht opleiding of studie en verzekerden die bijvoorbeeld door thuisbeademing een hoger ervaren levenskwaliteit kunnen hebben, door zorg thuis te krijgen voor een levensbedreigende aandoening.

Artikel 5.4

Een zorgkantoor kan alleen een persoonsgebonden budget verlenen aan verzekerden die woonachtig zijn in de regio van het betreffende zorgkantoor. Tot welke regio een gemeente behoort, is geregeld in artikel 6.1 van deze regeling. Bij verhuizing van de verzekerde naar een andere regio, wordt zorg gedragen voor warme overdracht.



Artikel 5.5

Behandeling kan net als onder de AWBZ niet met het pgb worden ingekocht. Als (intramurale) behandeling een groot deel van de zorg omvat, wat het geval is bij in het eerste lid genoemde zorgprofielen, dan kan een verzekerde niet kiezen voor het pgb. De zorg wordt dan per definitie in natura geleverd, in een intramurale behandelsetting. Dat is ook nu reeds het geval in de AWBZ. Onder de AWBZ was een zorgprofiel vergeten, te weten 3 LVG, terwijl wel 4 LVG en 5 LVG waren uitgesloten van het pgb. Deze situatie wordt gecorrigeerd. Het betekent ook dat het tweede lid erin voorziet dat mensen die wel een pgb hebben toegekend gekregen met 3 LVG in het verleden, het pgb niet zomaar kwijt raken. Zij mogen hun pgb behouden. Voor de goede orde kan worden vermeld dat de GGZ-B-profielen als op grond van artikel 3.3.4 van de wet, van het pgb zijn uitgesloten, behoudens de gevallen die op grond van artikel 11.1.3, tweede lid, van de wet via overgangsrecht onder de Wlz vallen.

Artikel 5.6

Nieuw ten opzichte van de pgb-regeling AWBZ is dat met het eerste lid van dit artikel bepaalde zorgprofielen worden verplicht om van gewaarborgde hulp gebruik te maken. Anders zal het pgb worden geweigerd. Uit de aard van deze zorgprofielen vloeit voort dat verzekerden die op de daarin getypeerde zorg zijn aangewezen in de regel niet zelfstandig aan de verplichtingen van het pgb zullen kunnen voldoen en derhalve altijd een derde zullen moeten inschakelen om hen hierin te ondersteunen. Bestaande budgethouders met deze zorgprofielen die geen hulp van een derde hebben, krijgen de tijd, conform het tweede lid, om alsnog de hulp van een derde te betrekken.

Artikel 5.7

Dit artikel ziet erop toe dat bepaalde mensen die al een pgb hadden onder de AWBZ en weer een pgb krijgen toegekend krachtens de Wlz niet weer het gehele toekenningsproces hoeven te doorlopen en van bepaalde verplichtingen zijn ontheven.

Artikel 5.8

Het artikel geeft aan dat de aanvraag van een pgb altijd vergezeld moet gaan van een aanvraagformulier en een budgetplan, waarvoor standaarden bestaan. Zorgkantoren hebben hiervoor op grond van het Besluit een model vastgesteld. Het zorgkantoor stelt een cliënt bovendien in staat om het budgetplan te laten vergezellen door een persoonlijk plan. Dit maakt geen onderdeel uit van de aanvraag. Wel dient er bij het nemen van het besluit rekening mee gehouden te worden. Ook is het verplicht dat een zorgkantoor een aanvrager in persoon heeft gezien voordat een pgb kan worden toegekend. Dit zogenaamde bewustkeuzegesprek heeft meerdere doelen, waaronder de mogelijkheid om de cliënt voor te kunnen lichten over wat de verplichtingen zijn die bij het pgb komen kijken en om beter te kunnen beoordelen of de verzekerde in staat zal zijn de verplichtingen waar te maken en of weigeringsgronden zoals in Wlz en Rlz geformuleerd van toepassing zijn. Bovendien kan blijken dat een verzekerde is geholpen met een andere leveringsvorm dan het pgb.

Artikel 5.9

De in dit artikel opgenomen weigeringsgronden gelden naast de verleningsvoorwaarden en de weigeringsgronden die in de wet (artikel 3.3.3) en het Besluit reeds zijn opgenomen. Behalve deze specifiek voor het pgb geregelde weigeringsgronden gelden voor het beoordelen van een aanvraag om een pgb ook de weigeringsgronden die voor alle subsidies gelden op basis van titel 4.2 van de Algemene wet bestuursrecht en op basis van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet bibob). De weigeringsgronden van dit artikel zijn ontleend aan de weigeringsgronden die golden op basis van de Regeling subsidies AWBZ.

Artikel 5.10

Dit artikel regelt de relevante tijdstippen bij de toepassing van een weigering op grond van artikel 4:25 Awb omdat het subsidieplafond dat per regio in artikel 8.2 is vastgesteld wordt overschreden. Voor de toelichting zijn verwezen naar de toelichting bij artikel 8.2 van deze regeling. De regeling van de tijdstippen is zoals hij was op basis van de Regeling subsidies AWBZ.

Artikel 5.11

Conform artikel 5.6 kan het zijn dat bepaalde verzekerden alleen een pgb kunnen ontvangen indien zij de hulp van een derde inschakelen die ervoor kan instaan dat de verplichtingen omtrent het pgb kunnen worden waargemaakt. Maar ook andere verzekerden die een derde inschakelen om hen te

helpen bij het pgb vallen onder dit artikel. Het artikel regelt dat er eisen gesteld kunnen worden aan de derde zodat sprake is van gewaarborgde hulp. De verzekerde blijft evenwel de verantwoordelijkheid dragen. Uit de aanpak pgb-fraude van 2013 en 2014 bleek bovendien dat het vaak een derde persoon of partij is die de fraude pleegt. De verzekerde is conform het eerste lid verplicht om de naam en adres van de derde op te geven alsmede aan te geven welke hulp de derde biedt. Dit zal onderdeel worden van het aanvraagformulier en/of budgetplan. Het vierde lid ziet erop toe dat bestaande budgethouders die reeds een derde hebben die hen helpt de verplichten van het pgb waar te maken, enige tijd krijgen om de gegevens van de derde te verstrekken alsook te zorgen dat deze derde aan de in het tweede lid gestelde eisen voldoet.

Voorop blijft staan dat een verzekerde in staat moet zijn de verplichtingen na te komen die aan het pgb zijn verbonden. Als de verzekerde dat niet zelf kan, dan mag hij hulp inschakelen. Die hulp moet dan gewaarborgd zijn. Dat wil zeggen dat de derde ervoor moet instaan dat de verplichtingen (die formeel gelden en blijven gelden voor de verzekerde als budgethouder) worden nagekomen. Het voorgestelde artikel vult deels in wat géén gewaarborgde hulp is en geeft het zorgkantoor de bevoegdheid om in die situaties een pgb te weigeren. Het gebruik van die bevoegdheid levert een beperking op van de kring van personen die een verzekerde kan helpen om voor een pgb in aanmerking te komen. Als de derde bijvoorbeeld in de schuldsanering zit dan kan worden geweigerd. Maar ook als de derde eerder als vertegenwoordiger optrad voor een pgb-houder die zich niet heeft gehouden aan de regels. Het gaat dus nu al over beperkingen aan de kring van vertegenwoordigers.

De verantwoordelijkheid voor de naleving van de verplichtingen omtrent het pgb, evenals de gevolgen bij niet-naleving daarvan, rusten in de eerste plaats nog steeds voor de budgethouder. Die zal ook nog steeds aan alle verplichtingen moeten voldoen die rondom het pgb gelden. De pgb-houder die een derde inschakelt, doet er daarom goed aan zich ervan te vergewissen dat een hulppersoon (of organisatie) die hij inschakelt integer is en ook kan waarborgen dat de budgethouder zal voldoen aan verplichtingen rond het pgb die de budgethouder zonder diens hulp mogelijk niet kan nakomen.

De regeling introduceert wel eisen aan deze derde. De eisen voor de derde zijn van een afgeleid karakter van die voor de verzekerde. Het is een afgeleide, of getrapte, eis. Van verzekerde wordt nog steeds vereist dat hij in staat is de verplichtingen rondom pgb na te komen. Dat mag met hulp van derden. Aan een derde wordt dan de eis gesteld dat die ervoor instaat dat de verzekerde de verplichtingen rondom pgb nakomt. In artikel 5.20 is geregeld dat niet naleving van deze eisen kan leiden tot opschorting of intrekking van het pgb.

Artikel 5.12

Dit artikel regelt de subsidieperiode waarvoor het pgb wordt verleend, ingaand op z'n vroegst de dag dat de verzekerde is aangewezen op zorg volgens zijn indicatiebesluit en eindigend op de dag dat het indicatiebesluit geldigheidsduur verliest maar uiterlijk op laatste dag van het jaar. Het pgb kent een subsidieperiode van een jaar, die telkens met een jaar verlengd zal worden zolang de indicatie geldig is of om andere redenen het pgb niet langer toegekend mag of hoeft te worden.

Artikel 5.13

Op basis van de onder 5.13 genoemde bedragen en aan de hand van de in bijlage C opgenomen omrekeningtabel wordt de hoogte van het pgb bepaald. Voor Wlz-indiceerbaren, wordt het pgb krachtens artikel 11.1.2, zevende lid, van de wet bepaald aan de hand van het oude recht. Hun persoonsgebonden budget verandert niet t.o.v. 2014 onder de AWBZ, behalve dat de bedragen worden opgehoogd met een vast bedrag voor huishoudelijke hulp (vijfde en derde lid) omdat de combinatie met een Wmo pgb voor huishoudelijke hulp niet mogelijk is. De pgb's van alle andere Wlz budgethouders zijn ten opzichte van de tarieven 2014 geïndexeerd (vijfde lid). Ook wordt niet langer gewerkt met het inhouden van de eigen bijdrage op het pgb.

Artikel 5.14

In artikel 5.14 wordt ondermeer geregeld dat het pgb in principe niet hoger kan worden vastgesteld dan de som van de bedragen in artikel 5.13, behalve als sprake is van meer zorg (artikel 2.2) of van extra kosten thuis (als bedoeld in artikel 5.3).

Artikel 5.15

De persoonsgebonden budgetten van budgethouders met budgetgarantie vormen uitzondering op de regel van artikel 5.13. Hun pgb wordt conform artikel 5.15 vastgesteld. De budgetgarantie werd in het leven geroepen toen vele budgethouders in pgb erop achteruit zouden gaan doordat in 2012 de

pgb-tarieven in verhouding werden gebracht met de nieuwe zorgzwaartepakket-tarieven. Voor iedereen wordt deze budgetgarantie in stappen afgebouwd tot de huidige pgb-tarieven worden bereikt. In 2015 met maximaal 10% t.o.v. 2014, nadat deze eerder in 2013 met maximaal 5% en in 2014 met maximaal 10% waren afgebouwd. Voor twee groepen wordt de budgetgarantie niet afgebouwd en blijft 100%, welke worden benoemd onder artikel 5.15 lid 1 onderdelen a en b.

Artikel 5.16

Nadat het persoonsgebonden budget is toegekend en de hoogte is vastgesteld komt het pgb als trekkingsrecht beschikbaar bij de Sociale verzekeringsbank. De budgethouder kan bij de SVB facturen indienen om zorgaanbieders of mantelzorgers te laten uitbetalen. Om te kunnen declareren moet sprake zijn van een goedgekeurde zorgovereenkomst. Deze moet zowel zijn goedgekeurd door het zorgkantoor als door de Sociale verzekeringsbank. Dit is al geregeld in het Besluit. Dit artikel werkt de eisen verder uit voor de goedkeuring door de zorgkantoren. De Sociale verzekeringsbank hanteert eigen beleidsregels. De Sociale verzekeringsbank keurt conform het Besluit als de overeenkomst in strijd is met het fiscale recht of het arbeidsrecht. Zorgovereenkomsten die al in 2014 zijn goedgekeurd blijven ook in 2015 goedgekeurd, ingevolge artikel 9.5 van de regeling. Voor de toelichting kan worden verwezen naar de toelichting bij dat artikel.

Artikel 5.17

Het persoonsgebonden budget mag worden besteed aan alle vormen van zorg die met het pgb mogen worden ingekocht, maar door een bepaalde groep ook aan bemiddelingskosten en door iedereen in een kleinschalig wooninitiatief aan de zorginfrastructuur tot een maximale bedrag van de toeslag die daarvoor aan het pgb is toegevoegd. Ook kan het pgb (conform het tweede lid) worden besteed aan de kosten van vervoer naar een plaats waar de verzekerde een dagdeel begeleiding en/of behandeling ontvangt. Verder hoeft een budgethouder conform het derde lid niet aan te geven waaraan 1,5% van zijn/haar budget wordt besteed, met een minimum van €250 en een maximum van €1250. Dit verantwoordingsvrije bedrag is bedoeld voor uitgaven die een budgethouder maakt in het beheer van en nakomen van verplichtingen komend bij het pgb.

Artikel 5.18

Bij het verlenen van een pgb worden aan de budgethouder op grond van dit artikel enkele verplichtingen opgelegd in aanvulling op de voorwaarden die krachtens de wet, het Besluit en de gelden voor toekenning van het pgb waaraan een budgethouder moet blijven voldoen. De opgenomen verplichtingen gaan gelden voor alle pgb-houders en zijn ontleend aan de Regeling subsidies AWBZ.

Onderdeel a en onderdeel e, zijn vanwege de invoering van het trekkingsrecht voor alle budgethouders van belang geworden. Met betrekking tot onderdeel e, moet erop gewezen worden dat het hier gaat om de rol van de SvB in de privaatrechtelijke verhouding tussen de budgethouder en diens wederpartij in de zorgovereenkomst. De SvB doet dus zowel betalingen ter uitvoering van een publiekrechtelijke subsidieverhouding tussen het zorgkantoor en de pgb-houder (artikel 3.3.3, zevende lid, van de wet) als ter uitvoering van de zorgovereenkomst van de budgethouder. Zie ook de toelichting bij artikel 5.23.

Behalve deze verplichtingen kunnen zorgkantoren ook andere verplichtingen opleggen, mits die in overeenstemming zijn met de artikel 4:37 en 4:38 van de Algemene wet bestuursrecht. De verplichtingen die krachtens dit artikel, of de Awb, worden opgelegd dienen op grond van artikel 5.19 ook te worden vermeld in de verleningsbeschikking.

Artikel 5.19

De inhoudseisen waaraan de beschikking tot subsidieverlening moet voldoen, komen overeen met de eisen die daaraan werden gesteld op grond van de Regeling subsidies AWBZ.

Artikel 5.20

Het eerste lid bepaalt dat de verleningsbeschikking kan worden gewijzigd of ingetrokken na overlijden van de verzekerde, het langer dan twee maanden verblijven in een instelling, wanneer de verzekerde zelf laat weten geen pgb meer te willen, wanneer het indicatiebesluit ten nadelen van de verzekerde wordt herzien of wanneer wordt vastgesteld door het zorgkantoor op basis van advies van maatschappelijk werk of de Raad van de kinderbescherming dat het pgb niet langer aan de inkoop van zorg wordt besteed voor een minderjarige budgethouder dat sprake zal zijn van mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade in opvoeding of ontwikkeling. Deze gronden zijn overgenomen uit de Regeling subsidies AWBZ.



Behalve door toepassing van deze artikelen, kan de pgb-verlening ook worden ingetrokken of gewijzigd, op grond van artikel 4:48 van de Algemene wet bestuursrecht, bijvoorbeeld wanneer sprake is van subsidieverlening op basis van onjuiste gegevens of als de pgb-houder niet voldoet aan de verplichtingen die aan het pgb zijn verbonden.

In het tweede lid is een discretionaire intrekings- of wijzigingsgrond opgenomen, voor gevallen waarin de derde die de budgethouder gewaarborgde hulp dient te geven, niet langer aan de daarvoor geldende eisen voldoet.

Ten overvloede wordt er op gewezen dat wanneer het zorgkantoor aan de pgb-houder schriftelijk kennis geeft van het ernstige vermoeden dat er grond bestaat om op grond van artikel 4:48 Awb, de betaling door de SvB kan worden opgeschort tot en met de dag waarop de beschikking tot intrekking of wijziging van de pgb-verlening is bekendgemaakt of de dag waarop na de genoemde kennisgeving, dertien weken zijn verstreken (artikel 4:56 Awb).

Artikel 5.21

Het vaststellen van het persoonsgebonden budget vindt achteraf plaats. In aanvulling op de regels die over de vaststelling van subsidies gelden op grond van de Algemene wet bestuursrecht, zijn hier enkele bepalingen opgenomen die ook reeds in de Regeling subsidies AWBZ zijn opgenomen.

Artikel 5.22

Dit artikel bevat de tarieven die ten hoogste ten laste van het persoonsgebonden budget kunnen komen. Dit betreft zowel tarieven voor zorgaanbieders als voor mantelzorgers.

Artikel 5.23

In artikel 5.23 staan regels over het budgetbeheer van de SVB. Tot de uitvoerende taken van de SVB behoren naast het verrichten van de betalingen uit persoonsgebonden budgetten ook het registreren, adviseren, afdragen van belasting, administreren, toetsen op de door het zorgkantoor gestelde voorwaarden, controle op wet- en regelgeving en het faciliteren van verplicht werkgeverschap. Het is van belang dat de SVB en zorgkantoren goed afstemmen over de uitvoering van het budgetbeheer. In dit artikel zijn regels gesteld over het trekkingsrecht en het budgetbeheer van een persoonsgebonden budget (pgb) dat wordt uitgevoerd door de SVB. De SVB mag alleen onder bepaalde voorwaarden betalingen verrichten. Wanneer de SVB een declaratie van de cliënt ontvangt zal eerst moeten worden getoetst of de declaratie in overeenstemming is met de pgb-beschikking van het zorgkantoor en de overeenkomst(en) die de verzekerde heeft gesloten met zorgaanbieders of mantelzorgers die het werk in het kader van zijn verleende pgb uitvoeren.

Er kan sprake zijn van werkgeverstaken, zoals afdracht van eventuele loonheffing, premies voor de werknemersverzekeringen en werkgeverspremies op grond van de Zorgverzekeringswet. Dit zal de SVB eveneens uitvoeren. Ook wordt het budget, op grond van de pgb-beschikking, via de SVB gecompenseerd voor het bedrag dat een budgethouder kwijt is doordat hij een zieke werknemer heeft die hij op grond van artikel 7:629 BW moet doorbetalen. Het budget wordt gecompenseerd zodat de budgethouder vervangende zorg kan inkopen. De SVB ondersteunt en faciliteert de budgethouder, maar de budgethouder blijft te allen tijde zelf verantwoordelijk voor zijn verplichtingen als werkgever of opdrachtgever en voor zijn verplichtingen als houder van een pgb. Krachtens het Blz en deze regeling zijn eisen gesteld aan de overeenkomsten die worden gesloten tussen verzekerden en zorgaanbieders. Voor de uitvoering van het budgetbeheer is het van belang dat de overeenkomst aan bepaalde minimumeisen voldoet. Het moet helder zijn of er bijvoorbeeld sprake is van werkgeverschap.

Verzekerden zullen in bepaalde gevallen ook diensten gebruiken waarover vooraf geen overeenkomst is gesloten en waarbij individuele declaraties moeten volstaan (te denken valt aan vervoer naar een dagbesteding e.d.).

Verder is geregeld dat uit een declaratie ten aanzien van een arbeidsovereenkomst of een overeenkomst van opdracht (art 7:400 BW) moet blijken hoeveel ondersteuning is verleend en of wat de overeengekomen resultaten waren. Daarnaast dienen declaraties van de nodige kenmerken te worden voorzien, zoals adresgegevens en eventueel een nummer van de kamer van koophandel, zodat het voor de SVB duidelijk is ten behoeve van wie de betaling wordt verricht. De SVB gaat pas over tot betaling als aan deze voorwaarden is voldaan.

In het vierde lid is, onverminderd artikel 4:5 van de Awb, geregeld dat de SVB de uitbetaling van declaraties mag weigeren als het zorgkantoor de pgb-beschikking intrekt of herziet en wanneer de

arbeidsovereenkomst of overeenkomst van opdracht niet volgens het geldende recht is opgesteld. Dit borgt eerlijke arbeidsomstandigheden. Daarbij controleert de SVB ook de rechtmatigheid rond de loondoorbetaling bij ziekte.

In het derde lid is geregeld dat een betaling plaats kan vinden zonder dat dit bij beschikking is vastgesteld (artikel 4:88 van de Algemene wet bestuursrecht). Bij een weigering van een betaling staat wel rechtsbescherming open voor de budgethouder (de zorgaanbieder is daarbij geen belanghebbende, nu deze slechts een afgeleid belang heeft), omdat bijvoorbeeld bij een conflict tussen de budgethouder en degene die de dienst levert betalingen ingehouden zouden moeten worden. Op grond van artikel 4:88, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), kan een beschikking alsnog worden aangevraagd. Een betaling wordt in principe binnen 30 dagen verricht, echter wanneer een betaling wordt geweigerd in verband met de uitvoerbaarheid van de betaling, bijvoorbeeld vanwege het te laat indienen voor de vervaldatum, zal binnen 30 dagen worden uitbetaald. Op deze manier kunnen problemen met de betalingen alsnog worden hersteld.

In het vierde lid is geregeld dat een cliënt er voor kan kiezen om extra geld (te laten) bijstorten in zijn toegekende budget. Dit kan bijvoorbeeld als een verzekerde meer wil inkopen dan mogelijk is op grond van zijn toegekende maatwerkvoorziening.

In het vijfde lid is vastgelegd dat de SVB de verzekerde ondersteunt bij zijn werkgeverstaken, waaronder aansprakelijkheid en arbeidsomstandigheidsregelgeving. Te denken valt aan het faciliteren van verzekeringen, het aanbieden van een zaakschaderegeling en het adviseren van de verzekerde op arbo-gebied. Op grond van artikel 34 van de Wet SUWI is de SVB reeds verplicht een goede administratie te houden vanwege het uitvoeren van de taken die zijn geregeld in artikel 2.6.2 van de Wmo 2015.

Artikel 5.24

Dit artikel stelt de aanvaardbaarheidspercentages vast voor de berekening volgens de formule die is gegeven in artikel 3.7.2, derde lid, van het Besluit. De percentages zijn per land vastgesteld in bijlage D bij deze regeling. De percentages zijn gelijk gebleven ten opzichte van de percentages die in 2014 golden onder de AWBZ.

Artikel 6.1

In artikel 4.2.1, eerste lid, van het Besluit worden de zorgkantoorregio's opgesomd. Het tweede lid van dat artikel bepaalt dat de gemeenten die tot iedere regio behoren, bij ministeriële regeling worden aangewezen. In bijlage B bij deze regeling is deze verdeling van gemeenten over de zorgkantoorregio's te vinden. De verdeling geldt voor het jaar 2015.

De verdeling van gemeenten over zorgkantoorregio's is gelijk aan die van het jaar 2014, met dien verstande dat rekening is gehouden met de vijf gemeentelijke herindelingen die op 1 januari 2015 hebben plaatsgevonden:

1. de gemeenten Alkmaar, Graft-de Rijp en Schermer zijn tot de nieuwe gemeente Alkmaar gefuseerd;
2. de gemeenten Groesbeek, Millingen aan de Rijn en Ubbergen zijn tot de nieuwe gemeente Groesbeek gefuseerd;
3. de gemeenten Bernisse en Spijkenisse zijn tot de nieuwe gemeente Nissewaard gefuseerd;
4. de gemeenten Bergambacht, Nederlek, Ouderkerk, Schoonhoven en Vlist zijn tot de nieuwe gemeente Krimpenerwaard gefuseerd;
5. de gemeente Maasdonk is opgesplitst over de gemeenten Oss en 's Hertogenbosch.

Al deze gemeentelijke herindelingen hebben zich afgespeeld binnen de zorgkantoorregio's die in 2014 golden, zodat deze per 2015 geen gevolgen voor de uitvoering hebben.

Artikel 7.1

Voor een zorgvuldige uitvoering van de Wlz-verzekering moeten Wlz-uitvoerders zogenoemde formele en materiële controles kunnen uitoefenen. Dit houdt in dat zij de door hen ontvangen declaraties van zorgaanbieders kunnen beoordelen op hun rechtmatigheid. Voor die controles hebben zij gegevens nodig waarmee ze zien welke diensten aan een individuele verzekerde geleverd zijn en welk bedrag daarvoor in rekening is gebracht. Met de gegevens moet dus tenminste een koppeling kunnen worden gelegd tussen de persoon, de geïndiceerde zorg, de verzekerde prestatie, de aan deze persoon geleverde prestatie en het in verband met die prestatie in rekening gebrachte tarief. Zonder die koppeling zijn zowel formele als materiële controle en in het verlengde daarvan ook de verzekering niet goed uitvoerbaar.

Artikel 7.1 bevat een opsomming van de gegevens waarover de Wlz-uitvoerder noodzakelijkerwijs dient te beschikken voor de doeleinden bedoeld in artikel 9.1.2 en 9.1.3 van de wet. De meeste

gegevens worden vermeld op de declaratie. Het gaat hierbij niet alleen om de NAW-gegevens van de verzekerde, maar ook om het BSN, het geslacht en de geboortedatum van de verzekerde. Voor het vaststellen of de prestatie behoort tot de verzekerde Wlz-zorg zal de Wlz-uitvoerder onder meer ook de gegevens over de prestatie, de prestatiebeschrijving en het zorgprofiel waarop de verzekerde is aangewezen nodig hebben. De opsomming heeft, voor zover het om controle gaat, enige overlap met de gegevens die genoemd worden in artikel 9.1.2, zesde lid, van de wet.

Artikel 7.2

Artikel 9.1.2, eerste lid, onder 1, van de wet bepaalt dat gegevensuitwisselingen zijn toegestaan indien deze noodzakelijk zijn voor controle of fraudeonderzoek door Wlz-uitvoerders. In artikel 7.2 wordt aangegeven dat onder 'controle' drie typen controle worden begrepen: formele controle, materiële controle en detailcontrole.

Formele controle houdt in dat onderzoek wordt gedaan naar de in rekening gebrachte tarieven. Daarbij wordt onder meer bekeken of het tarief bij de prestatie past en of de prestatie door geleverd is aan een Wlz-verzekerde. Bij de materiële controle gaat het om zowel een controle op rechtmatigheid (is de prestatie daadwerkelijk geleverd?) als op doelmatigheid (gaat het om een passende prestatie voor de verzekerde?). Bij de detailcontrole gaat het om onderzoek ten behoeve van de materiële en formele controle. De Wlz-uitvoerder voert zijn formele en materiële controles eerst uit op basis van gegevens en inlichtingen waarover hij al beschikt. Daartoe verricht hij een algemene risicoanalyse. Mocht de Wlz-uitvoerder tot de conclusie komen dat de algemene risicoanalyse hem onvoldoende zekerheid verschaft over wat hij wilde vaststellen, dan kan hij overgaan tot het opvragen van aanvullende informatie. Het opvragen van die informatie wordt begrepen onder detailcontrole.

Artikel 7.3

Dit artikel bepaalt dat de materiële controle wordt uitgevoerd zoals geregeld in de artikelen 7.4 tot en met 7.9.

Artikel 7.4

De Wlz-uitvoerder moet bij de materiële controle allereerst het doel van de controle vaststellen. De vaststelling van het doel is belangrijk voor zowel het rechtmatigheid- als voor het doelmatigheidsaspect van de materiële controle, omdat dat een belangrijk uitgangspunt is voor de diepgang van de daadwerkelijk uit te voeren controle. De vaststelling doet hij krachtens het eerste lid door te bepalen wanneer voldoende zekerheid is verkregen of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en of die prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidssituatie van de verzekerde. Het tweede lid geeft aan dat bij de vaststelling van het doel de door de NZa gestelde regels over controles in acht moeten worden genomen. De NZa is op grond van artikel 31 van de Wmg bevoegd regels te stellen met betrekking tot de controle door Wlz-uitvoerders.

Artikel 7.5

Eerste lid

Wlz-uitvoerders beschikken ten behoeve van de uitvoering van de Wlz-verzekering over persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid. Deze gegevens mogen op grond van artikel 9, eerste lid, van de Wet bescherming persoonsgegevens niet verder worden verwerkt op een wijze die onverenigbaar is met de doeleinden waarvoor ze zijn verkregen. Dit staat er niet aan in de weg dat Wlz-uitvoerders op basis van persoonsgegevens die aan de eigen administratie worden ontleend nadere vragen te kunnen stellen aan de eigen verzekerden, en die gegevens ook daarvoor te kunnen gebruiken. Deze verdere verwerkingen zijn niet onverenigbaar met de doeleinden waarvoor de gegevens zijn verkregen en passen binnen artikel 9 Wbp. Wlz-uitvoerders streven bij de enquêtering twee verschillende doelen na. Het eerste doel is om in het kader van materiële controle na te gaan of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend. Het tweede doel is om bij eigen verzekerden navraag te kunnen doen naar de ervaren kwaliteit van zorg die door een zorgaanbieder is verleend en die voor rekening van de Wlz-uitvoerder is gekomen.

Tweede en derde lid

Deelname van de verzekerde aan de enquête is geheel vrijwillig. Het wordt de verzekerden bovendien duidelijk gemaakt dat het niet-deelname geen nadelige gevolgen voor hen kan hebben. Het derde lid bepaalt dat door verzekerden ingevulde enquêteformulieren over de ervaren kwaliteit van de verzekerde zorg niet tot personen herleidbaar mogen zijn, noch mag niet herleidbaar zijn welke verzekerden wel of niet het formulier hebben teruggestuurd.

Artikel 7.6

Eerste lid

De Wlz-uitvoerder stelt op grond van de gegevens waarover hij voor de uitvoering van de Wlz al beschikt, een algemene risicoanalyse op. Hierdoor kan de Wlz-uitvoerder het controledoel zoveel mogelijk bereiken door gegevens te controleren die de verzekeraar uit de eigen administratie kan ontfanen (dit kunnen mede persoonsgegevens betreffende de gezondheid zijn), dan wel met niet-persoonsgegevens die afkomstig zijn van de zorgaanbieder.

Tweede tot en met vierde lid

Op grond van de algemene risicoanalyse stelt de Wlz-uitvoerder een algemeen controleplan op. In dat plan worden de objecten van de materiële controle en de in te zetten controle-instrumenten opgenomen. Detailcontrole mag krachtens het derde lid niet een van de instrumenten zijn die in het algemeen controleplan worden opgenomen. Detailcontrole is alleen mogelijk als het doel (voldoende zekerheid) niet is bereikt na het uitgevoerde algemeen controleplan. In het geval het gestelde doel wél is bereikt, is detailcontrole dan in beginsel ook niet aan de orde.

Alleen als er andere aanwijzingen zijn dat er toch sprake is van onvoldoende zekerheid kan nader onderzoek en eventueel een detailcontrole worden gedaan.

Artikel 7.7

De Wlz-uitvoerder informeert verzekerden en zorgaanbieders over het controledoel en het algemene controleplan. Hierdoor leggen Wlz-uitvoerders rekenschap en verantwoording af over hun inspanningen om de controle zo op te zetten, dat verwerking van bij de zorgaanbieders berustende persoonsgegevens betreffende de gezondheid zoveel mogelijk achterwege kan blijven.

Artikel 7.8

Eerste lid

In dit lid is het uitgangspunt tot uitdrukking gebracht dat detailcontroles slechts plaatsvinden als alleen zo noodzakelijke gegevens kunnen worden verkregen. Detailcontroles worden alleen uitgevoerd met inachtneming van de onderdelen a tot en met e van het eerste lid. Hierdoor worden detailcontroles alleen uitgevoerd als dit noodzakelijk en proportioneel is. Zo is detailcontrole alleen worden ingezet indien het controledoel niet kan worden bereikt zonder detailcontrole.

Dit laat uiteraard onverlet dat een individuele verzekerde toestemming kan verlenen om gegevens te gebruiken voor een detailcontrole. Zowel de Wet bescherming persoonsgegevens als de wettelijke regeling van het medisch beroepsgeheim geven een uitzondering indien de patiënt toestemming heeft gegeven voor verstrekking van gegevens betreffende de gezondheid door de zorgaanbieder.

Tweede lid

In dit lid wordt bepaald dat detailcontrole plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur van de Wlz-uitvoerder en dat deze op verzoek van de zorgaanbieder bij de detailcontrole aanwezig is.

Derde en vierde lid

De zorgaanbieder wordt niet alleen tevoren over de uit te voeren controle geïnformeerd (eerste lid, onderdeel e), maar ook achteraf over de resultaten. Deze stappen kunnen ook samenvallen, bijvoorbeeld als uit de uitgevoerde controle blijkt dat toch een zwaardere vorm van detailcontrole is aangewezen om het controledoel te bereiken. De Wlz-uitvoerder zal de zorgaanbieder informeren omtrent de uitkomst van de detailcontrole. In het kader van hoor en wederhoor wordt de aanbieder in de gelegenheid gesteld binnen een redelijke termijn op de uitkomst van de materiële controle te reageren. Mede op basis van de reactie van de aanbieder stelt de Wlz-uitvoerder de definitieve uitkomst van de controle vast en bericht deze aan de zorgaanbieder.

Artikel 7.9

De uitvoering van detailcontroles dient transparant en voor de toezichthouders controleerbaar te zijn. Dit artikel verplicht de Wlz-uitvoerder daarom om de specifieke risicoanalyses en de uitvoering van de detailcontroles in de administratie op te nemen met het oog op verantwoording aan toezichthouders.

Artikel 7.10

Eerste lid

Artikel 9.1.2, eerste lid, onder 1, van de wet geeft niet alleen aan dat er gegevens nodig zijn voor de uitvoering van controles, maar ook voor fraudeonderzoek. Dit fraudeonderzoek kan zich zowel op de verzekerde als op de zorgaanbieder richten. Een fraudeonderzoek houdt in dat wordt nagegaan of een verzekerde of een zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van belanghebbenden of verduistering heeft gepleegd of dat heeft gepoogd.

Tweede lid

De op grond van artikel 7.8, eerste lid, geldende voorwaarden voor de uitvoering van detailcontrole in het kader van materiële controle lenen zich niet onverkort voor fraudeonderzoek. Indien een Wlz-uitvoerder uit de uitgevoerde algemene controle of uit andere bron indicaties bereiken dat mogelijk sprake is van fraude, zal de verzekeraar een detailcontrole uitvoeren op basis van de concrete omstandigheden. De specifieke risicoanalyse en het specifiek controleplan vormen daarvoor niet het geschikte kader. Bij fraudeonderzoek is verwerking door de verzekeraar van bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens onvermijdelijk.

Ook bij fraudeonderzoek moet de Wlz-uitvoerder een specifiek controledoel vaststellen en aangeven welke gegevens hij wil inzien met welk doel. Het gestelde in de toelichting bij artikel 7.8, derde lid, met betrekking tot de toestemming van de verzekerde persoonsgegevens te verwerken is van overeenkomstige toepassing bij detailcontrole ten behoeve van fraudeonderzoek.

Artikel 7.11

Dit artikel bepaalt voor welke doelen persoonsgegevens, waarover de Wlz-uitvoerder beschikt ten behoeve van de uitvoering van AWBZ, verder mogen worden verwerkt ten behoeve van de uitvoering van het samenhangende stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Artikel 8.1

Ingevolge artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Minister van VWS ieder jaar vast hoeveel geld er in totaal voor het komende kalenderjaar beschikbaar is voor de Wlz-zorg die tot het verzekerde pakket behoort. Dit wordt wel het 'macrokader Wlz-zorg' genoemd. Het macrokader is exclusief de beheerskosten (uitvoeringskosten) die de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren maken om de Wlz uit te voeren. Deze worden namelijk op grond van hoofdstuk 4 van het Besluit Wfsv verdeeld. Voor 2015 zal bedraagt het 'macrokader Wlz-zorg' ingevolge artikel 8.1., eerste lid, € 17.665 miljoen. Het macrokader Wlz-zorg bestaat op grond van het tweede lid van dat artikel uit een bedrag van € 16.505 miljoen voor zorg in natura (dat wil zeggen zorg met verblijf in een instelling, vpt of mpt) en € 1.160 miljoen voor pgb's.

Op grond van artikel 49e, tweede lid, Wmg verdeelt de NZa het macro-kader over de zorgkantoorregio's.

Artikel 8.2

Ingevolge artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Minister van VWS ieder jaar vast hoeveel geld er in totaal voor het komende kalenderjaar beschikbaar is voor de Wlz-zorg die tot het verzekerde pakket behoort. Dit wordt wel het 'macrokader Wlz-zorg' genoemd. Het macrokader is exclusief de beheerskosten (uitvoeringskosten) die de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren maken om de Wlz uit te voeren. Deze worden namelijk op grond van hoofdstuk 4 van het Besluit Wfsv verdeeld. Voor 2015 zal bedraagt het 'macrokader Wlz-zorg' ingevolge artikel 8.1., eerste lid, € 17.665 miljoen. Het macrokader Wlz-zorg bestaat op grond van het tweede lid van dat artikel uit een bedrag van € 16.505 miljoen voor zorg in natura (dat wil zeggen zorg met verblijf in een instelling, vpt of mpt) en € 1.160 miljoen voor pgb's. Het maximale kader voor pgb's is ten opzichte van de brief van 3 november 2014 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2014/15, 33 891, nr. 173) verhoogd van € 1.100 miljoen naar € 1.160 miljoen vanwege de invoering van het bruto-pgb. Omdat met ingang van 2015 de eigen bijdrage door de pgb-houder zelf moet worden voldaan (in plaats van verrekening vooraf zodat de pgb-houder een netto-pgb ontvangt) nemen de pgb-uitgaven met € 60 miljoen toe. Hier staat tegenover dat de ontvangsten aan eigen bijdragen pgb ook met € 60 miljoen toenemen. De bijstelling van het pgb-kader is dus budgettair neutraal voor het totale budgettaire kader zorg.

Op grond van artikel 49e, tweede lid, Wmg verdeelt de NZa het macro-kader over de zorgkantoorregio's. Daarbij ligt het in de rede dat het voor het pgb-deel van de regionale kaders aansluit bij de

subsidieplafonds voor de pgb's die zijn opgenomen in artikel 8.2.

Artikel 9.1

Artikel 3.1.2, eerste lid, Wlz regelt dat echtgenoten van verzekerden die wegens een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of – dit moet krachtens het tweede lid wel eerst bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nader worden geregeld – wegens een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap in een instelling verblijven, in dezelfde instelling mogen verblijven. Dit geldt ingevolge de tweede zin van artikel 3.1.2, eerste lid, ook nadat hun echtgenoot naar een andere instelling is verhuisd of overleden is. De mogelijkheid om bij de zorgbehoevende partner te verblijven, gold onder de AWBZ voor echtgenoten van verzekerden met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking ook al.

Voorliggend artikel stelt buiten twijfel dat het recht van de gezonde echtgenoot om in een instelling te blijven wonen ook geldt indien de partner die aanleiding tot dat recht gaf voor de invoering van de Wlz verhuisd of overleden is. Daarnaast stelt het artikel buiten twijfel dat het recht geldt voor gezonde echtgenoten wier partner een indicatie voor een laag zorgzwaartepakket had en die in een instelling verbleef of gaat verblijven. Het recht op verblijf voor de gezonde partner is overigens, net als het recht van artikel 3.1.2 van de wet, beperkt tot het verblijf in de instelling waarin de partners gedurende enige tijd gezamenlijk verblijven of verbleven. De gezonde partner heeft dus geen recht op verblijf in een instelling waarin zijn zorgbehoevende echtgenoot nooit heeft verbleven.

Artikel 9.2

Zoals de toelichting op artikel 11.1.1, vierde lid, Wlz (Kamerstukken II 2013/14 33 891, nr. 3, p. 197) aangeeft, is het daar geregelde overgangsrecht bedoeld voor mensen die met een indicatie voor een laag zzp (dat wil zeggen: een zzp dat genoemd wordt in artikel 11.1.1, derde lid, Wlz) en een pgb in een kleinschalig wooninitiatief wonen. Zonder de bepaling zouden betrokkenen per 2016 of zoveel eerder als hun indicatiebesluit eindigt, ingevolge het derde lid moeten kiezen voor verblijf in een Wlz-instelling of voor het betrekken van hun zorg van buiten de Wlz. Dat artikel 11.1.1, vierde lid, Wlz, slechts gold voor mensen met een zzp als bedoeld in het derde lid van dat artikel, volgde uit het feit dat artikel 11.1.1 in het wetsvoorstel zoals dat op 7 maart 2014 bij het parlement werd ingediend slechts zag op verzekerden met een indicatie voor een zzp, en ook uit de hiervoor genoemde toelichting. Doordat aan artikel 11.1.1 bij tweede nota van wijziging (Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 17) een zesde lid is toegevoegd dat gaat over verzekerden met een indicatie voor extramurale zorg, zodat artikel 11.1.1 niet meer louter gaat over verzekerden met een indicatie voor een zzp, is de vraag gerezen of artikel 11.1.1, vierde lid, Wlz ook bedoeld is voor verzekerden die met een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg, met een indicatie voor een zzp 'GGZ C' of met een zzp-indicatie die vanaf 1 januari recht geeft op jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet in een kleinschalig wooninitiatief wonen (en een pgb hebben op grond van de Wmo 2015, de Jeugdwet of de zorgverzekering). Voorliggend artikel regelt voor de zekerheid expliciet dat dit niet zo is.

Artikel 9.3

Op grond van artikel 11.1.1, zesde lid, Wlz krijgen verzekerden die behoren tot bij ministeriële regeling aan te wijzen groepen en die een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg hebben, de mogelijkheid om zich voor de Wlz aan te melden. Deze verzekerden worden ook wel 'Wlz-indiceerbaren' genoemd. Doen zij dat, hadden zij voor 1 januari 2015 een pgb en wensen zij dat nadien te behouden, dan regelt artikel 11.1.2, zevende lid, Wlz dat de hoogte van dat budget in 2014 gelijk is aan de hoogte ervan in 2014. Dat geldt uiteraard niet indien de gezondheidssituatie van de verzekerde in 2015 zodanig wijzigt dat herindicatie noodzakelijk is of indien de hoogte van dat budget was gebaseerd op door de verzekerde of derden verstrekte, onjuiste gegevens en de juiste gegevens tot een andere hoogte zouden hebben geleid.

De Wlz bevat geen garantiebepalingen voor Wlz-indiceerbaren die voor de inwerkingtreding van de Wlz zorg in natura ontvingen. In voorliggend artikel wordt dit alsnog geregeld. Indien iemand de leveringsvorm wenst te behouden die hij voor 1 januari 2015 al had (functies en klassen in natura) dient de Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor ervoor te zorgen dat betrokkenen onder de Wlz evenveel zorg ontvangen (eerste lid). Indien verzekerden daarentegen andere (combinaties van) leveringsvormen wensen (waaronder de combinatie van zorg in natura en een pgb) of binnen een leveringsvorm andere verhoudingen van zorg wensen te ontvangen, is een dergelijke harde zorggarantie niet mogelijk (voorbeeld: hoeveel zorg een Wlz-indiceerbare die vanaf 1 januari 2015 voor het eerst een pgb wenst te ontvangen daadwerkelijk met zijn pgb in kan kopen, is niet alleen van de hoogte van zijn pgb, maar ook van zijn eigen onderhandelingsresultaten met zorgaanbieders afhankelijk). Daarom geeft het tweede lid de Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor in dat geval een inspanningsplicht om ervoor

te zorgen dat de hoeveelheid zorg die een verzekerde krijgt of met zijn pgb kan inkopen, gelijk blijft aan de hoeveelheid die hij ultimo 2014 ontving.

Overigens wordt hier nog opgemerkt dat de regels over behoud van pgb of zorg die op grond van artikel 11.1.2, zevende lid, Wlz en voorliggend artikel tot 1 januari 2016 gelden voor Wlz-indiceerbaren die voor de Wlz hebben gekozen, impliceren dat zij tot die datum, indien dat onder de AWBZ geïndiceerd was, kortdurend verblijf kunnen blijven krijgen of inkopen zoals zij dat ultimo 2014 konden. Derhalve kunnen zij, in afwijking van artikel 3.1.3 Blz (logeeropvang) ook drie dagen per week gaan logeren en kunnen zij blijven logeren bij niet toegelaten instellingen.

Net als in artikel 11.1.2, zevende lid, van de Wlz ten aanzien van de garantie voor het pgb is geregeld, geldt ook hier dat de garantie van het eerste lid en de inspanningsverplichting van het tweede lid niet meer gelden nadat, omdat betrokkene gezondheidssituatie is gewijzigd of omdat het CIZ eerder onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt, een nieuw indicatiebesluit is gegeven.

Artikel 9.4

Met het Besluit van 15 oktober 2014, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2015 en wijziging van het Besluit zorgverzekering BES in verband met het zorgpakket BES 2015 (Stb. 2014, 417) is met ingang van 1 januari 2015 geregeld dat de eerste drie jaren gedurende welke verzekerden medisch noodzakelijk verblijf nodig hebben, ten laste van hun zorgverzekering wordt gefinancierd. Tot 1 januari 2015 viel slechts het eerste verblijfsjaar onder de dekking van de zorgverzekering. Daarna werd het voortgezet verblijf ten laste van de AWBZ gefinancierd.

In artikel 11.1.3 Wlz is voor verzekerden met een zzp GGZ B die op 1 januari 2015 meer dan een jaar maar korter dan drie jaar met een ggz-behandeling gepaard gaand verblijf in een ggz-instelling ontvingen, geregeld dat zij hun rechten onder de Wlz kunnen voortzetten. Voorliggend artikel regelt iets soortgelijks voor andere verzekerden die op 31 december tussen een en drie jaar voortgezet verblijf (op grond van artikel 13 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ) genoten. Het gaat dan om verzekerden die wegens somatische problematiek op verblijf zijn aangewezen. Dergelijk verblijf kan langer duren dan een jaar, maar duurt in de praktijk nooit langer dan drie jaar. Geregeld is dat zij (ten laste van het Fonds langdurige zorg) hun recht op voortgezet verblijf met de zorg die daar ingevolge artikel 13 Besluit zorgaanspraken AWBZ bij hoorde behouden, totdat de met het verblijf gepaard gaande geneeskundige zorg niet meer medisch noodzakelijk is. Anders dan voor verzekerden met een zzp GGZ B, geldt niet dat het recht wederom wordt voortgezet indien betrokkenen uiterlijk negentig dagen na het eind van het voortgezet verblijf wederom om somatische redenen op verblijf aangewezen raken. Is dat het geval, dan zal het nieuwe verblijf derhalve ten laste van de zorgverzekering moeten worden gebracht. In dat geval gaat ook een nieuwe periode als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering van start.

Artikel 9.5

Ter voorbereiding op de invoering van deze regeling, gelijktijdig met het Besluit en de wet, is krachtens de Regeling subsidies AWBZ, reeds een aanvang gemaakt met de goedkeuring van zorgovereenkomsten door de zorgverzekeraars en de Sociale verzekeringsbank. Het onderhavige artikel voorziet erin dat deze goedkeuringen hun werking blijven behouden en als goedkeuring onder het Blz doorgaan. Dit was reeds bij de invoering van de relevante bepaling van artikel 2.6.15 voorzien.

Artikel 9.6

Met dit artikel wordt geregeld dat verzekerden die op het moment dat zij toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg reeds gebruik maken van een mobiliteitshulpmiddel op grond van een zorgverzekering of een andere wettelijke regeling dit hulpmiddel kunnen blijven gebruiken tot het moment dat een hulpmiddel vanuit de Wet langdurige zorg verstrekt kan worden.

De Wlz-uitvoerder kan bij de verstrekking gebruik maken van de mogelijkheid het reeds in gebruik zijnde hulpmiddel van de uitvoerder in het andere wettelijke domein over te nemen.

Artikel 10.1

Werknemers van aangewezen volkenrechtelijke organisaties, hun gezinsleden en, in voorkomende gevallen, gepensioneerde werknemers en hun gezinsleden, kunnen ingevolge artikel 21, 21a of 21b van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (verder ook BUB volksverzekeringen) buiten de kring van Wlz-verzekerden vallen indien ze aan een aantal voorwaarden voldoen. Eén van die voorwaarden is dat de volkenrechtelijke organisatie een regeling heeft die in Nederland aanspraak geeft op opname en verpleging in ziekenhuizen en in instellingen voor langdu-



rige verpleging en verzorging, of op vergoeding voor de kosten daarvan. Voor het geval zo'n regeling de kosten daarvan niet ongelimiteerd dekt maar in plaats daarvan een maximumbedrag per persoon per jaar dekt, stelt de de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingevolge het derde lid van artikel 21 BUB volksverzekeringen de minimumdekking vast. Deze wordt met voorliggend artikel op € 250.000 bepaald. Gebleken is dat een dekking van € 250.000 per persoon per jaar voor opname en verpleging in ziekenhuizen en in instellingen voor langdurige verpleging en verzorging geen onoverkomenlijke problemen zal hoeven opleveren voor al bestaande collectieve verzekeringen van de verschillende internationale organisaties.

Artikel 10.2

De citeertitel is een voortzetting van de citeertitels die zijn gekozen voor de wet en het Besluit.

Artikel 10.3

Zie het algemeen deel van de toelichting bij artikel 2.3. Op grond van de in dit artikel beschreven gesplitste inwerkingtreding treden er in 2015 geen wijzigingen in de verstrekking van hulpmiddelen ten opzichte van 2014.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn*