



**VAV Handboek Chronische Zorg:
Zvw (GRZ - ELV - GZSP - langdurige GGZ met verblijf) en Wlz
Versie 2.0**

VAV-WERKGROEP CHRONISCHE ZORG
Augustus 2025

Disclaimer: aan dit handboek kunnen geen rechten worden ontleend. Daarnaast is het document een ontwikkeldocument en is het nadrukkelijk niet bedoeld voor externe communicatie en verspreiding. Handboek is opgesteld door medisch adviseurs verbonden aan de VAV.

Inhoud

1	Inleiding.....	3
2	Leeswijzer	4
3	Ontstaan van het werkveld rond de chronische zorg	5
3.1	Van AWBZ naar Wlz, Zvw, Jeugdwet en Wmo.....	5
3.2	Het persoonsgebonden budget (pgb) als bijzondere leveringsvorm	5
4	Wet langdurige zorg (Wlz)	7
4.1	Algemeen: CIZ en indicatiestelling, leveringsvormen, extra zorg en eigen bijdrage	7
4.2	Wlz-behandeling en afbakening met andere zorgvormen	11
4.3	ADL-assistentie	12
4.4	Knelpunten	13
5	Chronische zorg in de GGZ (afbakening zorgwetten)	16
5.1	Chronische zorg in de GGZ: beschrijving, leveringsvorm, financiering	16
5.2	Knelpunten langdurige GGZ	18
6	Geriatrische Revalidatie Zorg (vanuit de Zvw) en Herstelgerichte Behandeling (vanuit de Wlz).....	19
6.1	Geriatrische Revalidatie Zorg.....	19
6.2	Ontwikkelingen in de GRZ	21
6.3	Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling (VV9B)	21
6.4	Knelpunten GRZ en VV9B	22
7	Eerstelijnsverblijf (ELV).....	23
7.1	Ontstaan, aanspraak en beschrijving.....	23
7.2	Afbakeningsvraagstukken	26
7.3	Overige knelpunten en aandachtpunten (palliatieve zorg)	28
8	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP).....	29
8.1	Aanspraak en beschrijving	29
8.2	Knelpunten en afbakening	33
9	Verpleging en verzorging in de thuissituatie	36
10	Zorg voor mensen met een Zintuiglijke handicap (afbakening zorgwetten)	37
10.1	Inleiding	37
10.2	Visuele beperking.....	37
10.3	Auditieve beperking.....	37
10.4	Zorg i.v.m. een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis	38
10.5	Werkveld	39
10.6	Is het Zvw- of Wlz- of Wmo-financiering?	39
	Bijlage 1 Begrippenlijst.....	42
	Bijlage 2 Zorgprofielen in de Wlz	44

1 Inleiding

De herziening van de langdurige zorg in 2015 heeft geleid tot grote veranderingen in de structuur, de omvang en het karakter van het zorgstelsel en het maatschappelijke vangnet. Deze grootschalige herziening werd gevolgd door talrijke deelherzieningen, aanpassingen en aanvullingen op onderdelen van zorg en maatschappelijke organisatie. Ook aanpalende zorgvelden en maatschappelijke ondersteuningsmogelijkheden werden geraakt door de consequenties van deze enorme transformatie. Door deze veranderingen ontstond meer druk op de curatieve sector. Daarnaast hebben de transities ook gemaakt dat het persoonsgebonden budget wettelijk verankerd is in de verschillende zorgwetten. Al met al is het zorgstelsel een complexe aangelegenheid geworden waar iedere steun om te komen tot een werkbare helderheid welkom is. Met dit handboek hoopt de VAV-werkgroep Chronische Zorg een praktisch instrument te bieden voor de dagelijkse praktijk.

Met de herziening van de langdurige zorg kregen onder meer zorgverzekeraars en zorgkantoren meer taken. Hierin is een duidelijke rol toebedeeld aan de medisch adviseurs van deze organisaties¹. De omvang van deze werkzaamheden en het bijhouden van de veranderingen die gaande zijn is dusdanig qua omvang dat dit onmogelijk door individuele medisch adviseurs kan worden gedaan. Bovendien is het noodzakelijk om landelijk zoveel als kan en mag met dezelfde maat te meten, niet alleen voor zorgverzekeraars zelf maar ook voor onze verzekerden en voor het zorgveld. Hierom is samenwerking en taakverdeling noodzakelijk om te komen tot een rechtmatige, rechtvaardige en effectieve uitvoering.

Zodoende is in de loop van 2015 binnen de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV, voorheen VAGZ NVAG en VIA) het voorstel gerezen, om voor 'chronische zorg', een werkgroep op te richten. Anders dan deze term suggereert is het domein van deze werkgroep niet alleen de Wlz, maar tevens ook verschillende zorgvormen die vanuit de AWBZ zijn overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Dit gaat om eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ), geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP), zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG) en langdurige GGZ met verblijf.

Een van de doelen van de werkgroep was om een handboek voor de chronische zorg (Wlz en hierboven genoemde verstrekkings uit de Zvw) op te leveren. Dit document is hiervan de tweede versie. Het handboek is een dynamisch stuk dat op geleide van de ontwikkelingen en suggesties van collega's, gebruikers van zorg en vanuit het werkveld, periodiek zal worden aangepast en aangevuld.

De VAV-werkgroep Chronische Zorg bestaat (per januari 2025) uit:
Bernadette Vermeer (voorzitter), Cornelia Rosman, Danielle van Veenendaal, Ellen Steffek, Jessica Prinsen, Judith Coersen, Karin Vermeulen, Lianne Welink, Peter Buwalda en Vera Piscaer.

¹ Zie voor een uitgebreidere beschrijving van het beroepsprofiel van de adviserend arts ook de [werkwijzer](#) die de beroepsvereniging hiervoor heeft opgesteld:
Beroepsprofiel artsen werkzaam in het ziektekostenstelsel - VAGZ, 10 mei 2017.

2 Leeswijzer

Dit handboek is primair geschreven voor VAV-leden. Het doel van dit handboek is veelzijdig en beoogt praktische hulp te bieden bij de inhoud, het begrip, de interpretatie en de toepassing van de wet- en regelgeving in de chronische zorg. Daarnaast hoopt dit handboek verheldering te geven op het gebied van de knelpunten en afbakeningsvraagstukken tussen de verschillende domeinen en zorgvelden waar dit handboek zich op richt. Het is een kennisdocument met onder meer het beschrijven van achtergrond van de wet- en regelgeving, het schetst een aantal nieuwe ontwikkelingen, kan gebruikt worden als instrument bij de zorginkoop en biedt concrete handvatten bij het toetsen of beoordelen van aanvragen in de chronische zorg. Het is een dynamisch document en kan gezien de omvang van de chronische zorg niet volledig zijn. In hoofdstuk drie wordt eerst beschreven wat we als VAV-werkgroep onder de brede term 'chronische zorg' verstaan en wordt een korte schets van de ontwikkelingen in deze sector geschetst. Vervolgens volgt in hoofdstuk vier de beschrijving van de zorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt. In de hoofdstukken daarna worden de verschillende vormen van chronische zorg die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen toegelicht. Per hoofdstuk worden de mogelijke knelpunten besproken. In het laatste hoofdstuk zijn deze gebundeld in een overzicht met knelpunten en bijbehorende suggesties voor oplossingen. Vanwege het overvloedig voorkomen van afkortingen en jargon, is in bijlage één een afkortingen- en begrippenlijst bijgesloten. Verder staan in bijlage twee alle Wlz-zorgprofielen uitgeschreven.

3 Ontstaan van het werkveld rond de chronische zorg

3.1 Van AWBZ naar Wlz, Zvw, Jeugdwet en Wmo

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was een verplichte volksverzekering die op 1 april 1968 in werking trad met als impliciete verzekerde onderdelen: inrichtingen voor zwakzinnigen, blinden en slechtzienden, doven en slechthorenden, verpleeginrichtingen en ziekenhuisopnames langer dan 365 dagen. Later vielen hieronder ook: zorg door kruisverenigingen (totaal 1450 verenigingen: wijkverpleging, gezinszorg, consultatiebureaus) én zorg en verblijf in bejaardenoorden/verzorgingshuizen.

Via de Hervorming Langdurige Zorg kwam men in 2015 tot de Wet langdurige zorg. Daarna volgden vele deelherzieningen, aanpassingen en aanvullingen. In de aanloop naar 2015 vond de transitie plaats van het gehele AWBZ-pakket, waarbij de taken werden verdeeld over verschillende zorgsoorten en domeinen:

1. Wet langdurige zorg (Wlz), uitvoerder zorgkantoren;
2. Zorgverzekeringswet (Zvw), uitvoerder zorgverzekeraars;
3. Jeugdwet, uitvoerder gemeente;
4. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), eveneens als uitvoerder de gemeente.

Wij definiëren in dit document “chronische zorg” als alle onderwerpen die naar de Wlz of Zvw zijn overgeheveld en door de zorgverzekeraars en zorgkantoren uitgevoerd worden. Dit is de zorg voor doelgroepen met chronische problematiek. Concreet gaat dit om de volgende zorg:

Binnen de Zvw:

- Geriatrische revalidatiezorg
- Eerstelijns verblijf
- Geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen
- Verpleging en verzorging
- Intensieve kindzorg
- Langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) met verblijf (eerste drie jaar)
- Behandeling van een zintuiglijke beperking

Binnen de Wlz (enkel voor mensen met een Wlz-indicatie):

- Verblijf in een zorginstelling
- Persoonlijke verzorging en verpleging
- Medische zorg (die in verband staat met de beperking waarvoor men de indicatie heeft)
- Dagbesteding (inclusief vervoer)
- Hulpmiddelen (inclusief medicijnen)
- Behandeling

Hieronder valt dus niet de zorg voor kinderen en jongeren tot 18 jaar die nu door gemeenten vanuit de Jeugdwet wordt uitgevoerd. Ook de gemeentelijke taken die onder de Wmo vallen waaronder persoonlijke verzorging, begeleiding en tijdelijk verblijf worden niet in dit document besproken. Echter voor zover dit relevant is zullen afbakeningsvragen zoals overlappingsen, lacunes en (potentiële) strijdigheden tussen deze (en andere) domeinen in het handboek worden besproken.

3.2 Het persoonsgebonden budget (pgb) als bijzondere leveringsvorm

Het grootste deel van de langdurige chronische zorg wordt geboden in natura. Dit wil zeggen dat de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar afspraken maakt met zorgorganisaties. De burger kan vervolgens kiezen welke zorgaanbieder de benodigde zorg of ondersteuning mag leveren. Voor burgers die de behoefte hebben om zelf zorg en ondersteuning te regelen en hiertoe ook in staat zijn kunnen een aantal vormen van langdurige zorg worden geboden vanuit een persoonsgebonden budget (pgb).

Het pgb ontstond in 1990 als experiment binnen de AWBZ. Na de hervorming van het zorgstelsel in 2015 is het mogelijk geworden om een pgb te verkrijgen in alle vier de zorgwetten.

In 2023 hadden 132.665 personen een pgb, waarvan 70.230 vanuit de Wlz, 38.355 vanuit de Wmo, 15.525 vanuit de Zvw en 14.520 vanuit de Jeugdwet².

Wanneer iemand budgethouder is van een pgb horen daar voorwaarden en verplichtingen bij. Zo moet de budgethouder pgb-vaardig zijn, moet hij afspraken vastleggen in zorgovereenkomsten en moet hij een pgb-administratie bijhouden. De pgb-verstrekker heeft de taak om de pgb-vaardigheid van de budgethouder te controleren en de inzet van zorgverlening uit het pgb te toetsen.³

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft in samenwerking met ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo een pgb-reglement opgesteld die zorgverzekeraars hanteren bij de beoordeling op rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorginzet⁴. Per zorgverzekeraar is deze apart gepubliceerd.

Binnen de Wlz heeft het zorgkantoor de verantwoordelijkheid om de inzet van zorgverleners en zorgverlening uit pgb te toetsen op veilige, doelmatige en verantwoorde zorg⁵. Doelmatig wil hier zeggen dat de zorg thuis niet duurder is dan de zorg die persoon in een instelling zou krijgen. De zorg moet qua kwaliteit en kosten in balans zijn en aansluiten op de zorgbehoefte. Verantwoord wil zeggen dat de ingezette zorg goed aansluit bij de zorgbehoefte waardoor een veilige woon- of leefsituatie thuis ontstaat. Ook kijkt het zorgkantoor naar de integrale inzet van alle zorgverleners en de verhouding tussen professionele en informele zorg.

Tijdens de beoordeling van een pgb-aanvraag of extra toeslagen kan het zorgkantoor soms om aanvullende informatie van de behandelaar of andere zorgverlener van de budgethouder vragen. Er zal altijd toestemming worden gevraagd aan budgethouder en/of pgb-beheerder om contact op te nemen met diens behandelaren of zorgverleners.

Per 1 januari 2025 geldt voor iedereen binnen de Wlz een pgb op maat. Samen met het zorgkantoor wordt gekeken welke zorg iemand nodig heeft en daarna welk budget hierbij past. Hiermee wordt het automatische basisbedrag dat aanvrager voorheen kregen vervangen.⁶ Binnen de Wlz bestaan er bepaalde mogelijkheden voor toekenning van extra geld mocht de budgethouder niet uitkomen met het budget. ([Zie hiervoor verder hoofdstuk 4: Wlz](#)).

Voor- en nadelen pgb

Het voordeel van een pgb is dat de budgethouder regie kan voeren over de inzet van zorgverleners. Zorg in natura kan worden gecombineerd met zorg via pgb. Ook kan er een balans worden gezocht tussen het uitvoeren van zorg door professionals en informele zorgverleners (waaronder vaak familieleden, vrienden en bekenden).

In het algemeen wordt de administratielast, de eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en het zelf werven van personeel als grootste nadelen beschreven van een pgb. Een ander maatschappelijk nadeel van pgb is zorgfraude. Stichting Informatieknooppunt Zorgfraude houdt signalen van zorgfraude bij. Voor de Wet langdurige zorg gaan circa 45% van de signalen over pgb-gefinancierde zorg (circa 15% over pgb/ZiN combinatie en circa 15% over ZiN-gefinancierd zorg)⁷, terwijl slechts circa 19% van de Wlz-indicaties via een pgb werden geleverd.^{8,9}

De Rijksoverheid¹⁰ en belangenvereniging Per Saldo¹¹ geven uitgebreide informatie over het pgb.

² [StatLine - Personen met pgb: persoonskenmerken](#)

³ [Hoe weet ik of een persoonsgebonden budget \(pgb\) bij mij past? | Rijksoverheid.nl](#)

⁴ [Zelf verpleging en verzorging inkopen \(Zvw-pgb\) | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

⁵ [Artikel 3.3.3 Wet langdurige zorg](#)

⁶ [Persoonsgebonden budget op maat | Persoonsgebonden budget \(pgb\) | Rijksoverheid.nl](#)

⁷ [Jaarrapportage Signalen fraude in de zorg 2023 | Rapport | Informatie Knooppunt Zorgfraude](#)

⁸ [StatLine - Personen met pgb: persoonskenmerken](#)

⁹ [Indicatie | Kerncijfers | Monitor Langdurige Zorg](#)

¹⁰ [Hoe weet ik of een persoonsgebonden budget \(pgb\) bij mij past? | Rijksoverheid.nl](#)

¹¹ [Homepagina - Per Saldo](#)

4 Wet langdurige zorg (Wlz)

4.1 Algemeen: CIZ en indicatiestelling, leveringsvormen, extra zorg en eigen bijdrage

Inleiding

De Wlz is geregeld in de wet van 3 december 2014, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg. De Wlz is een volksverzekering. Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) zorgt voor de bekostiging van de zorg vanuit deze volksverzekering. Vervolgens mandateert VWS de uitvoer van de Wlz naar de verschillende regionale zorgkantoren die een budget ontvangen rekening houdend met demografische verschillen. De Wlz regelt de bekostiging van zorg voor mensen die vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel. Er zijn hierop enkele uitzonderingen zoals de jeugd-GGZ, medische kindzorg vanuit de Zvw en palliatieve thuiszorg vanuit de Zvw.

Toegang tot zorg vanuit de Wlz begint met een indicatie door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). In de volgende paragrafen worden verschillende aspecten van de Wlz verder toegelicht, waaronder het afwegingskader dat wordt gebruikt door het CIZ. Een uitgebreide weergave van de zorgprofielen (inclusief mogelijkheid tot aanvragen van meerzorg) staat in [bijlage 2](#) van dit handboek.

CIZ en Wlz

Het CIZ is een zelfstandig bestuursorgaan dat de toegang tot de Wlz beoordeelt en een zorgprofiel vaststelt, passend bij de zorgbehoefte van de client.

Bij toegang krijgen cliënten in principe een levenslange indicatie, met uitzondering van enkele tijdelijke indicaties¹². Op basis van de onderliggende aandoening(en) en zorgzwaarte wordt er een grondslag, en zorgprofiel geïndiceerd. In 2021 is de grondslag 'psychische stoornis' toegevoegd aan de Wlz, waarmee de Wlz voor verzekerden met een psychische stoornis toegankelijk is geworden.

Binnen de AWBZ bestonden er lage zorgprofielen¹³ die niet zijn overgenomen in de Wlz. De cliënten die bij de overgang van de AWBZ naar de Wlz een laag zorgprofiel hadden, hebben de mogelijkheid gekregen om te kiezen voor verblijf in een instelling. De cliënten die daar destijds geen gebruik van hebben gemaakt, houden via overgangsrecht toegang tot verblijf via de Wlz¹⁴. Dat betekent dat cliënten met een laag zorgprofiel indien zij dat wensen opgenomen kunnen worden in een zorginstelling. Zij hoeven niet te voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz.

Afwegingskader voor indicatiestelling

Voor de beoordeling of iemand recht heeft op een Wlz-indicatie wordt een uniform afwegingskader gehanteerd, welke is vastgelegd in de beleidsregels indicatiestelling Wlz van het CIZ¹⁵.

Dit kader omvat de volgende activiteiten:

1. Vaststellen of de aanvraag in behandeling kan worden genomen.
2. In kaart brengen van de zorgsituatie: ziekten, aandoeningen en/of stoornissen; beperkingen; grondslag(en). Eventuele lopende behandelingen en ziektebiografie worden hierin meegenomen.
3. Vaststellen of de verzekerde is aangewezen op:
 - a. permanent toezicht om escalatie of ernstig nadeel te voorkomen, of
 - b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen. Dit is aan de orde wanneer er:
 - door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig is, óf
 - door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig is.

¹² Zorgprofielen (SG)LVG, VV9b en GGZ-B zijn tijdelijke indicaties.

¹³ VV 1 t/m 3, VG 1 en 2 (en 3 < 18 jaar), LG 1 en 3, ZG aud 1 en ZG vis 1, GGZ-B 1 t/m 3.

¹⁴ [Blijvend overgangsrecht vanuit de AWBZ bij laag zorgzwaartepakket | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

¹⁵ [Beleidsregels 2025 | CIZ](#)

4. Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is. Er wordt onderzocht of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals is vastgesteld in stap 3 blijvend is.
5. Beoordelen of er sprake is van uitzonderingen op de toegangscriteria. Er kan sprake zijn van voorliggendheid van zorg uit een ander domein (bijvoorbeeld verpleging en verzorging voor kinderen vanuit de Zorgverzekeringswet; palliatief terminale zorg; jeugdwet); of van gebruikelijke zorg.
6. Vaststellen van het best passende zorgprofiel, de ingangsdatum, de geldigheidsduur en of, in geval van een aantal specifieke situaties, het kenmerk 'meerzorg' van toepassing is.

Grondslagen en zorgprofielen

Voor toegang tot zorg vanuit de Wlz moet er een minstens één grondslag vast te stellen zijn. Om de grondslag te bepalen, gebruikt het CIZ informatie van een ter zake deskundige over diagnostiek en informatie over stoornissen en beperkingen. Vaak zijn er meerdere grondslagen vast te stellen. Het uitgangspunt is dat het uiteindelijk gekozen zorgprofiel past bij de vastgestelde grondslag(en), de stoornissen en beperkingen en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte.

Voor iedere grondslag zijn er meerdere zorgprofielen beschikbaar. Een zorgprofiel moet passen bij de grondslag(en), stoornissen en beperkingen en de daaruit voortvloeiende actuele zorgbehoefte. De zorgprofielen zijn beschreven in bijlage bij artikel 2.1 van de Regeling langdurige zorg¹⁶.

De Wlz-zorgprofielen zijn ingedeeld in sectoren, bijvoorbeeld verpleging en verzorging (VV), lichamelijk gehandicapt (LG) of GGZ wonen.

De grondslagen voor Wlz-zorg zijn:

- Somatische aandoening of beperking
- Lichamelijke handicap
- Psychogeriatrische aandoening of beperking
- Psychische stoornis
- Verstandelijke handicap
- Zintuiglijke handicap
 - Visuele handicap
 - Auditief-communicatieve handicap
 - Spraak-/taalstoornis

Als iemand meer dan één grondslag heeft, wordt eerst gekeken welke grondslag de meeste invloed heeft op de zorgbehoefte. Als de bijbehorende profielen niet voldoende aansluiten, kan worden gekozen voor een profiel dat hoort bij een van de andere grondslagen die vastgesteld zijn bij die persoon. Dit kan als de beperkingen elkaar beïnvloeden, of op grond van leeftijdsgebonden cliëntkenmerken of specifieke gedragsproblemen. Het vaststellen van het best passend zorgprofiel is daarom maatwerk en is afhankelijk van de actuele zorgbehoefte. De Wlz-zorgprofielen VV9b, GGZ Wonen 5, en de profielreeksen (SG)LVG en GGZ-B kunnen in geen geval in een pgb worden verzilverd.¹⁷

Omvang van de zorg en leveringsvormen:

De zorg vanuit de Wlz bevat o.a. verblijf, persoonlijke verzorging en verpleging, Wlz-behandeling, dagbesteding, vervoer, hulpmiddelen en logeeropvang.¹⁸

Deze zorg kan worden geleverd in verschillende vormen namelijk:

- Verblijf in een instelling (zorg in natura)
- Zorg thuis:
 - volledig pakket thuis (vpt)
 - modulair pakket thuis (mpt)
 - persoonsgebonden budget (pgb)

¹⁶ [wetten.overheid.nl | Regeling langdurige zorg | BWBR0036014](https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014)

¹⁷ [Zorgprofiel | De Wlz | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

¹⁸ [Wlz-kompas | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

Onder 'zorg thuis' worden ook constructies verstaan waarbij de verzekerde voltijd verblijft:

- in een instelling met bekostiging van de zorg vanuit een pgb óf
- in een geclusterde woonvorm met bekostiging van de zorg vanuit een vpt.

In deze gevallen huurt de verzekerde vaak zelf een woning bij de instelling/woonvorm.

Een combinatie van verblijf in een instelling met mpt en/of pgb is mogelijk. Dit heet deeltijdverblijf.

Deeltijdverblijf is een combinatie van in een instelling wonen en thuis wonen. Dit is geen aparte leveringsvorm. Wanneer de verzekerde zorg thuis ontvangt is een combinatie van mpt en pgb ook mogelijk. Hiermee lukt het de budgethouder soms complexe zorg (onregelmatige tijdstippen of locaties) te organiseren welke door een zorgaanbieder niet altijd geboden kan worden.

Aan de leveringsvormen in de thuissituatie zijn voorwaarden verbonden. Het zorgkantoor en/of de zorgaanbieder overlegt met de verzekerde welke leveringsvorm het best passend is bij de wensen en de situatie. Welke zorg er thuis mogelijk is, is terug te vinden op de [website van het Zorginstituut](#).

Het pgb als bijzondere leveringsvorm wordt in bredere zin beschreven in [hoofdstuk 3](#) van dit handboek.

Extra zorg

Het kan gebeuren dat een verzekerde meer zorg nodig heeft dan op grond van zijn indicatie mogelijk is. Het zorgkantoor kan dan extra geld toekennen voor de zorg.

Het toekennen van extra geld door het zorgkantoor kan vanwege:

1. Toeslagen
2. Gespecialiseerde zorg in expertisecentra
3. Meerzorg
4. Extra Kosten Thuis (EKT)
5. Duurdere behandeling of begeleiding
6. Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)
7. Palliatief terminale zorg

Wij verwijzen voor de volledige en actuele informatie over extra zorg in de Wlz naar de website van het Zorginstituut Nederland: [Extra zorg \(Wlz\) | Zorginstituut Nederland](#).

Hieronder staat een samenvatting.

1. Toeslagen

Een toeslag is mogelijk als meer zorg nodig is dan op grond van de indicatie mogelijk is én de zorgbehoefte bestaat uit: gespecialiseerde epilepsiezorg; chronische invasieve beademing; non-invasieve beademing; klinisch intensieve behandeling; niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie; CVA (beroerte); ziekte van Huntington; observatie. Deze toeslagen zijn mogelijk bij alle leveringsvormen, bij verblijf in een instelling, vpt of mpt moet aan voorwaarden worden voldaan.

2. Expertisecentra

Toekennen van extra geld is mogelijk als meer zorg nodig is dan op grond van de indicatie mogelijk is én de zorgbehoefte bestaat uit gespecialiseerde zorg in een instelling in verband met: de ziekte van Huntington; het syndroom van Korsakov; een langdurige bewustzijnsstoornis; dementie met zeer ernstig probleemgedrag (zorg gericht op verbetering van het probleemgedrag); een zeer ernstige psychogeriatrische aandoening. ([Beleidsregels van de NZa](#) zijn van toepassing.)

3. Meerzorg

Bij bepaalde zorgprofielen is meerzorg mogelijk ([zie bijlage 2](#)). De zorgbehoefte moet dan minimaal 25% in uren hoger zijn dan de zorg, die op grond van de indicatie mogelijk is. Meerzorg wordt aangevraagd bij het zorgkantoor (en kan door een zorgaanbieder ook voor een groep worden aangevraagd als aan de NZa-voorwaarden wordt voldaan). Het zorgkantoor toetst aan de

voorwaarden¹⁹ en bepaalt bij toekenning de omvang en de geldigheidsduur. Het zorgkantoor kan het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) om advies vragen bij de beoordeling van de aanvraag voor meerzorg. Bij een meerzorg aanvraag voor een pgb of mpt (of combinatie), gaat toekenning van extra kosten thuis (EKT) vooraf aan de toekenning van meerzorg.

4. Extra kosten thuis (EKT)

Wlz-zorg vanuit een mpt of pgb kan duurder zijn dan vergelijkbare zorg in een instelling of vanuit een vpt. Het zorgkantoor kan besluiten dat de kosten voor zorg thuis tot maximaal 25% hoger mogen zijn dan het basisbedrag. EKT is voor alle Wlz-cliënten thuis met een mpt en/of pgb mogelijk.

Het zorgkantoor kan ook besluiten dat de kosten voor zorg thuis tijdelijk hoger mogen zijn als de verzekerde tijdelijk verpleging nodig heeft vanwege een medisch-specialistische behandeling. Het zorgkantoor bepaalt de hoogte van de extra vergoeding.

Voor kinderen tot 18 jaar kan het zorgkantoor besluiten dat de kosten voor behandeling, individuele begeleiding of begeleiding in groepsverband hoger mogen zijn als dit noodzakelijk is voor de ontwikkeling van het kind.

5. Duurdere behandeling of begeleiding

Het zorgkantoor kan na toepassing van EKT voor een verzekerde die niet in aanmerking komt voor een toeslag en/of meerzorg:

- hogere kosten voor individuele behandeling of behandeling in groepsverband toestaan dan het bedrag dat hiervoor beschikbaar is, óf
- hogere kosten toestaan of een hoger bedrag toekennen voor begeleiding in groepsverband dan het bedrag dat hiervoor is opgenomen in het ZZP behorend bij het zorgprofiel of dat hiervoor geldt bij Wlz-zorg in de vorm van een pgb ([volgens bijlage H van de Regeling langdurige zorg](#)).

6. Persoonlijk assistentie budget (PAB)

Het persoonlijk assistentie budget (PAB) is bedoeld voor verzekerden vanaf 18 jaar die volledig regie hebben over het eigen leven, maar een zeer zware lichamelijke beperking hebben en die vanuit medisch oogpunt zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de directe nabijheid om levensbedreigende situaties te voorkomen. Het zorgkantoor kan het pgb verhogen tot een bedrag van maximaal € 365.365 per kalenderjaar, als aan de voorwaarden wordt voldaan. De verzekerde kan dan zelfstandig wonen en participeren in de samenleving. Het PAB is voor een beperkt aantal zorgprofielen (in de LG en VV reeks) mogelijk en verzekerde moet aan een aantal voorwaarden voldoen om hier voor in aanmerking te komen.

7. Palliatief terminale zorg

Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting is dan niet langer dan 3 maanden. Voor een verzekerde met een Wlz-indicatie wordt palliatief terminale zorg betaald vanuit de Wlz, ongeacht de leveringsvorm. Bij verblijf in een instelling of geclusterd wonen met een vpt is stervensbegeleiding in principe onderdeel van de normale zorg. Er kan extra geld nodig zijn voor noodzakelijk zorg.

Bij verblijf in een instelling of zorg vanuit een vpt kan de zorgaanbieder de extra kosten voor noodzakelijke zorg declareren bij het zorgkantoor. Bij verblijf in een instelling moet hierbij aan bepaalde voorwaarden worden voldaan ([volgens art. 2.2 lid 1d van de Regeling langdurige zorg](#)).

¹⁹ Als er sprake is van een (medisch te onderbouwen) bijzondere zorgbehoefte of extreme zorgbehoefte ten opzichte van het geïndiceerde zorgprofiel, kan toekenning van meerzorg worden overwogen. Zie hiervoor: [Zorginstituut Nederland - Duiding en advies over toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb](#)

Bij zorg vanuit een mpt of pgb kan het zorgkantoor op verzoek de vergoeding of het pgb verhogen.
Bij zorg vanuit een pgb is dan een terminaliteitsverklaring nodig.

Zorginkoop en bekostiging

De inkoop van Wlz-zorg verloopt via de zorgkantoren. Deze kopen “bedden” in bij zorgaanbieders, zowel voor verblijf in een instelling als voor zorg vanuit een mpt of vpt.

Wlz-zorg vanuit een pgb wordt niet door zorgkantoren ingekocht maar door de budgethouder zelf.

Eigen bijdrage

Voor het ontvangen van Wlz zorg betalen Wlz gerechtigden een eigen bijdrage. Deze wordt berekend en geïnd door het [CAK](#). De eigen bijdrage hangt af van hoogte van inkomen, het huishouden, de gekozen leveringsvorm en de hoogte van de indicatie (zie alinea [Wlz: knelpunten](#) over problemen die rond de eigen bijdrage kunnen ontstaan). Overigens kan de verplichting tot een eigen bijdrage van invloed zijn op de keuze van mensen al of niet een Wlz-aanvraag te doen.

De Wlz verlaten

De Wlz is bedoeld voor cliënten die levenslang (blijvend) zijn aangewezen op 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht. In uitzonderingsgevallen kan het vóórkomen dat iemand in de loop van de tijd toch niet meer aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet. Wanneer een client in die situatie de Wlz-indicatie wil laten intrekken kan hij zelf een verzoek indienen bij het CIZ om zijn situatie te laten herbeoordelen. Wanneer een client geen Wlz indicatie meer wil, maar nog wél voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz is deze niet (zonder meer) te beëindigen. Dit is alleen mogelijk wanneer de zorg vanuit andere domeinen (Wmo, Zvw) overgenomen wordt (domeinsamenwerking). Gemeentes en zorgverzekeraars zijn hiertoe niet verplicht.

4.2 Wlz-behandeling en afbakening met andere zorgvormen

Wanneer er een Wlz-indicatie is toegekend blijven er raakvlakken bestaan met de Zorgverzekeringswet, met name als het gaat om aanspraak op behandeling. De behandeling die niet los te zien is van de rest van de integrale zorg maakt onderdeel uit van de Wlz. Wlz-behandeling omvat daarmee zorg van specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de grondslag voor de Wlz-indicatie. Hieronder valt bijvoorbeeld ook aanvullende functionele diagnostiek door een Wlz-behandelaar. Wlz-behandeling is alleen in natura mogelijk.

Afbakening met medisch specialistische zorg

Het gaat bij Wlz-behandeling niet om medisch specialistische zorg vanuit de Zvw. Medisch specialistische zorg komt ten laste van de Zvw. De enige uitzondering op deze regel is als een cliënt de grondslag psychische stoornis heeft. In die situatie komt de geneeskundige zorg die klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden, ten laste van de Wlz.²⁰

Voor een volledige beschrijving van de grenzen van Wlz-behandeling:

[Behandeling \(Wlz\) | Zorginstituut Nederland](#)

Medebehandeling

Verzekerden met een Wlz-indicatie hoeven verblijf en behandeling niet van dezelfde instelling te ontvangen. Bijvoorbeeld als iemand thuis woont of in een instelling die geen behandeling biedt. Als een verzekerde verblijf en behandeling niet van dezelfde instelling ontvangt, kan de Wlz-behandelaar de specifieke medische, gedragswetenschappelijke of paramedische behandeling inzetten naast de algemene behandeling door de huisarts. Dat heet medebehandeling en maakt onderdeel uit van de Wlz. De huisarts (Zvw) blijft in dat geval medisch eindverantwoordelijk. Lees meer:

[Samenwerking huisarts - specialist ouderengeneeskunde - Verenso](#)

²⁰ GGZ-behandeling wordt alleen vanuit de Wlz gefinancierd voor cliënten die behandeling ontvangen door of namens dezelfde instelling als waar zij verblijven. Vanwege een overgangsregeling wordt GGZ-behandeling voor cliënten met een GGZ-Wonen zorgprofiel die verblijf zonder behandeling ontvangen, gefinancierd vanuit de Zvw.

Herstelgerichte behandeling

Vanwege de inhoudelijke overeenkomsten wordt de herstel gerichte behandeling met verpleging en verzorging (zorgprofiel VV9B) beschreven in het hoofdstuk Geriatrische Revalidatie Zorg (hoofdstuk 5)

Paramedische zorg

Paramedische zorg valt onder Wlz-behandeling als het specifieke paramedische zorg betreft. Er is sprake van specifieke paramedische zorg als de behandelaar specifieke kennis of vaardigheden nodig heeft om de betreffende cliënt te behandelen, óf als de zorg onderdeel is van de integrale zorg die de instelling biedt.

Dit staat verder beschreven in:

[Standpunt paramedische zorg in de Wlz | Zorginstituut Nederland](#)

Afbakening diagnostiek

Het Zorginstituut krijgt vaak vragen over wanneer diagnostiek onder de Wlz valt en wanneer onder medisch specialistische zorg. Het Zorginstituut heeft naar aanleiding hiervan zowel een algemeen standpunt diagnostiek uitgebracht als een specifiek standpunt als het gaat om röntgendiagnostiek.

Diagnostische activiteiten die zijn aangevraagd door een Wlz-behandelaar komen ten laste van de Wlz als de inhoudelijke beoordeling van de data door de Wlz-behandelaar wordt uitgevoerd. Als de medisch specialist de data inhoudelijk beoordeelt, komt dat deel van de zorg ten laste van de Zvw.

Lees meer:

[Standpunt Diagnostiek - Afbakening Wlz en medisch specialistische zorg | Zorginstituut Nederland](#)

[Standpunt röntgendiagnostiek op aanvraag van een Wlz-arts komt ten laste van de Zvw](#)

Partnerverblijf binnen de Wlz

Voor de partner van een persoon met een Wlz indicatie (met uitzondering van GGZ profielen) is het wettelijk gezien mogelijk mee te verhuizen naar een instelling. In de praktijk bestaan er grote verschillen tussen het daadwerkelijke aanbod van partnerverblijf per regio. Om partnerverblijf te regelen, vraagt de zorgaanbieder bij het CIZ een indicatiebesluit voor partnerverblijf aan en registreert de meeverhuizende partner. Als de meeverhuisde partner zelf ook zorgbehoevend wordt, maar nog niet voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz, zal hij voor zijn zorg een beroep moeten doen op de Wmo of zijn zorgverzekering.

Wanneer de persoon met een Wlz-indicatie overlijdt of verhuist, behoudt de partner met een indicatie voor partnerverblijf het recht om in de instelling te blijven wonen. Wanneer zij in een 2-persoons woonunit verbleven wordt verwacht dat partner binnen een redelijke termijn verhuist naar een 1-persoons woonunit.

Lees meer:

[Meeverhuizende partner \(Wlz\) | Zorginstituut Nederland](#)

4.3 ADL-assistentie

Per 1 januari 2015 is de ADL-assistentie geregeld in een subsidieregeling op grond van de Wlz. Het Zorginstituut verstrekt subsidies aan zorgaanbieders die ADL-assistentie leveren. ADL-assistentie kan alleen worden gesubsidieerd als de verzekerde beschikt over een ADL-indicatie van het CIZ.

Subsidie voor ADL-assistentie is mogelijk voor een verzekerde die:

- een lichamelijke handicap of een somatische aandoening heeft; en
- is aangewezen op een rolstoel- of gangankelwoning; en
- is aangewezen op ten minste vijf uur oproepbare ADL-assistentie per week; en
- voldoende sociaal zelfredzaam is om zelfstandig te wonen, zorg op te roepen en aanwijzingen te geven.

ADL-assistentie betreft zeer intensieve ondersteuning in en om een zogenoemde ADL-woning. Deze zorg valt buiten het reguliere afwegingskader van de Wlz.

Het gaat bij ADL-assistentie om gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning op verzoek en aanwijzing van de client. Hieronder valt ook alarmopvolging bij een noodoproep.

Onder ADL-assistentie vallen hulp en zogenaamde “hand- en spandiensten”, zoals het bijvullen van printerpapier, het vervangen van een batterij, het opruimen van een omgevallen glas melk, het openmaken van een fles wijn en dergelijke.

ADL-assistentie onderscheidt zich van verpleegkundige zorg omdat de geneeskundige context ontbreekt. Verpleegtechnische handelingen welke normaal gesproken door een mantelzorger worden uitgevoerd kunnen eventueel in overleg met instelling vallen onder ADL-assistentie.

ADL-assistentie is onlosmakelijk verbonden met het wonen bij één van de drie erkende aanbieders: [Fokus](#), [Ons Tweede Thuis](#) of [Amarosa](#). Deze zorg kan niet door andere zorgaanbieders worden aangeboden. Wanneer de ADL-bewoner verpleegkundige zorg of zorg buiten de ADL-woning nodig heeft, hij daarvoor is aangewezen op andere wettelijke regelingen, bijvoorbeeld de Zvw of Wmo.

Voor de indicatie ADL-assistentie is geen omvang bepaald. Als een verzekerde voldoet aan de voorwaarden voor de subsidieregeling²¹ wordt een besluit ADL-assistentie afgegeven. Een belangrijk criterium bij het indiceren van ADL assistentie is dat de zorg op afroep en op aanwijzing plaatsvindt. ADL-assistentie kan niet samengaan met een indicatie voor Wlz gefinancierde zorg.

Meer informatie over ADL-assistentie is te vinden op de websites van het Zorgkantoor²² en van het CIZ²³.

4.4 Knelpunten

Zorgval / verschil eigen bijdrage:

Wanneer de overstap van de Zvw naar de Wlz wordt gemaakt kan het voorkomen dat er in de nieuwe situatie minder zorg kan worden ingezet. Dit komt doordat er in principe geen maximum zit aan budgetten in de Zvw. Vanuit de Wlz krijgt de client een zorgprofiel. De NZa stelt voor deze zorgprofielen maximumtarieven vast. Dit kan een reden zijn voor cliënten om de overstap niet te willen maken ook als de zorgbehoefte inhoudelijk wel binnen de Wlz past. Daarnaast kan het zijn dat wanneer de overstap van de Wmo naar de Wlz wordt gemaakt de eigen bijdrage fors toeneemt. Binnen de Wmo bestaat een nu nog abonnementstarief van maximaal €21,- per maand (2024). Vanaf 1 januari 2027 zal er een inkomensafhankelijke eigen bijdrage²⁴ komen. Binnen de Wlz is er een eigen bijdrage inkomensafhankelijk, waardoor die vrijwel altijd fors hoger is. Ook dit kan een reden zijn voor cliënten om een Wlz-aanvraag af te houden. De gemeente heeft vanuit de Wmo meer mogelijkheden dan de zorgverzekeraar heeft vanuit de Zvw, om af te dwingen dat een cliënt een Wlz-indicatie aanvraagt bij het CIZ.

Niet-vrijwillige opname binnen de langdurige zorg (Wvggz en Wzd)

Tot 2020 vonden niet-vrijwillige opnames hun basis in de Wet BOPZ. Sinds 2020 is de Wet BOPZ opgesplitst in de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). De laatstgenoemde wet regelt de niet-vrijwillige zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening, een verstandelijke beperking of een gelijkgestelde aandoening²⁵.

Er heeft een uitgebreide evaluatie plaatsgevonden over de invoering van de nieuwe wetgeving door het Amsterdam UMC en het Trimbos-instituut waarvan deel 1 in 2021 werd gepresenteerd²⁶ en deel 2 in 2022²⁷. Men beschrijft stevige conclusies. Beide regelingen zijn ingewikkeld in uitvoering, hebben een sterk toegenomen administratieve last en er zijn onderdelen in beide wetten van gebrekkige effectiviteit gebleken. Daarnaast ontbreken er voldoende materiële, personele en financiële randvoorwaarden en is het takenpakket van bepaalde actoren van de wet sterk toegenomen. Er wordt beschreven dat de samenhang tussen beide wetten ingewikkeld is en in de praktijk veel vragen oproept. Men stelt dat dit in belangrijke

²¹ [Voor zorgprofessionals | CIZ | subsidieregeling ADL-assistentie](#)

²² [ADL-assistentie | Zorginstituut Nederland](#)

²³ [Voor zorgprofessionals | CIZ | subsidieregeling ADL-assistentie](#)

²⁴ [Open overheid - Hoofdlijnenbrief wet maatschappelijke ondersteuning](#)

²⁵ [Besluit gelijkgestelde aandoeningen | Besluit | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

²⁶ [Open overheid - Eerste evaluatie Wvggz en Wzd, deel 1](#)

²⁷ [Open overheid - Eerste evaluatie Wvggz en Wzd, deel 2](#)

mate samenhangt met de keuze om twee separate wetten tot stand te brengen in een situatie van overlappende domeinen, waardoor de omvang en complexiteit van allerlei 'grensgeschillen' aanzienlijk is.

Deze complexiteit rondom grensgeschillen zien we in de praktijk ook terug. Dit gaat bijvoorbeeld om de vraag waar cliënten met zowel psychiatrische als cognitieve problematiek het beste kunnen worden opgenomen en onder welke wetgeving. Zo kwam het in 2020 voor dat alle deskundigen van mening waren dat een client met een psychische stoornis de beste passende zorg kon ontvangen binnen een Wzd-accommodatie, maar was dit destijds niet mogelijk binnen de Wzd.

In 2021 heeft er daarom een wijziging (amendement) van de wetsteksten plaatsgevonden²⁸. Sindsdien kan een rechter op verzoek van het CIZ een machtiging vanuit de Wzd verlenen voor een persoon met een psychische stoornis wanneer die stoornis gelijk kan worden gesteld aan een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. Het CIZ beoordeelt eerst langs de criteria van het amendement alvorens een dergelijk verzoek in te dienen.

In een beleidsreactie aan de Tweede Kamer op de evaluatierapporten beloofde de minister Helder (langdurige zorg en sport) in 2023 o.a. de complexiteit van de Wzd terug te dringen, te zorgen voor meer mogelijkheden tot maatwerk en de administratieve lasten te verminderen²⁹. De vraag voor het weer samenbrengen van Wvvgz en Wzd werd niet beantwoord daar dergelijke een wetsaanpassing een tijdrovende investering vraagt waar veldpartijen niet op zitten te wachten. Wel werd aangegeven dat beide wetten aangepast worden zodat er meer synergie is tussen de wetten waardoor overstappen van de ene wet naar de andere wet de eenvoudiger wordt. Tevens werd aangegeven dat zou worden onderzocht of gelijkgestelde aandoeningen uitgebreid kunnen worden en de spoedprocedure van de Wvvgz en Wzd gelijk kan worden getrokken.

In 2024 werd het vernieuwde Stappenplan Wet zorg en dwang gepresenteerd³⁰. Ook werd in 2024 bekend gemaakt dat er voorlopig geen herbeoordelingen worden uitgevoerd van besluiten tot opname en verblijf (artikel 21 Wzd) die zijn afgegeven met een geldigheid van 5 jaar. Deze beslissing werd door minister Helder genomen met het oog op voorbereidingen op wetwijzigingen van de Wzd³¹.

Wachlijsten binnen de Wlz, leidend tot onduidelijkheid over status wachtenden

Op dit moment zijn in veel regio's wachtlijsten voor Wlz-zorg. Dit heeft tot gevolg dat instroom soms met name plaatsvindt via spoedopnames. Dit terwijl allen op de wachtlijst in aanmerking zouden moeten kunnen komen voor opname. Recent is het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg 2025 - 2028³² gepubliceerd waarin doelstellingen zijn opgenomen over meerdere knelpunten in de ouderenzorg, waaronder ook de wachtlijstproblematiek.

Zorgvrager met Wlz-indicatie zonder behandeling

Steeds meer zorgvragers met een Wlz-indicatie wonen thuis of in een andere woonvorm dan de reguliere instellingen. Hierdoor ontvangen zijn Wlz-zorg zonder behandeling. De huisarts wordt dan eindverantwoordelijk voor de medische zorg van deze cliënten, terwijl de cliënten expertise nodig hebben van een specialist ouderengeneeskunde of arts VG. In september 2024 is in samenwerking met ministerie VWS, ActiZ, LHV, NVAVG, Verenso, InEen VGN en ZN het convenant 'Medisch Generalistisch Zorg' opgesteld. Dit convenant kan als kader worden ingezet zodat regionale samenwerkende partijen tot afspraken kunnen komen. Hiermee wil men naar een situatie waarbij de zorgvrager met een Wlz-indicatie 24/7 de zorg krijgt van de best toegeruste arts.³³

²⁸ [Tweede Kamer der Staten-Generaal - Wijziging van de Wvvgz en de Wzd](#)

²⁹ [Geestelijke gezondheidszorg | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

³⁰ [Vernieuwd stappenplan Wzd | Nieuwsbericht | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

³¹ [Geen herbeoordelingen Wzd | CIZ](#)

³² [Open Overheid | Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg 2025 - 2028](#)

³³ [Convenant: betere toegang Medisch Generalistische Zorg - Zorgverzekeraars Nederland](#)

Verblijfspark voor mensen met dubbelproblematiek

Het kan in de praktijk complex zijn om de juiste verblijfspark te vinden voor cliënten met problemen op meerdere domeinen. Denk hierbij aan de samenloop van verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek, verslaving en/of sociale problematiek.

Meer lezen:

Zorgtoewijzing:

[Voorschrift Zorgtoewijzing 2025 ZN](#)

Zorgprofielen:

[Bijlage A bij art 2.1 Regeling langdurige zorg - zorgprofielen integraal pakket](#)

[Blijvend overgangsrecht vanuit de AWBZ bij laag zorgzwaartepakket | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

5 Chronische zorg in de GGZ (afbakening zorgwetten)

5.1 Chronische zorg in de GGZ: beschrijving, leveringsvorm, financiering

Langdurige GGZ-zorg, gepaard gaande met verblijf, wordt net als langdurige somatische zorg met verblijf, gefinancierd vanuit twee domeinen; de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. De enige uitzondering hierop is GGZ-problematiek voor verzekerden onder de 18 jaar. Dit wordt integraal gefinancierd uit de Jeugdwet. Dit document heeft alleen betrekking op langdurige GGZ-problematiek in combinatie met verblijf bij verzekerden van 18 jaar en ouder.

Wanneer de GGZ-problematiek zonder verblijf gepaard gaat met participatieproblemen kan er een beroep gedaan worden op individuele- of groepsbegeleiding welke vanuit de Wmo gefinancierd wordt. De afbakening tussen Wlz-zorg, Zvw-zorg en Wmo-zorg wordt bepaald door de zorgbehoefte³⁴.



Figuur 1. Bron: Handreiking Zorginstituut 'Wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis' - versie 2021 (leesbaarheid verbeterd)

Begeleiding

Indien er sprake is van een noodzaak voor begeleiding wordt dit gefinancierd door de Wmo of de Zvw. Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling uitmaken, zijn aan te merken als geneeskundige zorg en vallen onder de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de (regie)behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de (regie)behandelaar.

Begeleidingsactiviteiten die een niet geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van de behandelaar is vereist en waarvoor geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig is, worden niet gerekend tot geneeskundige GGZ. Deze begeleidingsactiviteiten kunnen onder de Wmo vallen.

³⁴ [Handreiking 'Wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis' - versie 2021 | Zorginstituut Nederland](#)

Behandeling van de extramuraal verblijvende cliënt

Indien er een noodzaak is voor behandeling door bijvoorbeeld een huisarts, psychiater psycholoog of psychiatrisch verpleegkundige valt dit onder de Zvw.

Verblijf

Indien verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de behandeling valt deze behandeling inclusief verblijf de eerste drie jaar ook onder de Zvw. Per 2022 wordt dit bekostigd volgens het Zorgprestatiemodel. Zolang behandeling met verblijf noodzakelijk blijft en wordt ingeschat dat uitstroom naar zelfstandig wonen op termijn mogelijk is, wordt de behandeling voortgezet.

Wanneer een dergelijke klinische behandeling langer dan drie jaar duurt, wordt de financiering van de behandeling en het verblijf, overgenomen door de Wlz. Het CIZ geeft dan een indicatie af welke drie jaar geldig is en kent een profiel toe uit de zogenoemde GGZ-B reeks ([zie bijlage 2](#): zorgprofielen in de Wlz). Dit kan zich meerdere keren herhalen, de wetgever heeft hier geen termijnen of voorwaarden aan gesteld. De betreffende zorgkantoor zal met de behandelaar in gesprek gaan over de noodzaak van de verlengingen.

Op ieder moment van de klinische behandeling kan er bij het CIZ een reguliere Wlz-indicatie worden aangevraagd. Het belangrijkste weegcriterium is de blijvende noodzaak van zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel of de noodzaak van permanent toezicht. Daarin verschilt de langdurige GGZ dus niet van andere indicaties voor de Wlz. Het CIZ beoordeelt de toegang volgens het afwegingskader zoals beschreven in [hoofdstuk 4](#) over de Wet langdurige zorg.

Voor GGZ-wonen zijn er binnen de Wlz vijf zorgprofielen;

1. GGZ wonen met intensieve begeleiding.
2. GGZ wonen met intensieve begeleiding en verzorging.
3. GGZ wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering.
4. GGZ wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging.
5. GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.

In de Regeling langdurige zorg ([bijlage A bij artikel 2.1](#)) zijn alle zorgprofielen in detail beschreven, deze zijn overgenomen in [bijlage 2](#). De Wlz zorgprofielen voor de GGZ hebben allemaal hun eigen karakteristieken. Deze zijn na te lezen op de [website](#) van het ministerie van VWS³⁵. Zie [hoofdstuk 4](#) voor een verdere toelichting over Wlz-zorgprofielen.

Behandeling van een psychische stoornis bij een client met een Wlz indicatie

Als een cliënt met een Wlz-indicatie behandeling van een psychische stoornis nodig heeft, dan komt deze behandeling in de volgende 3 gevallen ten laste van de Wlz:

- De cliënt voldoet (mede) vanwege de grondslag psychische stoornis aan de Wlz-toegangscriteria en verblijft met behandeling van dezelfde zorgaanbieder.
- Een cliënt verblijft na 1095 dagen (3 jaar) in een psychiatrische instelling, omdat dit nog steeds noodzakelijk is voor de behandeling van de psychische stoornis. Dat heet voortgezet verblijf.
- De behandeling van een psychische stoornis is integraal onderdeel van de specifieke behandeling bij verblijf met behandeling.³⁶

De behandeling van de psychische stoornis valt niet voor alle cliënten met een Wlz-indicatie met (mede) een grondslag psychische stoornis onder de Wlz. De wetgever heeft besloten dat dit gefaseerd ingevoerd wordt, om problemen bij de uitvoering te voorkomen. De behandeling van een psychische stoornis komt op dit moment alleen ten laste van de Wlz bij verblijf met behandeling van dezelfde instelling.

³⁵ [Zorgprofiel | De Wlz | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

³⁶ [GGZ-behandeling vanuit de Wlz | Zorginstituut Nederland](#)

Voor cliënten die geen grondslag psychische stoornis hebben, valt de behandeling van een psychische stoornis onder de Zvw. Alleen als een cliënt verblijft met specifieke behandeling van dezelfde instelling én de behandeling van de psychische stoornis integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van de Wlz-aandoening, moet de zorgaanbieder deze zorg als onderdeel van de Wlz-aanspraak leveren. Dit is bijvoorbeeld bij een depressie samenhangend met dementie of een posttraumatische stressstoornis bij een verstandelijk gehandicapte, waarvoor integrale behandeling nodig is. De behandeling voor de psychische stoornis valt dan onder de aanvullende zorg bij verblijf met behandeling.

Voor cliënten die thuis of in een Wlz-instelling wonen en niet van dezelfde instelling specifieke behandeling krijgen, geldt dit niet. De behandeling van een psychische stoornis wordt dan vanuit de Zvw vergoed.³⁶

Leveringsvormen van Wlz gefinancierde zorg binnen de langdurige GGZ.

De leveringsvormen van reguliere Wlz-indicaties zijn beschreven in [hoofdstuk 4](#). Daar werd al beschreven dat van de vijf GGZ zorgprofielen alleen de eerste vier middels een pgb gefinancierd kunnen worden. Het zorgprofiel GGZ 5 kan niet met een pgb gefinancierd worden. Daar worden geen uitzonderingen op gemaakt.

Voor de tijdelijke GGZ-B zorgprofielen ten behoeve van klinische behandeling geldt (logischerwijs) dat zij enkel middels verblijf in een instelling kunnen worden verzilverd. De leveringsvormen mpt, vpt en pgb zijn dan ook niet mogelijk.

5.2 Knelpunten langdurige GGZ

Overgang GGZ (Zvw) naar Wmo

Vanaf 2015 hebben mensen met psychische problemen en aandoeningen te maken met hun gemeente als het gaat om huisvesting, uitkeringen en re-integratie naar werk. Eventueel ook bij schuldhulpverlening. De gemeenten voeren de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uit. Daarin zijn ook de opvang voor dak- en thuislozen, bemoeizorg en preventieactiviteiten op het gebied van geestelijke gezondheid geregeld. Gezien de raakvlakken met de Wmo en vanuit het gegeven dat ook langdurige GGZ eindig is of hoort te zijn, rijpt steeds meer het inzicht dat bij de overgang vanuit de zorg naar zelfstandigheid, een stabiele woon/leef omgeving en deelname aan de maatschappij een basis zijn voor herstel van autonomie en zelfstandigheid. Deze overgang dient juist bij deze (ex)patiënten die opnieuw hun plaats in de samenleving moeten gaan vinden zo optimaal als mogelijk geborgd te zijn.

In de werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf GGZ³⁷, die is samengesteld door de Nederlandse GGZ, MIND, Zorgverzekeraars Nederland en de VNG, wordt beschreven hoe de samenwerking idealiter verloopt. Het is inmiddels echter gebleken dat o.a. vanwege financiële discussies, personeels- en capaciteitstekorten en ingewikkelde regelgeving, deze voorwaarden eenvoudiger op papier te zetten zijn dan te realiseren.

³⁷ [Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz - herziene versie 8 november 2024](#)

6 Geriatrische Revalidatie Zorg (vanuit de Zvw) en Herstelgerichte Behandeling (vanuit de Wlz)

6.1 Geriatrische Revalidatie Zorg

Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de Geriatrische revalidatie zorg (GRZ) en de grens met het Wlz-zorgprofiel Herstelgerichte behandeling (HB) met verpleging en verzorging in een instelling (VV9b). GRZ valt op dit moment onder de beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg van de NZa³⁸.

Vanwege de gemiddeld hoge leeftijd van de patiënten en omdat deze soort revalidatie onder de ABWZ altijd werd geleverd door Wlz instellingen, wordt de GRZ hier tot de chronische zorg gerekend. De GRZ wordt daarom in dit handboek chronische zorg uitvoeriger besproken. Omdat de herstelgerichte behandeling vanuit de Wlz (HB) zoveel raakvlakken, overeenkomstige kenmerken en potentiële overlappingen heeft zullen we beiden vormen van zorg in dit hoofdstuk bespreken.

Voor een Wlz-cliënt wordt revalidatie doorgaans bekostigd vanuit de Wlz. Wanneer een persoon Wlz-zorg ontvangt, waarbij sprake is van verblijf met behandeling, dan is GRZ uit de Zvw niet mogelijk. De herstelgerichte behandeling wordt dan vanuit de Wlz geboden. Het CIZ kan een indicatie afgeven voor zorgprofiel 'VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP 9b VV)'.

GRZ kan vanuit de Zvw worden geboden en bekostigd in alle andere gevallen van Wlz-zorg:

- verblijf waarbij geen behandeling wordt geboden; of
- Wlz-zorg thuis in de vorm van volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of met een persoonsgebonden budget (pgb) of een combinatie van mpt met pgb.³⁹

De beoordeling, of er voor een cliënt een aanvraag voor GRZ danwel herstelgerichte behandeling uit de Wlz gedaan moet worden, ligt bij de behandelaar, met name de specialist ouderengeneeskunde, die de geriatrische beoordeling (geriatrisch assessment) uitvoert en niet bij het CIZ. De inschatting over de verwachte eindsituatie na het revalidatietraject zou hierin leidend moeten zijn.

GRZ

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is in het algemeen bedoeld voor kwetsbare ouderen. De revalidatiebehandeling wordt ingezet met het oog op verwacht herstel of het verbeteren van het participeren en functioneren. Meestal krijgt iemand GRZ na een opname in een ziekenhuis voor een medisch-specialistische behandeling, bijvoorbeeld als gevolg van een CVA, heupfractuur of heup- of knieprothese. Om voor GRZ in aanmerking te komen moet er volgens de regelgeving sprake zijn van kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit.⁴⁰

GRZ wordt per 1.1.2025 als volgt omschreven in [artikel 2.5c van Besluit Zorgverzekering](#):

- Lid 1: Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit met als doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij van de verzekerde.
- Lid 2: De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien er niet aan vooraf is gegaan verblijf in een instelling als bedoeld in [artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg](#), gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling.

³⁸ [Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg 2025 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

³⁹ [Geriatrische revalidatiezorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

⁴⁰ [Geriatrische revalidatiezorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

Criteria voor GRZ

Uit de regelgeving⁴¹ komen de volgende criteria naar voren, waarvan sprake moet zijn bij GRZ:

- Kwetsbaarheid: Er is sprake van kwetsbaarheid als iemand verminderde (of verlies van) regie over het eigen leven heeft met daarmee verlies van zelfstandigheid.
- Complexe multimorbiditeit: Als iemand meerdere ziekten, stoornissen, beperkingen of handicaps heeft, dan is er sprake van multimorbiditeit. We spreken van complexe multimorbiditeit als hierbij verlies van welbevinden is en het moeilijk is om te onderscheiden hoe de verschillende ziekten of beperkingen hier afzonderlijk aan bijdragen. Bij complexe multimorbiditeit is het effect van de behandeling van de afzonderlijke ziekten op het uiteindelijke welbevinden vaak anders dan verwacht.
- Multidisciplinaire behandeling: Bij de behandeling zijn meerdere disciplines betrokken. De behandelingen van de verschillende aandoeningen/problemen moeten goed op elkaar afgestemd worden gezien de complexe multimorbiditeit.
- Revalidatiebehandeling: Er is sprake van meerdere revalidatiedoelen met betrekking tot verschillende domeinen (bv. somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatie).
- Geen Wlz: Er mag geen sprake zijn van verblijf met herstelbehandeling in het kader van de Wlz

In het rapport 'Geriatrische Revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet' van het Zorginstituut (2021) worden de volgende kenmerken genoemd voor GRZ⁴²:

- GRZ volgt op een acuut gezondheidsprobleem (waaronder 'ingreep');
- GRZ grijpt in op functionele beperkingen ten gevolge van dit acute gezondheidsprobleem;
- GRZ wordt geïndiceerd op basis van een geriatrisch assessment en triage;
- GRZ stelt specifieke revalidatiedoelen;
- GRZ is multidisciplinaire zorg (minimaal twee zorgdisciplines betrokken) die in samenhang zorg verlenen (geïntegreerd);
- GRZ staat onder regie van de specialist ouderengeneeskunde die de voortgang op het (kunnen) behalen van de revalidatiedoelen volgt en het behandelplan zo nodig wijzigt;
- GRZ is per definitie tijdelijke zorg.

In 2022 heeft de beroepsgroep (Verenso) een kwaliteitsbeschrijving GRZ gepubliceerd⁴³.

Afbakening

Samengevat gaat het bij GRZ om zorg die vooral gericht is op ouderen met een (sub)acute stoornis die geleid heeft tot behandelbare beperkingen op het gebied van zowel de maatschappelijke participatie als de ADL en die aangewezen zijn op multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Multidisciplinaire behandeling bij een somatische aandoening zonder revalidatiedoelen, valt niet onder geriatrische revalidatiezorg. Er kan dan mogelijk sprake zijn van een indicatie voor GZSP ([zie hoofdstuk 8](#)) of als verblijf medisch noodzakelijk is ELV ([zie hoofdstuk 7](#)).

De afbakening tussen GRZ en ELV is niet altijd even duidelijk. ELV wordt gezien als een intramuraal vorm van eenvoudigere herstelzorg.⁴² Ook in het ELV kan een specialist ouderengeneeskunde de zorg van een paramedicus inroepen als onderdeel van herstelzorg. ELV kan aangewezen zijn als niet aan de criteria van GRZ wordt voldaan.

De afbakening tussen medische specialistische revalidatie en geriatrische revalidatie wordt over het algemeen bepaald door de leer- en trainbaarheid van de revalidant, kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit. Ook het tempo van de revalidatie kan bepalend zijn voor de keuze van het type revalidatie.

⁴¹ [Geriatrische revalidatiezorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

⁴² [Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

⁴³ [Verenso - Kwaliteitsbeschrijving geriatrische revalidatiezorg](#)

6.2 Ontwikkelingen in de GRZ

Wetgeving

De geriatrische revalidatiezorg (revalidatie voor ouderen) is sinds 2013 opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Per 1.1.2025 hoeft er geen sprake meer te zijn van afgenomen leer- en trainbaarheid en terugkeer naar huis. Ook de maximale duur van 6 maanden is geen vereiste meer. Tevens hoeft er geen medisch-specialistische zorg meer plaats te vinden voorafgaand aan de GRZ. Voor de GRZ is het ook niet meer nodig dat deze gepaard gaat met verblijf in de GRZ-instelling.

Ambulante GRZ

Ambulante GRZ aansluitend aan een opname voor GRZ was al mogelijk. Nu is ook directe ambulante GRZ mogelijk conform de regelgeving. Op dit moment wordt er nog onderzoek gedaan naar de ambulante GRZ en lopen er nog projecten die bekostigd worden vanuit de Beleidsregel Innovatie. Onduidelijk is wat de afbakening is (bv. t.o.v. eerstelijns paramedische zorg) en welke vorm(en) van ambulante GRZ nu het meest doelmatig zijn. Ook is de financiering van ambulante GRZ nog niet optimaal ingericht (door de NZa). Het kan daarom zijn dat zorgverzekeraars in hun polis nadere voorwaarden hebben opgenomen t.a.v. de ambulante GRZ.

Modulaire bekostiging GRZ en ELV

De NZa heeft n.a.v. signalen van beroeps- en branchepartijen, dat de huidige prestatiestructuur niet goed aansluit bij de zorglevering, onderzoek gedaan naar een nieuwe bekostigingsstructuur. Het doel van de nieuwe bekostiging is dat deze beter aansluit op de praktijk en leidt tot meer passende zorg. Op basis van onderzoek concludeert de NZa dat een modulaire bekostiging het best passend is voor ELV en GRZ (met uitzondering van ELV palliatieve zorg).

De NZa adviseert daarom om voor het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg behandelmodules in te voeren die per uur in rekening kunnen worden gebracht. Deze behandelmodules kunnen worden gedeclareerd naast een verblijfsmodule die per dag kan worden gedeclareerd. In het voorjaar van 2025 publiceert de NZa de regels voor de modulaire bekostiging. Deze bekostiging start als experiment in 2026 en loopt voor 5 jaar naast de huidige bekostiging. Zorgaanbieders die mee willen doen met dit experiment, maken hiervoor afspraken met de zorgverzekeraars. Per 2031 zullen alle zorgaanbieders van het tijdelijk verblijf met de nieuwe bekostiging werken.⁴⁴

6.3 Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling (VV9B)

In de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2025 wordt het Zorgprofiel VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling als volgt omschreven⁴⁵.

Dit zorgprofiel is bedoeld voor mensen:

- die medisch specialistische diagnostiek/interventie hebben gehad (meestal tijdens een opname in het ziekenhuis) en waarbij deze medisch specialistische diagnostiek/interventie - ook van comorbiditeit en multimorbiditeit - is afgerond; én
- die aansluitend tijdelijk een herstelgerichte behandeling nodig hebben vanuit een integrale en multidisciplinaire aanpak; omdat de verwachting is dat de persoon in die tijdelijke periode kan herstellen en/of een aantal vaardigheden kan leren en trainen waardoor hij beter kan functioneren. Een specifieke benadering is nodig vanwege problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies; én
- waarbij het functioneren niet zodanig kan verbeteren dat hij op termijn zonder permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid kan (om escalatie dan wel ernstig nadeel te voorkomen). Relevant is dus dat de persoon ook na de herstelgerichte behandeling is aangewezen op de Wlz.

⁴⁴ [Passende bekostiging tijdelijk verblijf | Kortdurende zorg | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

⁴⁵ [Beleidsregels 2025 | CIZ](#)

Een indicatiebesluit voor het zorgprofiel VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling heeft een geldigheidsduur van ten hoogste zes maanden.

Dit zorgprofiel is niet aan de orde voor mensen die geriatrische revalidatiezorg (GRZ) ontvangen. Indien het revalidatietraject is gestart binnen een GRZ-indicatie maakt de persoon zijn revalidatiebehandeling binnen deze GRZ-indicatie af. Dit geldt ook als tijdens de revalidatie blijkt dat de persoon na afronding van de revalidatie blijvend zal zijn aangewezen op zorg uit de Wlz. Tijdens de GRZ of aansluitend aan de GRZ is dus geen indicatie voor een zorgprofiel VV9b mogelijk.

6.4 Knelpunten GRZ en VV9B

Tijdelijke opname zonder revalidatie doelen

Er is in de praktijk een noodzaak tot tijdelijke opnames voor observatie of diagnostiek (bijvoorbeeld bij verdenking psychogeriatric) die niet binnen de grenzen van ELV of GRZ vallen. Het kan voor huisartsen en andere behandelaren in de praktijk complex zijn om deze opnames te realiseren.

Het gebrek aan plaatsen voor observatie en/of diagnostiek maakt het ook lastig te voorspellen hoe de vervolg opname in GRZ/Eerstelijnsverblijf hoog complex (ELV HC) daarna zal verlopen, er is weinig zicht op prognose en daardoor geen inzicht of client na opname naar huis, Wlz of zelfs overlijdt. Hierdoor is het vooraf ook niet goed in te schatten welk traject meest passend is.

Toegang GRZ en afbakening Wlz

Er is vaak discussie over hoe revalidatiezorg gefinancierd moet worden bij ouderen van wie vooraf niet bekend is of zij na revalidatie naar huis kunnen of verpleeghuiszorg nodig zullen hebben. Deze groep wordt in de praktijk vaak afgewezen voor GRZ, terwijl zij lang niet altijd aan de toegangscriteria voor de Wlz voldoen.

GRZ is in principe bedoeld om ouderen te helpen terugkeren naar de thuissituatie. Er zijn afspraken tussen zorgverzekeraars en revalidatie-instellingen over tarieven, (multi)disciplinaire behandeluren, ligduur en percentage van patiënten dat naar huis terugkeert. Dit alles maakt dat er naast zorginhoudelijke aspecten ook financiële aspecten meespelen in de overwegingen rond toegang tot GRZ. Het is onaanvaardbaar om binnen de GRZ veel patiënten op te nemen met: een hoge kans op langdurige revalidatie, een trage start van de revalidatie (bv. na CVA) of hoge kans op uitplaatsing naar een verpleeghuis.

Revalidatie vanuit de Wlz is alleen mogelijk als vooraf duidelijk is dat iemand blijvend is aangewezen op 24-uurs zorg. Bij uitplaatsing van ziekenhuis naar revalidatieafdeling is vaak nog niet vast te stellen hoe lang de revalidatie zal duren óf welke woonvorm na revalidatie passend is. Patiënten kunnen dan voor GRZ én Wlz worden afgewezen. Dit leidt regelmatig tot uitplaatsingsproblematiek vanuit ziekenhuizen.

Het is wenselijk dat er naar een oplossing wordt gezocht tussen betrokken ketenpartners (bijvoorbeeld kaderartsen GRZ/Verenso, CIZ en zorgverzekeraars). Er lopen op dit moment enkele initiatieven rondom deze problematiek.

GRZ als overbrugging

Er zijn situaties waarin het voor huisartsen moeilijk is de client op de juiste plek te krijgen. Oorzaken lopen uiteen van wachtlijsten voor operaties in ziekenhuizen, wachtlijsten voor Wlz, een niet langer geschikte woning tot acceptatieproblemen bij cliënten en familie. Huisartsen gebruiken GRZ (en ELV) hiervoor ook wel eens als last resort of overbruggingszorg. Hier is GRZ (en ELV) niet voor bedoeld.

Ambulante GRZ in relatie tot andere behandelvormen thuis

Door het veranderen van de beleidsregels en het opnemen van ambulante GRZ hierin is de afbakening tussen ambulante GRZ, (dag)behandeling vanuit de GZSP en andere behandeling vanuit de 1^e lijn minder scherp geworden. Hierover zijn nog geen duidelijke (in-/exclusie) criteria geformuleerd. Risico bestaat dat verzekerden onnodig in de GRZ behandeld worden waar dit ook prima in de 1^e lijn zou kunnen (eventueel met extra ondersteuning vanuit de Wmo).

7 Eerstelijnsverblijf (ELV)

7.1 Ontstaan, aanspraak en beschrijving

Historie

Bij de hervorming van de langdurige zorg in 2015 is er voor gekozen om alleen toegang tot de Wlz te bieden aan verzekerden met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Ervanuit gaande dat lichtere zorg zoals geboden op grond van de lagere zorgzwaartepakketten (ZZP's) niet meer in een klinische setting behoefde te worden geboden, werden de lagere ZZP's van de AWBZ bij de overgang naar de Wlz niet meer meegenomen naar de Wlz. Daarnaast werd per 1 januari 2015 in het Besluit zorgverzekering de prestatie 'verpleging in de wijk' ingevoerd die het mogelijk maakte om onder de basisverzekering zorg 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' te leveren aan een verzekerde in zijn eigen omgeving (volgens artikel 2.10 Besluit zorgverzekering).

Met deze verandering verdween de financieringsgrond voor kortdurend verblijf op grond van de Wlz. Omdat het in veel gevallen noodzakelijk was deze zorg toch in een klinische setting te bieden, maar deze wegens het ontbreken van een indicatie voor klinische medisch specialistische behandeling buiten de reikwijdte van de Zvw viel, ontstond er een lacune. Daardoor dreigden mensen die op zorg met verblijf waren aangewezen zonder adequate zorg te blijven, en konden mensen bijvoorbeeld na klinische medisch specialistische behandeling niet op verantwoorde wijze uit het ziekenhuis worden ontslagen. Dit leidde of tot onverantwoorde situaties thuis of tot onterecht ziekenhuis verblijf. Om deze problemen op te lossen werd per 1 januari 2015 op grond van artikel 11.1.5 van de Wlz t.b.v. eerstelijns verblijf een subsidieregeling gecreëerd⁴⁶. In 2016 heeft het zorginstituut het Eerstelijnsverblijf binnen de Zvw geduid⁴⁷. Per 2017 werd de financiering van deze voorziening opgenomen in het besluit zorgverzekering (Bzv).

Aanspraak ELV

De aanspraak op eerstelijnsverblijf staat beschreven in artikel 2.12 van het besluit zorgverzekering.

Bzv 2.12, lid 1

Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in [artikel 2.4](#)⁴⁸ (...) al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg⁴⁹.

De aanspraak ELV staat omschreven als "Medisch noodzakelijke verblijf in verband met geneeskundige zorg bedoeld in artikel 2.4, dat is: zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Daarbij is de zorg die specialisten ouderengeneeskunde (SO's) en artsen verstandelijk gehandicapten (artsen VG) bieden door het Zorginstituut geduid als passend onder het functioneel beschreven arsenaal van "zorg zoals de huisarts die pleegt te bieden"⁵⁰.

Werkveld en afbakening

ELV is een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf van minimaal 24 uur. Doel kan zijn het analyseren van de aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan, deze opheffen c.q. stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is.

ELV is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven (ook niet met inzet van extra thuiszorg), maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis, medisch specialistische behandeling of geriatrische revalidatiezorg aangewezen is.

⁴⁶ [Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015](#)

⁴⁷ [ZINL \(2016\) standpunt 'Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet'](#)

⁴⁸ [Artikel 2.4 Besluit zorgverzekering](#)

⁴⁹ [Artikel 2.12 Besluit zorgverzekering](#)

⁵⁰ [ZINL \(2016\) Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw](#)

Daarnaast is de ELV niet toegankelijk voor verzekerden die al aanspraak hebben op de Wlz. Bij deze verzekerden moet verblijf uit de Wlz gefinancierd worden. Het onderscheid met Wlz zit in de tijdelijkheid van de ELV noodzaak ^{51 52}.

Indicatiestelling ELV

Instream naar het ELV kan plaatsvinden vanuit huis, SEH of ziekenhuis. Vaak is de huisarts verwijzer. De verwijzend medisch specialist of huisarts maakt bij het vaststellen van de indicatie voor ELV, eventueel in samenspraak met de transferverpleegkundige, wijkverpleegkundige en/of specialist ouderengeneeskunde de afweging of er noodzaak is tot kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg. Ook moet worden vastgesteld dat opname in het ziekenhuis medisch gezien niet noodzakelijk is, dat er geen structurele behoefte is aan verblijf (in deze situatie is een Wlz-indicatie aangewezen) en dat terugkeer naar huis en herstel op (korte) termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van een palliatief terminale fase)^{47 48}. De verwijzend arts overlegt met de opnemende arts, die verantwoordelijk is voor de geneeskundige zorg in het ELV. Wanneer de opnemende arts de verantwoordelijkheid voor de gepresenteerde patiënt op zich wil nemen, volgt opname⁵³.

Inhoud

De beroepsvereniging van de SO's, Verenso, heeft een afwegingskader ELV ontwikkeld, daarnaast is onlangs een kwaliteitsbeschrijving door de beroepsgroep gepubliceerd ^{47 54}. Belangrijke elementen in het ELV zijn onder andere een geriatrisch assessment bij opname, het opstellen van en werken uit een multidisciplinair behandelplan, observatie en diagnostiek, regelmatige multidisciplinaire overleggen en advance care planning ⁵⁰. Ook heeft de branchevereniging Actiz een zorginhoudelijke beschrijving van het ELV geschreven ⁵⁵.

Bekostiging via prestaties

De bekostiging van het ELV is vanaf 2025 door de NZa in de beleidsregel eerstelijnsverblijf ingedeeld in de volgende prestaties⁵⁶

1. Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking;
2. Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden;
3. Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase;
4. Eerstelijnsverblijf aan patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov;
5. Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling;

Elke prestatie kent een tarief per etmaal. De NZa heeft voor deze prestatie maximumtarieven vastgesteld⁵⁷.

De verschillende prestaties eerstelijnsverblijf omvatten allen de volgende componenten

- Verblijf voor zorg die medisch noodzakelijk is. Hierbij is inbegrepen de huisvestingskosten, inventaris, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen, etc.
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging.
- De geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Bij de geneeskundige zorg is ook de diagnostiek, voor zover uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, inbegrepen. Indien een specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment uitvoert ten behoeve van toegang tot de geriatrisch revalidatiezorg, is dit niet opgenomen in de integrale prestaties van het eerstelijnsverblijf.

⁵¹ [Verenso \(2015\) Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf](#)

⁵² [Significant \(2016\) afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf](#)

⁵³ [ZiNL beschrijving procedure opname ELV](#)

⁵⁴ [Verenso \(2022\) Kwaliteitsbeschrijving eerstelijnsverblijf](#)

⁵⁵ [Actiz \(2023\) Zorginhoudelijke beschrijving eerstelijnsverblijf in het kader van het doorontwikkeltraject bekostiging eerstelijnsverblijf](#)

⁵⁶ [NZa \(2025\) beleidsregel eerstelijnsverblijf](#)

⁵⁷ [NZa \(2025\) Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf](#)

- De psychologische zorg binnen eerstelijnsverblijf, die samenhangt met de indicatie voor opname in het eerstelijnsverblijf.
- De paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) binnen het eerstelijnsverblijf, die samenhangt met de indicatie voor opname in het eerstelijnsverblijf.

Onderscheid prestaties

Verder is het volgende onderscheid te maken tussen de verschillende prestaties⁵⁸.

1. ELV laag complex

ELV laag complex is bedoeld voor mensen met een laag complexe zorgvraag, namelijk één aandoening of beperking. Er is sprake bij een tijdelijke noodzaak voor verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals de huisarts die pleegt te bieden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn door het tijdelijk niet beschikbaar zijn van mantelzorg of aansterken onder toezicht van een huisarts na een somatische ziekte. Tijdens opname wordt ADL assistentie verleend. De huisarts is meestal hoofdbehandelaar .

2. ELV hoog complex

ELV hoog complex is bedoeld voor verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden (complexe multimorbiditeit). Hoewel ook de ELV hoogcomplex zorg is zoals huisartsen die plegen te bieden, is in de praktijk bij deze zorgvorm de specialist ouderengeneeskunde of arts VG de hoofdbehandelaar. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden.

3. ELV palliatief terminale zorg

Deze prestatie is bedoeld voor verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting van de patiënt zal volgens de behandelend arts drie maanden of korter zijn. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt veelal overgenomen, aansluitend bij het verloop van deze terminale levensfase.

4. ELV voor patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov

Deze prestatie is bedoeld voor patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov. De zorgvraag van patiënten is hoog complex, en vraagt extra inzet van personeel en specifieke expertise op het gebied van behandeling en verpleging vanwege cognitieve stoornissen door ondervoeding en alcoholabusus. Deze groep heeft daarnaast chronische somatische aandoeningen, verslavings-, veiligheid- en huisvestingsproblematiek. Het doel van de opname is het komen tot eenduidig zorgadvies en stabiliseren van lichamelijk, psychiatrische en cognitieve problematiek. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden.

Deze prestatie is sinds 2025 nieuw in het ELV, en is op dit moment niet apart beschreven in het afwegingskader en de kwaliteitsbeschrijving ELV van Verenso.

5. ELV gesloten herstel

ELV op een gesloten herstel- en screeningsafdeling betreft zorg aan patiënten met een complexe ondersteuningsvraag op basis van een delier of niet-gediagnosticeerde cognitieve stoornis en waarbij nadere diagnostiek nodig is. Voor deze specifieke groep is een gesloten setting geïndiceerd met specifieke zorg en voorzieningen op het gebied van verpleging, cognitieve diagnostiek en

⁵⁸ [NZa \(2025\) beleidsregel eerstelijnsverblijf](#)

diagnostische mogelijkheden en veiligheid. Dit vraagt 24-uurs observatie en begeleiding door de zorgverlener.

Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden om te komen tot juiste diagnostiek.

Deze prestatie is sinds 2025 nieuw in het ELV, en is op dit moment niet apart beschreven in het afwegingskader en de kwaliteitsbeschrijving ELV van Verenso.

Nieuwe ontwikkeling in de bekostiging

Na een recent registratie- en kostprijsonderzoek voor het ELV heeft de NZa de tarieven voor ELV herijkt per 2025⁵⁹. Hiermee worden knelpunten betreffende de verschillende tarieven tussen ELV en GRZ en de selectieve inzet van behandeling tijdens een Eerstelijnsverblijf grotendeels ondervangen.

Daarnaast loopt er een landelijk experiment voor een nieuwe modulaire vorm van bekostiging voor het tijdelijke verblijf. In de beoogde nieuwe vorm zouden ELV en GRZ eenzelfde bekostigingsstructuur hebben. Dit experiment start in 2025 en zal naar verwachting vijf jaar naast de huidige bekostiging lopen, bij een beperkt aantal aanbieders⁶⁰.

7.2 Afbakeningsvraagstukken

Afbakeningsvraagstukken

De ELV aanspraak bestaat in een complex zorglandschap, waarin voor kwetsbare patiënten verschillende zorgvormen vanuit verschillende domeinen mogelijk zijn. Dit leidt in de praktijk met regelmaat tot afbakeningsdiscussies bij mensen die niet in één 'hokje' passen. Hieronder worden deze grensvlakken besproken, om duidelijkheid in deze discussies te creëren.

Afbakening tussen verschillende ELV prestaties

Op dit moment is de afbakening tussen ELV laag en hoog complex onduidelijk. In de praktijk zijn er veel meer locaties waar ELV hoog complex wordt geboden vanuit traditionele verpleeghuizen, waarbij de SO's van deze instelling hoofdbehandelaar zijn. De afbakening tussen deze twee vormen is met regelmaat aanbod gestuurd. De vereniging van huisartsen (LHV) heeft op haar website een afwegingskader beschikbaar gemaakt⁶¹. Aangezien de verschillende ELV prestaties in de toekomst op zullen gaan in de modulaire bekostiging, is het niet waarschijnlijk dat hier nieuwe afwegingskaders en indicatieprotocollen voor zullen worden ontwikkeld door de beroepsgroepen.

Combinaties ELV en GRZ

Een knelpunt betreft dat het in toenemende mate voorkomt dat GRZ voorafgegaan, cq. gevolgd wordt door Eerstelijns Verblijf (ELV) en beide functies apart en volgtijdelijk worden gedeclareerd.

In het eerste geval worden cliënten die bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname in aanmerking komen voor GRZ, en waarbij dus ook een geriatrisch assessment heeft plaatsgevonden, maar nog te kwetsbaar zijn om te revalideren, in de eerste periode van opname ELV geregistreerd en gedeclareerd. Pas na dagen of weken wordt de GRZ-DBC geopend. Er is echter bij het tot stand komen van de regelgeving en bekostiging omtrent GRZ expliciet door de NZa aangegeven dat dit niet de bedoeling is. In de opbouw van de DBC's is meegenomen dat de in te zetten revalidatie intensiteit laag (of zelfs met nul) zal beginnen om dan geleidelijk toe te nemen naar volledig. ELV voorafgaand aan GRZ is daarom in de regel niet aan de orde.

In het tweede geval sluit ELV-opname aan op GRZ-opname, deze situatie is over het algemeen op inhoudelijke gronden onlogisch. Immers de doelstelling GRZ is revalideren tot terugkeer naar zelfstandig wonen of een andere passende vervolgplek, en kan dan ook pas afgesloten worden als dit bereikt is.

⁵⁹ [NZa tarieven kortdurende zorg](#)

⁶⁰ [NZa Meer passende zorg door nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf](#)

⁶¹ [LHV Afwegingsinstrument ELV](#)

Onderscheid ELV hoog complex en GRZ

De behandeldisciplines kunnen dezelfde zijn bij ELV Hoogcomplex en GRZ. Bij GRZ is er echter volgens wet- en regelgeving en richtlijnen sprake van een programmatisch gestructureerd multidisciplinaire behandeling voor kwetsbare patiënten met complexe multimorbiditeit, waarbij het revalidatietempo aangepast wordt aan de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Hiermee is de GRZ aanspraak veel concreter dan die van het ELV^{62 63}. Er kan in twijfel gevallen dus in eerste instantie getoetst worden of wordt voldaan aan de voorwaarden voor GRZ. Is dit niet het geval, dan kan ELV aan de orde zijn. Het kan gebeuren dat er een indicatie is voor ELV, maar de behandelingen financieel niet passen in het dagtarief van het ELV. Hierbij wordt in de praktijk weleens de opschaling naar GRZ als oplossing voor dit financiële probleem genoemd. Hierbij wordt echter vergeten dat financiering een gemiddelde is, waarbij praktijkvariatie is meegenomen. De indicering en aanspraak ELV en GRZ vindt plaats op zorginhoud, en niet op bekostiging. Overigens is met de herijking van de ELV tarieven per 2025 deze discussie achterhaald.

Afbakening ELV en Zorghotel

Bij een zorghotel is sprake van de situatie dat cliënt herstelt in een verblijf waar ook zorg geleverd wordt. In tegenstelling tot ELV is er bij het Zorghotel geen medische noodzaak of indicatie voor verblijf. Er is bijvoorbeeld geen noodzaak tot niet planbare verpleegkundige zorg. Deze kosten vallen dus niet onder de zorgverzekeringswet. Verblijf in een zorghotel wordt (deels) vergoed vanuit sommige aanvullende verzekeringen.

Afbakening respijtzorg en (wegvallen van) mantelzorg

Respijtzorg is bedoeld als (vervangende) opvang voor kwetsbare mensen met als doel het ontlasten van de mantelzorger. Vervangende zorg (respijtzorg) kan bestaan uit dagopvang, logeeropvang of thuiszorg. Dit kan gefinancierd worden uit de Wlz of WMO (of, bij kinderen onder de 18, uit de Jeugdwet). Het eerstelijnsverblijf (ELV) is medisch noodzakelijk verblijf in verband met generalistische geneeskundige zorg zoals de huisarts die pleegt te bieden, gefinancierd vanuit de Zvw.

Met name voor kwetsbare ouderen is de afbakening tussen deze twee vormen van kortdurend verblijf niet altijd helder. Het onderscheid wordt soms gemaakt op basis van het wel of niet aanwezig zijn van actuele medische problematiek. Dit criterium kan echter ingezet worden om vrijwel iedere tijdelijk verblijf behoevende kwetsbare oudere richting de ELV te sturen. De schaarse beschikbaarheid van logeeropvang vanuit de WMO draagt hieraan bij. Daarnaast maakt het trage aanvraagproces voor een WMO indicatie dat respijtzorg vrijwel alleen als planbare zorg kan worden ingezet.

Crisiszorg uit de Wlz

Vanuit de Wlz is er een mogelijkheid voor acute opname (crisiszorg) als een patiënt niet meer veilig thuis kan wonen door een plotselinge ernstige ontregeling (door de gezondheid van de patiënt of van de omgeving). De patiënt heeft in dit geval al een Wlz-indicatie of deze wordt na een crisisopname aangevraagd. Bij een crisiszorg Wlz opname is vooraf duidelijk dat een patiënt 24/7 toezicht en nabijheid nodig heeft en de situatie niet gestabiliseerd kan worden door extra verzorging en verpleging in de thuissituatie⁶⁴.

In de praktijk is het vooraf inschatten van aanspraak op Wlz in een acute situatie problematisch. Patiënten die in aanmerking zouden kunnen komen voor een Wlz crisis plek, maar nog geen indicatie van het CIZ hebben, worden met regelmaat in eerste instantie op een ELV plek opgenomen, waarna in tweede instantie alsnog een Wlz indicatie kan worden aangevraagd.

Als de patiënt vanwege bijzondere omstandigheden al met spoed is opgenomen in een instelling (dus zonder indicatiebesluit) beslist het CIZ binnen twee weken op de aanvraag. Het CIZ kan de indicatie met terugwerkende kracht toekennen vanaf het moment van opname. (bron: regelhulp.nl)

⁶² [Artikel 2.5c Besluit zorgverzekering](#)

⁶³ [Verenso \(2022\) Kwaliteitsbeschrijving geriatrie revalidatiezorg](#)

⁶⁴ [Verenso \(2022\) Kwaliteitsbeschrijving eerstelijnsverblijf](#)

Ziekenhuis verplaatste zorg

Ziekenhuis verplaatste zorg zou onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist in het ziekenhuis, geleverd kunnen worden, maar vindt plaats in een andere setting dan het ziekenhuis. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan om doorstroom in het ziekenhuis te bevorderen of een betere setting voor de cliënt te realiseren. Op dit moment is de bekostiging hiervan nog niet goed doorontwikkeld en wordt regelmatig eerstelijnsverblijf ingezet.

7.3 Overige knelpunten en aandachtspunten (palliatieve zorg)

Ontwikkeling naar doelgroepen

Per 1 januari 2025 zijn twee specifieke doelgroepen toegevoegd aan de prestaties voor het ELV. Er zijn in het land ook aanbieders met andere specifieke doelgroepen aan het experimenteren. Hieronder vallen bijvoorbeeld ELV voor mensen met Parkinson, of ELV voor mensen met obesitas.

De doelgroep voor het ELV verblijf is per definitie zeer heterogeen. De ontwikkeling richting doelgroepen specificeren is onwenselijk vanuit het financieringsperspectief. Als er complexe doelgroepen uit de algemene ELV prestatie worden gehaald, zal de prijs voor de algemene prestatie moeten dalen. Daarnaast creëer je door toelagen op doelgroepen meer afbakeningsgrenzen en mensen die tussen verschillende vormen in vallen. Een afbakening op doelgroepen vermindert tevens de flexibiliteit op het plaatsen van de patiënten. Bovendien is er vaak een grote overlap aan zorgbehoeften waardoor een strikte scheiding niet werkbaar is

Versnipperde bekostiging palliatieve zorg

Palliatieve terminale zorg kan worden ingezet in de terminale fase, dat wil zeggen dat een behandelend arts overlijden binnen 3 maanden verwacht. Palliatieve zorg kan op verschillende wijzen worden vergoed, zowel vanuit de Wlz als vanuit de Zvw.

Bekostiging van palliatieve zorg vanuit de Wlz is alleen mogelijk wanneer er eerder al een Wlz-indicatie was afgegeven. Palliatieve zorg kan in principe vanuit het reeds geïndiceerde Wlz-zorgprofiel worden bekostigd. Wanneer de Wlz-cliënt in een instelling of vpt geclusterde woonvorm verblijft of thuis zorg ontvangt vanuit een vpt kan - wanneer de cliënt hierop is aangewezen – de bestaande indicatie worden omgezet naar de prestatie VV10. Voor een thuis verblijvende Wlz-cliënt met een mpt of pgb kan indien nodig een extra bekostiging worden aangevraagd bij het zorgkantoor, zogenoemde palliatief terminale zorg (PTZ)⁶⁵.

Indien er nog geen Wlz indicatie was afgegeven wordt de palliatieve zorg bekostigd uit de Zvw.

Dit kan in de thuissituatie vanuit de wijkverpleging, in de vorm van zorg in natura of een pgb. Alleen verpleegkundige zorg waarop verzekerde redelijkerwijs is aangewezen, die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop, komt voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking⁶⁶. In de praktijk zal er dus, met name in de laatste fase een beroep (moeten) worden gedaan op vrijwilligers en mantelzorg.

Ook is vanuit de Zvw opname in een hospice of op een palliatief ELV bed mogelijk⁶⁷. Er zijn drie soorten hospices, namelijk (1) bijna thuishuizen waarbij wijkverpleging bekostigd wordt uit de Zorgverzekeringswet, en verblijf wordt betaald door client zelf, (2) high-care hospices waarbij zorg en verblijf wordt betaald via het ELV en (3) palliatieve units die eveneens vanuit de ELV worden bekostigd.

Palliaweb geeft jaarlijks een overzicht van de regelgeving en structuur rond de financiering van palliatieve zorg in de meest gebruikelijke zorgsettingen: thuis, een ziekenhuis, hospice, een verpleeghuis en een palliatieve terminale unit. Zie hiervoor: [Handreiking financiering palliatieve zorg 2025](#).

⁶⁵ [ZN Aanvraagformulier PGB toelagen PTZ - GVH beademingstoelage](#)

⁶⁶ [ZN \(2021\) Werkwijzer verpleging en verzorging in de thuissituatie](#)

⁶⁷ [Handreiking financiering palliatieve zorg 2025](#)

8 Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)

8.1 Aanspraak en beschrijving

Wet en regelgeving

Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) was tot 1 januari 2015 als Extramurale Behandeling een AWBZ-aanspraak. Na 2015 werd deze extramurale behandeling vergoed op basis van een tijdelijke subsidieregeling vanuit de Wlz. In 2020 werd de GZSP-aanspraak op Zorg zoals een Specialist Ouderengeneeskunde pleegt te bieden en Zorg zoals een arts VG pleegt te bieden in de Zvw ondergebracht. Op 1 januari 2021 werden alle overige extramurale subsidieregelingen ook overgeheveld naar de Zvw. De term 'extramurale behandeling' kreeg in de Zvw de benaming "GZSP". De verschillende prestaties die onder de GZSP vallen staan beschreven in de NZa beleidsregel 'geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'⁶⁸. De overheveling van de zorgvorm GZSP staat in het teken van langer thuis wonen en 'de juiste zorg op de juiste plek'. Met ingang van 2021 heet Dagbehandeling "GZSP zorg in een groep".

Per 1 januari 2025 is er aan de NZa beleidsregel over GZSP een nieuwe prestatie voor de Specialist Ouderengeneeskunde toegevoegd: Zorgtraject Kwetsbare Patiënten.

Aanspraak

Zoals in de zorgmonitor van de Nza⁶⁹ is beschreven, staat bij GZSP de geneeskundige context voorop. Met andere woorden: behandeling met een geneeskundig doel, gericht op herstel en/of omgaan met beperkingen. GZSP is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is dan ook interdisciplinair door de tijd heen⁷⁰. GZSP versterkt de generalistische geneeskundige zorg in de eerste lijn en ondersteunt - onder andere - de huisarts bij het leveren van zorg. GZSP is zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten plegen te bieden bij of krachtens de Zorgverzekeringswet⁷¹. GZSP kan individueel worden aangeboden of in een groep. Daarnaast zijn er ook zorgtrajecten voor de Specialist Ouderengeneeskunde beschikbaar voor kwetsbare patiënten in de vorm van een startfase (eerste 3 maanden) en eventueel een vervolgfase. Voor deze prestaties geldt een maximumtarief en een contractvereiste. In een traject van 3 maanden neemt de Specialist Ouderengeneeskunde de regiebehandeling ten dele over van de huisarts voor kwetsbare mensen met complexe multidomeinproblematiek.

Verenso benoemt in het 'Productenboek specialist Ouderengeneeskunde' de glijdende schaal van geneeskundige zorg door huisarts en betrokkenheid specialist Ouderengeneeskunde met het geriatrisch kantelpunt⁷². Waar dit kantelpunt precies ligt, is niet duidelijk gedefinieerd. Daarbij is waarschijnlijk ook de expertise van de individuele huisarts m.b.t. de complexe zorg voor kwetsbare ouderen bepalend voor de betrokkenheid van de specialist Ouderengeneeskunde.⁷³

De werkgroep Kortdurende Zorg van Zorgverzekeraars Nederland heeft GZSP-Uitgangspunten voor de aanspraak GZSP-individuele zorg⁷⁴ en GZSP-Zorg in een groep⁷⁵ vastgesteld.

⁶⁸ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102 - NZa](#)

⁶⁹ [Monitor contractering gzsp 2021 | NZa-Magazines "Langer thuis dankzij gzsp"](#)

⁷⁰ [Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - NR/REG-2520 - NZa](#)

⁷¹ [Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - NR/REG-2520 - NZa](#)

⁷² [Productenboek specialist ouderengeneeskunde - Verenso](#)

⁷³ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102 - NZa](#)

⁷⁴ [Zorgverzekeraars Nederland 24-025386 Bijlage 2 Uitgangspunten GZSP - Individuele prestaties 2025](#)

⁷⁵ [Zorgverzekeraars Nederland 24-025386 Bijlage 3 Uitgangspunten GZSP - Zorg in een groep 2025](#)

Doelgroep

GZSP is bedoeld voor specifieke kwetsbare patiënten, zoals⁷⁶:

- mensen met meerdere problemen, bijvoorbeeld lichamelijke of psychische problemen
- een bijzondere ziekte zoals Parkinson, ALS, Huntington, Korsakov of MS
- een lichamelijke beperking door een beroerte, een ongeluk of een hersentumor
- een verstandelijke beperking (als zij 18 jaar of ouder zijn)

Er is geen aanspraak op GZSP⁷⁷ zodra er sprake is van regieverlies en/of er 24 uur per dag zorg in de nabijheid of toezicht noodzakelijk is. Hiervoor is de Wlz voorliggend.

Werkveld

Zorgaanbieders die GZSP leveren zijn veelal ook binnen de Wlz actief. De regiebehandelaar is meestal een SO of Arts VG. Voor de doelgroep patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (SGLVG) kan dit ook de psychiater zijn. In multidisciplinaire teams hebben ook paramedici en vak therapeuten een rol. Zij zijn echter nooit de regiebehandelaar. Er zijn specifieke zorgaanbieders die een behandelaanbod bieden waarvoor een erkend keurmerk is zoals Hersenz en FACT-LVB.

De GZSP kent de volgende prestaties:

1. Zorg zoals SO's bieden
2. Zorg zoals artsen VG bieden
3. Zorg zoals gedragswetenschappers bieden
4. Paramedische zorg⁷⁸
5. Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten
6. Zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten / mensen met niet-aangeboren hersenletsel
7. Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington
8. Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (SGLVG)
9. Reistoelag zorgverlener
10. Onderlinge dienstverlening
11. Zorgtraject kwetsbare patiënten startfase
12. Zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase

Toelichting

Individuele Zorg

Het gaat hierbij o.a. om medisch (generalistische) geneeskundige Zorg. Daaronder verstaan wij zorg door Huisartsen, Specialist Ouderengeneeskunde en artsen VG. Medische zorg verleend door medisch specialisten valt buiten de reikwijdte van GZSP.

In de toelichting bij de GZSP-beleidsregels staan de verschillende prestatiebeschrijvingen nader uitgewerkt.⁷⁹ Van belang is dat het bij de individuele zorg door SO of door de arts VG of door de gedragswetenschapper gaat over gericht overleg ('directe tijd'); consulten; diagnostiek; uitvoering van en regie op het behandelplan; het systeem bij de behandeling betrekken; en het uitvoeren van een geriatrisch assessment. Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/ multidisciplinair overleg anders dan gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt zit in het tarief en kan niet apart in rekening worden gebracht, ook niet als de patiënt hierbij aanwezig is.

GZSP zorg in een groep

Binnen de tijdelijke subsidieregeling werd nog gesproken over 'dagbehandeling'. Met de overheveling naar de zorgverzekeringswet is ervoor gekozen deze naam aan te passen naar 'zorg in een groep'. De dagbehandeling is een integraal programma en omvat tevens noodzakelijke persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding. Alle zorg die in de groep geleverd wordt, kan niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.

⁷⁶ [Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen \(GZSP\) | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

⁷⁷ [Zorgverzekeraars Nederland 24-025386 Bijlage 3 Uitgangspunten GZSP - Zorg in een groep 2025](#)

⁷⁸ Niet afzonderlijk als GZSP aangeboden, maar onderdeel van huidige aanspraak voor paramedi

⁷⁹ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102 - NZa](#)

De deelnemers zullen in een therapeutisch klimaat groepsgewijs activiteiten doen met een geneeskundig doel. Een belangrijke reden voor dagbehandeling in een groep is dat patiënten veel leren van de interactie in de groep.⁸⁰

Het individuele zorgplan dat elke patiënt heeft beschrijft de behandeldoelen binnen de “dagbehandeling”, waarbij het overkoepelende doel steeds het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen is.

De patiënten hebben somatische of psychische problemen die voortdurende interventie of ondersteuning vereist. Binnen de dagbehandeling kunnen daarvoor behandelmilieus gecreëerd worden die zich onderscheiden in structuur en aanbod van activiteiten en prikkels⁸¹.

Binnen deze behandeling kunnen verschillende zorgverleners ingezet worden, bijvoorbeeld gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en/of paramedici zoals een fysiotherapeut. Er zijn specifieke programma's voor zorg in een groep voor mensen met een bepaalde aandoening, zoals patiënten met Huntington en Parkinson. Voor de prestatie 'zorg in een groep' wordt een tarief per dagdeel bepaald.

“Dagbehandeling” (zorg in een groep) is niet hetzelfde als dagbesteding. Dagbesteding is gericht op het aanbieden van activiteiten en structuur, als ook ondersteuning van de mantelzorgers. De activiteit is zowel het doel als het middel binnen de dagbesteding en wordt gefinancierd uit de Wmo.

Ambulante behandeling voor patiënten met sterk gestoord gedrag en een licht verstandelijke beperking door SGLVG instellingen (prestatie GZSP vanuit de Zvw).

Ambulante SGLVG-behandeling onderscheidt zich van ggz-behandeling doordat niet de stoornis maar de gedragsproblematiek centraal staat en deze wordt benaderd als resultante van de biologische, sociale en psychische ontwikkelingsfactoren in de wordingsgeschiedenis van de patiënt. Psychiatrische en gedragswetenschappelijke perspectieven worden in deze ontwikkelingsgerichte benadering geïntegreerd, zodat de zorg een multidisciplinair en integratief karakter draagt. Bij de SGLVG-behandeling is altijd sprake van gedragsproblematiek in combinatie met psychische klachten⁸²

Zorgverzekeraars hebben voor het contracteren van deze behandelgroep een vereiste opgesteld, namelijk dat de zorgaanbieder aangesloten dient te zijn bij het expertisecentrum De Borg. Het behandelen van deze doelgroep vraagt namelijk een specifieke expertise.⁸³

Omschrijving begrip ‘regiebehandelaarschap’

De beleidsregel GZSP vermeldt de volgende tekst over de term regiebehandelaarschap⁸⁴ een functionaris die verantwoordelijk is voor de samenhang van de behandeling. Een regiebehandelaar ziet erop toe dat:

- de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners;
- er voor de patiënt of diens verwant(en) één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling.

In een recente tuchtzaak is aangegeven waar een regiebehandelaar aan moet voldoen⁸⁵. Volgens het Centraal Tuchtcollege ziet de regiebehandelaar er op toe dat⁸⁶:

- de continuïteit en de samenhang van zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling betrokken zorgverleners;

⁸⁰ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102 - NZa](#)

⁸¹ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102 - NZa](#)

⁸² [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102 - NZa](#)

⁸³ [Erkende SGLVG-instellingen - Expertisecentrum De Borg](#)

⁸⁴ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-22135 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

⁸⁵ [Uitspraak - Overheid.nl | Tuchtrecht | ECLI:NL:TGZCTG:2021:36](#)

⁸⁶ [Uitspraak - Overheid.nl | Tuchtrecht | ECLI:NL:TGZRAMS:2024:199](#)

- er één aanspreekpunt is voor patiënt en diens naaste betrekking(en) voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling. De regiebehandelaar hoeft niet alle vragen te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te vinden.

De regiebehandelaar is een functionaris die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan. Dit betekent dat hij zorginhoudelijk in staat moet zijn om, in samenwerking met andere zorgverleners, de zorgbehoefte van de patiënt te bepalen en te omschrijven in het behandelplan. De regiebehandelaar moet het behandelplan kunnen aanpassen aan mogelijke veranderingen in de zorgbehoefte. Zorginhoudelijke overwegingen bepalen welke zorgverlener de taak van regiebehandelaar op zich kan nemen. De benodigde competenties kunnen variëren afhankelijk van de aard van de aandoening en de problemen en beperkingen van de betrokken patiënt.

Ten aanzien van het regiebehandelaarschap door de specialist Ouderengeneeskunde vermeldt de beleidsregel⁸⁷:

De rol van regiebehandelaar van de specialist Ouderengeneeskunde is gekoppeld aan de behandelverantwoordelijkheid en (medisch)inhoudelijke verantwoordelijkheid zoals een arts deze biedt. Echter, de specialist Ouderengeneeskunde kan ook als medebehandelaar optreden waarbij de huisarts de reguliere huisartsenzorg blijft bieden. Mogelijk blijft het regiebehandelaarschap ook bij de specialist Ouderengeneeskunde, wanneer dit door specialist Ouderengeneeskunde en huisarts in afstemming met de patiënt wenselijk wordt geacht. De patiënt blijft ingeschreven bij de huisarts.

Ons standpunt als VAV is dat de geneeskundige context binnen GZSP moet prevaleren.

Gedragswetenschappers of paramedici kunnen ondersteunend zijn, maar geen regierol hebben. Verder moet de BIG geregistreerde behandelaar een actieve behandelaarsrol in het behandelplan hebben. Hierbij ligt het voor de hand dat hij/zij tenminste betrokken is bij de intake, opstellen van het behandelplan en het MDO. Daarnaast is de overdracht naar huisarts of naar andere verwijzers ook een rol voor de regiebehandelaar. Richtlijnen en beroepskaders hiervoor vanuit de beroepsverenigingen ontbreken echter nog.

Zorgtraject kwetsbare patiënten startfase en vervolgfase

De NZa beleidsregel stelt⁸⁸: Inzet van specialistische zorg voor kwetsbare, thuiswonende patiënten met chronische multimorbiditeit, multidomeinproblematiek en complexe zorgvragen gedurende een langere periode. Het doel van de zorg is dat patiënten langer thuis kunnen wonen met focus op kwaliteit van leven, waar mogelijk beperken van verdergaande achteruitgang en het voorkomen van crisissituatie of -opnames. Het zorgtraject staat onder regie van een regiebehandelaar en bestaat uit multidisciplinaire behandeling en diagnostiek aan kwetsbare patiënten met complexe multidomeinproblematiek. De regiebehandelaar ziet erop toe dat een multidisciplinair behandelplan wordt opgesteld. Het zorgtraject bestaat uit alle zorg zoals de specialist ouderengeneeskunde die biedt.

En de vervolgfase:

In het geval de behandeldoelen uit het zorgbehandelplan niet zijn behaald binnen de prestatie 'Zorgtraject kwetsbare patiënten startfase (3 maanden)', dan kan gebruik gemaakt worden van deze prestatie. Deze prestatie is aanvullend op de prestatie 'zorgtraject kwetsbare patiënten'.

De VAV-werkgroep is van mening dat er sprake zou moeten zijn van stepped care. De huisarts consulteert een specialist ouderengeneeskunde (SO) en zodra de inschatting is dat de hulpvraag een langere en intensievere periode de noodzaak voor deze specialistische en multidisciplinaire zorg behoeft, draagt de huisarts de regiebehandelaarschap over aan de specialist ouderengeneeskunde.

Het is echter nog niet helder in hoeverre en in welke mate er daarnaast nog sprake is van medebehandelaarschap door de huisarts.

⁸⁷ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102 - NZa](#)

⁸⁸ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102 - NZa](#)

8.2 Knelpunten en afbakening

Behandeling en begeleiding

Aangezien het in deze groep gaat om chronische problematiek, is het van belang te benadrukken dat de GSZP een behandelvorm is, met begin- en eindpunt. De GZSP betreft per definitie zorg met een geneeskundige context.⁸⁹ De (GZSP-)behandeling is gericht op genezing of vermindering van klachten en beperkingen door het aanleren van (nieuwe) vaardigheden. De afbakening met begeleiding is dat begeleiding gaat om het leren omgaan met de (nieuwe) situatie door het inslijpen en veelvuldig herhalen van de aangeleerde vaardigheden. Het al dan niet aanwezig zijn van zorg met een geneeskundige context, en de noodzaak voor een multidisciplinaire behandeling onder regie van een SO/ arts VG bepaalt ook de afbakening met Wmo- dagbesteding. Zie hieronder ook de toelichting bij Afbakening Wmo.

Afbakening Wmo

Indien er geen sprake (meer) is van zorg met een medische context, vervalt de aanspraak op GZSP. Een noodzakelijke of gewenste vorm van opvang of dagbesteding kan dan vallen onder de Wmo⁹⁰.

De Wmo biedt algemene voorzieningen, waaronder het organiseren van activiteiten, maatwerkvoorzieningen, waaronder dagbesteding en vervoersvoorzieningen.

Regiebehandelaar bij zorg in een groep

Regiebehandelaarschap is over het algemeen voorbehouden aan BIG geregistreerde geneeskundigen, omdat de GZSP het behandelen betreft van elkaar beïnvloedende medische problemen, waarbij gedragsproblemen één factor van het geheel kan zijn. Het zorgveld heeft bezwaren om altijd te voldoen aan de voorwaarde dat regiebehandelaarschap is voorbehouden aan een BIG- geregistreerd geneeskundige. Zorgverzekeraars zijn hiermee in gesprek om mee te denken naar oplossingen zonder af te wijken van deze kwaliteitsvoorwaarden. De pogingen in het veld om andere disciplines deze rol op zich te laten nemen om zo gebruik te kunnen maken van de GZSP tarieven, wordt door zorgverzekeraars in hun inkoopkader toegestaan, mits er een landelijk erkende richtlijn of zorgprogramma aan ten grondslag ligt.⁹¹

Monodisciplinaire inzet gedragswetenschapper

Er loopt een experiment rondom monodisciplinaire inzet gedragswetenschapper. Vooral zorgaanbieders met de doelgroep VB en LVG maken hier gebruik van. Er dient een evaluatie plaats te vinden in hoeverre dit op termijn ook toegankelijk is binnen de reguliere bekostiging GZSP.

Ontbreken van kaders

Er is landelijk een grote praktijkvariatie in de inzet en invulling van GZSP-zorg in groep: er zijn op dit moment nog geen standaarden of richtlijnen die richting geven over de inhoud van de zorg, de noodzakelijke behandeluren en de benodigde dagdelen Zorg in een groep. Een heldere omschrijving en afbakening van de zorgvormen die onder de GZSP vallen is noodzakelijk. Het is aan de beroepsgroepen om tot een eenduidige beschrijving te komen van de indicatiestelling, zorgprocessen, richtlijnen, behandeluur en kwaliteit van zorg. Vanuit ZN is een dringend beroep aan de NVAVG, Verenso en VGN gedaan om hiertoe te komen. Op basis van de prestatiebeschrijvingen van de NZA is door ZN wel al een tweetal documenten opgeleverd met hierin de minimale uitgangspunten voor de individuele prestaties en voor de prestatie zorg in een groep.

Daarnaast zal het zorgveld meer effort moeten steken om aan de voorwaarden van SWEP te kunnen voldoen. Er is nog onvoldoende evidence als het gaat om het aantonen van het effect van de diverse behandelingen.

⁸⁹ [Handvatten begrip geneeskundige context | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

⁹⁰ [Wmo: betekenis en hulp bij aanvragen \(+ info indicatie\)](#)

⁹¹ ZN uitgangspunt zorg in groep staat de volgende BIG-geregistreerde gedragswetenschappers, voor omschreven doelgroepen toe (hersenz, factlvb, behandeling conform kwaliteitskader jonge mensen met dementie): Klinisch psycholoog; GZ-psycholoog; Orthopedagoog generalist; Klinisch neuropsycholoog; Psychiater (alleen voor SGLVG).

Taakdelegatie en taakherschikking

Er is een beperkte beschikbaarheid van SO's, artsen VG en GZ-psychologen. Voor SO en arts VG worden Verpleegkundig specialisten en Physician Assistants steeds vaker vanuit taakherschikking ingeschakeld. Ook dit zijn BIG geregistreerden. De gedragswetenschappers (GWS) die niet-BIG geregistreerd zijn, zijn ons inziens vanuit kwaliteit en bevoegd- en bekwaamheid niet een vervanging voor een BIG-geregistreerde GWS.

De BIG-geregistreerde gedragswetenschapper kan wel andere disciplines inzetten als er een zorgprogramma is waarin dit duidelijk is beschreven. Deze andere disciplines staan onder regie van de BIG-geregistreerde GWS en verlenen zorg in het kader van een multidisciplinair behandelplan.

Ontbreken van stopcriteria voor specifieke groepen

Er zijn in de voorafgaande jaren afasiecentra opgericht voor mensen na CVA en of met NAH. Dit betreft in principe geen multidisciplinaire behandeling wat een vereiste is binnen de GZSP zorg in een groep. Men kan in beginsel behoefte hebben aan een periode van acceptatie van deze beperking waarbij zowel psychologische behandeling als communicatietraining wordt geboden. Dit is voor een beperkte tijd acceptabel, echter betreft na enige tijd vooral communicatietraining, dan is dit is geen multidisciplinaire behandeling en daarom geen GZSP. De logopedist is hiervoor ook vaak (regie-)behandelaar en valt buiten voorwaarden voor GZSP.

GZSP en Geriatrisch assessment

Als een patiënt vanuit ziekenhuis opname nog zorg nodig heeft, zit de bekostiging van eventuele triage/geriatrisch assessment voor GRZ of ELV verrekend in de DBC van de MSZ-behandelaar. Een assessment, noodzakelijk voor opname in de GRZ vanuit een thuissituatie, wordt bekostigd vanuit de aanspraak SO binnen de GZSP. Een Geriatrisch assessment gedurende ELV-opname valt onder dagtarief ELV.⁹²

GZSP en Zorgtraject kwetsbare patiënten

In 2011 startte een groep van SO's een experiment onder de naam MESO-zorg (Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde. Nu, jaren later is er een betaaltitel voor elke SO in de eerste lijn, namelijk de GZSP. Echter het concept MESO is in 2025 als extra prestatie opgenomen in de basisverzekering van de Zvw onder de benaming zorgtraject. De nadruk in de zorgverlening binnen het zorgtraject ligt bij het multidisciplinair werken van de specialist Ouderengeneeskunde binnen het netwerk in de eerste lijn. De doelgroep bestaat uit kwetsbare ouderen en patiënten met complexe multidomeinproblematiek. Daarbij kan sprake zijn van een opeenstapeling van aandoeningen en/of toenemend regieverlies. Een uitgebreide betrokkenheid in de vorm van regie/medebehandeling is van belang om zodoende tot een nieuw evenwicht te komen en alsnog te zorgen dat thuis/zelfstandig wonen mogelijk blijft.

De VAV is van mening dat de reguliere inzet SO vanuit de GZSP voldoende mogelijkheden biedt om de complexe multidomeinproblematiek te kunnen behandelen. De meerwaarde van een zorgtraject is tevens onvoldoende wetenschappelijk aangetoond. Bovendien is er geen eenduidigheid wat regiebehandelaarschap door SO in dit traject betekent, ten opzichte van de behandelrol van de huisarts. Verenso geeft ook geen duidelijke kaders hierover aan.

Zorgverzekeraars zijn hierdoor terughoudend in het contracteren van deze nieuwe aanspraak vanaf 2025.

Afbakening GZSP en ambulante GRZ

Binnen de GRZ bestaat de mogelijkheid om deze zorg per 1 januari 2025 ambulante GRZ ook (deels) ambulant te verlenen. Dit kan leiden tot er een grijs gebied tussen deze ambulante GRZ, GZSP of eerstelijns-paramedi. Het is de regiebehandelaar binnen de GRZ, de SO, die bepaalt in hoeverre er een indicatie is voor ambulante GRZ. De verwachting is dat het Zorginstituut in 2025 een duiding over het verschil tussen ambulante GRZ en GZSP gaat publiceren.

⁹² [Besluit houdende wijziging van de Beleidsregel eerstelijnsverblijf \(kenmerk BR/REG-25109\) – Wijzigingsbesluit WB/REG-2025-04 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

Afbakening GZSP zorg in een groep voor doelgroep Kwetsbare ouderen en GZSP zorg in een groep voor de doelgroep Patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel

De oorsprong van de afbakening komt vanuit de grondslagen zoals gebruikt bij de Wlz (voorheen AWBZ), waarbij de individu en het doel van de behandeling/begeleiding worden meegewogen bij de vaststelling van een passend tarief. In de huidige beleidsregel zorgt de opsomming van patiëntgroepen voor discussie rond afbakening, omdat in de praktijk niet het doel van de behandeling maar de diagnose leidraad voor een indeling lijkt te zijn. De VAV ziet nu in de praktijk een verschuiving naar indeling naar de doelgroep LG/NAH. Bij deze verschuiving lijkt het verschil in vergoeding van de beide zorggroepen hier mede een rol te spelen. Een standpunt van de beroepsgroepen over de indeling van de doelgroepen en/ of een eventuele herijking van de vergoeding vinden de zorgverzekeraars wenselijk. Tot op heden pakt niemand die handschoen op.

Meer lezen:

NZa-beleidsregels GZSP:

1. [Beleidsregel macrobeheersinstrument kortdurende zorg 2025 - BR/REG-25143 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)
2. [Beleidsregel macrobeheersinstrument geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf, geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen en medische verklaring 2022 - BR/REG-22136 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)
3. [Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - NR/REG-2310 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)
4. [Prestatie- en tariefbeschikking geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen TB/REG-21600-01](#)

Regiebehandelaarschap:

5. [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen BR/REG-20139 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

9 Verpleging en verzorging in de thuissituatie

Sinds 2015 wordt de wijkverpleging bekostigd vanuit de Zvw. Ook in de Wmo zit tegenwoordig een klein beetje persoonlijke verzorging voor zover deze niet samen gaat met geneeskundige zorg of een risico op geneeskundige zorg. De 'oude AWBZ' aanspraken "Begeleiding Groep" en "Begeleiding Individueel" zijn geen onderdeel van de aanspraak wijkverpleging.

Sinds 2015 is er volgens de aanspraak Verpleging en Verzorging sprake van Wijkverpleging bekostigd vanuit de Zvw, indien er sprake is van "zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in het kader van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop geleverd in de eigen omgeving van de cliënt"⁹³. Ook bepaalde preventieve handelingen evenals coördinerende taken en de indicatiestelling vallen hier expliciet binnen

Onlangs is door het kenniscentrum verpleegkundigen ZN de 'werkwijzer beoordeling verpleging en verzorging in de thuissituatie 2.0' gepubliceerd (april 2021). Daarin wordt onder meer de aanspraak wijkverpleging besproken, en de afbakeningen wijkverpleging en verzorging thuis, de afbakening t.o.v. andere wettelijke kaders en overige voorzieningen vanuit Zvw.

[Publicaties - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](#)

Voor een verdere bespreking van dit onderwerp willen we naar genoemde werkwijzer van het kenniscentrum verwijzen.

⁹³ [Zvw-kompas | Zorginstituut Nederland](#)

10 Zorg voor mensen met een Zintuiglijke handicap (afbakening zorgwetten)

10.1 Inleiding

Wat is ZG-zorg in de Zorgverzekeringswet en wat niet?

Zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG-zorg) omvat multidisciplinaire zorg voor mensen met een visuele of auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.⁹⁴ Het doel van ZG-zorg is om de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

De ZG-zorg bestaat uit:

- diagnostiek (het vaststellen van de ernst van de beperking en de zorgvragen die daaruit voortvloeien);
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten

Onder de ZG-zorg (Zorgverzekeringswet) valt niet:

- de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven
- zorg of ondersteuning om maatschappelijk te functioneren.

10.2 Visuele beperking

Diagnostiek in verband met een visuele beperking

De richtlijnen visuele beperkingen – verwijzing en revalidatie van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) stelt dat er sprake is van een visuele beperking wanneer:⁹⁵

- een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog,
- een gezichtsveld < 30 graden, of
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Zorg in verband met een visuele beperking

De zorg aan mensen met een visuele beperking bestaat voor een groot deel uit kortdurende extramurale zorgtrajecten (zorg die gegeven wordt buiten het ziekenhuis of zorginstelling). De ZG-zorg is erop gericht om de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren door het (psychisch) leren omgaan met de beperking of het opheffen of het compenseren van de beperking.

Zorg die betrekking heeft op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren vallen niet onder de ZG-zorg.

Verblijf

Er is sprake van verblijf als de cliënt 's nachts in een instelling verblijft. Hierbij gaat het om verblijf dat geleverd wordt in combinatie met behandeling zintuiglijk gehandicapten.⁹⁶

10.3 Auditieve beperking

Diagnostiek in verband met een auditieve beperking⁹⁷

De FENAC-richtlijnen⁹⁸ voor diagnostiek voor vaststelling van een auditieve beperking stelt dat er sprake is van een auditieve beperking wanneer:⁹⁹

⁹⁴ [Zintuiglijk gehandicaptenzorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

⁹⁵ [Startpagina - Visuele beperkingen - Richtlijn - Richtlijnen-database](#)

⁹⁶ [wetten.nl - Regeling - Beleidsregel zintuiglijk gehandicaptenzorg - BWBR0050412](#)

⁹⁷ [Zintuiglijk gehandicaptenzorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

⁹⁸ [Home - Fenac.nl](#); federatie van Nederlandse audiologische centra

⁹⁹ [wetten.nl - Regeling - Beleidsregel zintuiglijk gehandicaptenzorg - BWBR0050412](#)

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen, of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Zorg in verband met een auditieve beperking

Het zorgtraject bij een auditieve beperking start met audiologische hulp. Deze hulp valt niet onder de ZG-zorg, maar is wel zorg uit het basispakket. Deze audiologische hulp bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek van de gehoorfunctie,
- advisering van de verzekerde over aan te schaffen gehoorapparatuur
- voorlichting aan de verzekerden met betrekking tot het gebruik van de apparatuur

Informatie over hulpmiddelen voor slechthorenden en doven is te vinden op [de pagina 'Hulpmiddelen voor slechthorenden en doven \(auditieve hulpmiddelen\) \(Zvw\)'](#).

De ZG-zorg aan mensen met een auditieve beperking wordt geleverd door keel-neus-en-oorartsen (knoartsen), audiologische centra en zorgverleners in de zintuiglijk gehandicaptensector.

Voor mensen met een gehoorbeperking kunnen onderdelen van ZG-zorg zijn:

- activiteiten om alternatieve communicatievormen te leren, zoals leren van Nederlandse Gebarentaal
- omgaan met de impact van de beperking en vergroten van zelfredzaamheid
- interventies gericht op (toekomstig) zelfstandig wonen
- hulp bij psychische klachten als gevolg van de auditieve beperking

Communicatietraining voor verzekerden met een zintuiglijke handicap valt onder de Zvw voor zover het gaat om het aanleren van vaardigheden. Buiten de Zvw valt het 'inslijpen' van de aangeleerde vaardigheden. Met inslijpen wordt bedoeld: het herhaaldelijk oefenen en het onderhouden van de vaardigheden in de dagelijkse praktijk. Ook zorg die betrekking heeft op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren valt niet onder de ZG-zorg.

Cliëntsysteem

Ook het 'systeem' (gezinsleden, verzorgers) rondom degene met een zintuiglijke beperking kan in aanmerking komen voor onderdelen van ZG-zorg. Wanneer een auditief beperkte bijvoorbeeld in aanmerking komt voor het aanleren van gebarentaal, kunnen zijn gezinsleden hier ook voor in aanmerking komen.

In die gevallen waarin sprake is van ZG-zorg aan het systeem van de cliënt vallen alle kosten onder de verzekering van de cliënt. Als de cliënt een volwassene met een zintuiglijke beperking is, betekent dit dat de kosten dan onder het eigen risico van de cliënt vallen. Wanneer de cliënt jonger is dan 18 jaar is het eigen risico niet van toepassing.^{100,101}

10.4 Zorg i.v.m. een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis

Een taalontwikkelingsstoornis is een communicatieve beperking op een van de onderstaande terreinen:

- Spraakproductie (iemand spreekt de woorden en/of zinnen niet goed uit)
- Spraakperceptie (de hersenen verwerken geluid/spraak niet goed)
- Morfo-syntactische kennis (receptief en productie, iemand heeft bijvoorbeeld moeite met begrijpen wat anderen zeggen)
- Lexicaal-semantisch kennis (receptief en productie, iemand heeft bijvoorbeeld moeite taal te gebruiken om zich aan andere duidelijk te maken)¹⁰²

¹⁰⁰ [Zintuiglijk gehandicaptenzorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

¹⁰¹ [wetten.nl - Regeling - Beleidsregel zintuiglijk gehandicaptenzorg - BWBR0050412](#)

¹⁰² [Beleidsregels 2025 | CIJZ](#)

Het betreft een stoornissen welke te herleiden is tot neurologisch en/of neuropsychologisch factoren. Het probleem is primair en andere problematiek zoals psychiatrische, fysiologische of neurologische problematiek zijn ondergeschikt.

De stoornissen in deze terreinen zijn aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek conform FENAC-richtlijnen.^{103,104} De taalontwikkelingsstoornis wordt gekarakteriseerd door ernstige problemen in taalverwerving van de moedertaal. Het betreft hier dus niet taalverwervingsproblematiek in verband met een tweede taal of anders taligheid. Bij de zorg bij deze beperking gaat het om kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van 23 jaar. Deze zorg is voor kinderen met ernstige spraak/taalmoeilijkheden. Aan de ouders wordt een behandeling aangeboden die de taalontwikkeling en sociaal-emotionele ontwikkeling stimuleert.¹⁰⁵

10.5 Werkveld

Een client met een ZG handicap kan zowel behandeling ontvangen vanuit de zorgverzekering als de Wlz. Het CIZ bepaalt de toegang voor een Wlz indicatie. Zolang er geen sprake is van Wlz en er wel een noodzaak is tot behandelen, valt de ZG behandeling binnen de Zorgverzekeringswet.

Overgang Zvw naar Wlz

Om in aanmerking te komen voor een Wlz-indicatie met een ZG grondslag moet¹⁰⁶:

- De persoon afhankelijk zijn van een-op-een begeleiding in de communicatie en daarbij blijvende multidisciplinaire aanpak voor zijn communicatieproblemen nodig hebben;
- De oorzaak in de persoon ligt;
- De spraak- taalstoornis op zichzelf staan dus eventuele andere problematiek is ondergeschikt.

Wanneer verbetering niet meer aan de orde is en de verzekerde aangewezen is op Wlz gefinancierde zorg kan de verzekerde over meerdere financieringsvormen beschikken. Deze staan in [Hoofdstuk 4](#) verder uitgewerkt.

Wlz-zorg en behandeling ZG-zorg

Wanneer een verzekerde een Wlz-indicatie heeft, kan alle geboden zorg vanuit de Wlz bekostigd worden. Screening van visus of gehoor maar ook behandelingsgerichte diagnostiek geleverd door arts VG of specialist ouderengeneeskunde (SO) valt hieronder.

Wanneer behandeling of diagnostiek van een medisch specialist nodig is, dan zal de huisarts, arts VG of SO de verzekerde verwijzen. Deze medisch-specialistische zorg valt onder de Zvw¹⁰⁷.

Wmo en ZG-zorg

De Wmo heeft een zorgplicht voor wat betreft individuele begeleiding, groepsbegeleiding (dagbesteding) en kortdurend verblijf (ter ontlasting van de mantelzorg) voor mensen met een zintuiglijke beperking¹⁰⁸. De VNG heeft raamcontracten hiervoor afgesloten met meerdere ZG-aanbieders, welke ook binnen de Zorgverzekering en/of de Wlz een contract hebben afgesloten¹⁰⁹.

10.6 Is het Zvw- of Wlz- of Wmo-financiering?

Screenen van gehoor of visus

Bij verstandelijk gehandicapten en ouderen komt het vaak voor dat zij minder horen of zien. Daarom vindt regelmatig controle plaats door de huisarts, een arts VG (arts voor verstandelijk gehandicapten) of een SO

¹⁰³ [wetten.nl - Regeling - Beleidsregel zintuiglijk gehandicaptenzorg - BWBR0050412](#)

¹⁰⁴ [Zintuiglijk gehandicaptenzorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

¹⁰⁵ [wetten.nl - Regeling - Beleidsregel zintuiglijk gehandicaptenzorg - BWBR0050412](#)

¹⁰⁶ [Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2025](#)

¹⁰⁷ [Medisch-specialistische zorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

¹⁰⁸ [Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning 2024 | Lokale wet- en regelgeving](#)

¹⁰⁹ [Over Landelijke inkoop Jeugdzorg en Wmo \(ZG\) | VNG](#)

(specialist ouderengeneeskunde). Dit heet in de praktijk periodieke controle voor het screenen van gehoor of visus. Deze controle kan zowel onder de Wlz-financiering als onder de Zvw-financiering vallen. Dit is afhankelijk waar de verzekerde woont en welke behandeld arts de screening verricht.

- Wanneer de verzekerde verblijft in een instelling en van deze instelling ook de behandeling krijgt, valt de screening onder de Wlz.
- Wanneer de verzekerde wel een Wlz-indicatie heeft en zijn Wlz-zorg via andere leveringsvormen gefinancierd krijgt, zal het afhankelijk zijn wie de screening doet onder welke financiering de zorg valt.
 - Indien de huisarts deze screening verricht, valt het onder de huisartsenzorg en dus zorgverzekeringswet. De huisartsenzorg valt niet onder het eigen risico en dus deze diagnostiek ook niet.
 - Indien de screening verricht wordt door een Wlz-behandelaar (arts VG/specialist ouderengeneeskunde) zal de screening gefinancierd worden via Wlz¹¹⁰.

Het resultaat van de periodieke controle kan aanleiding zijn voor verdere diagnostiek, waaronder^{111,112}

- Primaire diagnostiek, aandoeningsdiagnostiek, of differentiaal diagnostiek:
Aandoeningen diagnostiek (MSZ): Aandoeningen diagnostiek is een onderzoek binnen de Zintuigelijke gehandicaptenzorg, gericht op het stellen van een medische diagnose, wat zich vertaalt in Medische Specialistische Zorg (DBC-OZP 190001/190002). Dit zal dan verricht worden door een KNO-arts, oogarts of fysicus audioloog (KFA) verbonden aan een audiologisch centrum. Deze zorg valt onder de Zvw.
- Aanvullend functioneel onderzoek:
Functionele – en handelingsdiagnostiek: Functionele – en handelingsdiagnostiek is gericht op de hulpvraag (waarbij de visuele aandoening al is vastgesteld) van de cliënt op activiteiten – en participatieniveau, om de klachten, symptomen en beperkingen in kaart te brengen valt onder Zvw behoort tot ZG-zorg. Ook de voortvloeiende behandeling, zoals aanleren van alternatieve communicatievormen, het aanleren van het gebruik van ondersteunde hulpmiddelen valt onder de Zvw.

Wanneer ZG problematiek behandeld moet worden in een klinisch omgeving wordt het verblijf ook gefinancierd vanuit de Zvw. De conditie van de zorgvrager bepaalt of deze is aangewezen op een klinische behandeling. Er zijn in Nederland een beperkt aantal aanbieders die een klinische ZG behandeling mogen aanbieden.¹¹³

Wmo-zorg

Wanneer ZG problematiek leidt tot participatie problemen kan er een beroep gedaan worden op individuele- of groepsbegeleiding welke door de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gefinancierd wordt. De gemeente stelt vast of dat aan de orde is.

Kort samengevat

- Zvw: Wanneer ZG-zorg onder de zorgverzekeringswet is gericht op diagnostiek van de ZG-beperking of behandeling ter verbeteringen van de ZG-beperking.
- Wlz: Wanneer er sprake is van langdurig verblijf met behandeling.
- Wmo: voor wat betreft individuele begeleiding, groepsbegeleiding (dagbesteding) en kortdurend verblijf (ter ontlasting van de mantelzorg), zonder dat er sprake is van behandeling

Onderscheid behandeling en begeleiding

Buiten de Zvw valt het 'inslijpen' van de aangeleerde vaardigheden. Met inslijpen wordt bedoeld: het herhaaldelijk oefenen en het onderhouden van de vaardigheden in de dagelijkse praktijk.

¹¹⁰ [Stroomschema's behandeling voor cliënten met een Wlz-indicatie | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

¹¹¹ [Zintuiglijk gehandicaptenzorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

¹¹² [wetten.nl - Regeling - Beleidsregel zintuiglijk gehandicaptenzorg - BWBR0050412](#)

¹¹³ [Over Landelijke inkoop Jeugdzorg en Wmo \(ZG\) | VNG](#)

Begeleiding omvat het inslijpen van de in de behandeling aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk. Bij begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid.¹¹⁴

¹¹⁴ [Behandeling binnen de langdurige gehandicaptenzorg | VGN](#)

Bijlage 1 Begrippenlijst

Begrip/afkorting	Definitie eventueel met toelichting
Aanspraak Wijkverpleging	Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en deze zorg wordt geleverd 'in de eigen omgeving'.
ActiZ	Branchevereniging zorgorganisaties
ADL-assistentie	Zeer intensieve ondersteuning in en om een zogenoemde ADL-woning, waarvoor een 'besluit ADL-assistentie' van het CIZ nodig is.
ADL-woning	Woning bij één van de drie erkende aanbieders van ADL-assistentie.
Arts VG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (ingetrokken 31-12-2014)
BOPZ	Wet bijzondere opnemng psychiatrische ziekenhuizen (ingetrokken 01-01-2020)
Bzv	Besluit zorgverzekeringswet
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EKT	Extra kosten Thuis
ELV (LC, HC, PTZ)	Eerstelijnsverblijf; laag complex, hoog complex en palliatieve terminale zorg
FACT	(Functional) assertive outreach community treatment
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GGZ-B	Verblijf met behandeling in een psychiatrische instelling vanuit de Wlz
GGZ-W	GGZ Wonen: Wlz-zorgprofielreeks voor mensen met een psychische aandoening
GRZ	Geriatrische Revalidatie Zorg
GZ	Gehandicapten Zorg
GZSP	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen
IBS	In Bewaring Stelling
InEen	Belangenbehartiger voor de eerstelijnszorg
IKZ	Intensieve Kind Zorg
LG	Lichamelijk gehandicapten
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LZ	Langdurige Zorg
Meerzorg	Extra budget voor personen die meer zorg nodig hebben dan waarin kan worden voorzien vanuit het geïndiceerde zorgprofiel Wlz
mpt	Modulair pakket thuis. Leveringsvorm van Wlz-zorgprofiel waarbij bepaalde delen (modules) van het pakket als zorg in natura thuis geleverd worden
MSZ	Medisch Specialistische Revalidatie Zorg
NVAVG	Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten
PAB	Persoonlijk Assistentie Budget
PG	Psychogeriatric
pgb	Persoonsgebonden budget
PTZ	Palliatief Terminale Zorg
Respijtzorg	Vervangende zorg, waarbij zorg tijdelijk van mantelzorger(s) wordt overgenomen
Rlz	Regeling langdurige zorg
SGLVG	Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt
SO	Specialist ouderengeneeskunde
Verenso	(Beroeps)vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
Verpleegkundige	Verpleegkundige niveau 4 of 5 of 6 (mbo of hbo geschoold)
VG	Verstandelijk gehandicapt
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
vpt	Volledig pakket thuis. Leveringsvorm van Wlz-zorgprofiel waarbij de cliënt een compleet zorgpakket thuis ontvangt van één aanbieder.
VV	Verpleging en verzorging
Wijkverpleegkundige	Hbo-opgeleide verpleegkundige (niveau 5), autonoom werkzaam in de wijk
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning (2015)
Wvvgz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

Wzd	Wet zorg en dwang
ZG	Zintuiglijk Gehandicaptten
ZG aud	Zintuiglijk Gehandicaptten auditief en communicatief
ZG vis	Zintuiglijk Gehandicaptten visueel
ZiNL	Zorginstituut Nederland (voorheen: CVZ)
ZiN	Zorg in natura
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
Zorgprofiel	Beschrijving van de zorg die nodig is, aansluitend op de kenmerken van een client. Wordt geïndiceerd door het CIZ.
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 2 Zorgprofielen in de Wlz¹¹⁵

Sector Verpleging en verzorging (VV):

- VV beschermd wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (VV 4)
- VV beschermd wonen met intensieve dementiezorg (VV 5)
- VV beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging (VV 6)
- VV beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding* (VV 7)
- VV beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging* (VV 8)
- VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (VV 9B)

Sector Verstandelijke gehandicapt (VG):

- VG wonen met begeleiding en verzorging (VG 3)
- VG wonen met begeleiding en intensieve verzorging (VG 4)
- VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging* (VG 5)
- VG wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (VG 6)
- VG (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering* (VG 7)
- VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging* (VG 8)

Sector Licht verstandelijk gehandicapt (LVG):

- LVG wonen met enige behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar) (LVG 1)
- LVG wonen met behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar) (LVG 2)
- LVG wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep (18 tot 23 jaar) (LVG 3)
- LVG wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding* (18 tot 23 jaar) (LVG 4)
- LVG besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding* (18 tot 23 jaar) (LVG 5)
- LVG behandeling in een SGLVG behandelcentrum (SGLVG 1)

Sector Lichamelijk gehandicapt (LG):

- LG wonen met begeleiding en enige verzorging (LG 2)
- LG wonen met begeleiding en verzorging (LG 4)
- LG wonen met begeleiding en intensieve verzorging* (LG 5)
- LG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging* (LG 6)
- LG wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging* (LG 7)

Sector Zintuiglijk gehandicapt, auditief en communicatief (ZGAUD)

- ZG aud wonen met intensieve begeleiding en verzorging (ZG AUD 2)
- ZG aud wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging* (ZG AUD 3)
- ZG aud wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging (ZG AUD 4)

Sector Zintuiglijk gehandicapt, visueel (ZGVIS)

- ZG vis wonen met begeleiding en enige verzorging (ZG VIS 2)
- ZG vis wonen met intensieve begeleiding en verzorging (ZG VIS 3)
- ZG vis wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (ZG VIS 4)
- ZG vis wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging* (ZG VIS 5)

Sector GGZ, B-groep (GGZ-B)

- GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding (GGZ 3B)
- GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging (GGZ 4B)
- GGZ-G voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering (GGZ 5B)
- GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding, en intensieve verpleging en verzorging* (GGZ 6B)
- GGZ-B beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek, met zeer intensieve begeleiding* (GGZ 7B)

Sector GGZ, Wonen (GGZW)

- GGZ Wonen met intensieve begeleiding (GGZW 1)
- GGZ Wonen met intensieve begeleiding en verzorging (GGZW 2)
- GGZ Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering (GGZW 3)
- GGZ Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging* (GGZW 4)
- GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding* (GGZW 5)

* mogelijkheid tot aanvragen van meerzorg

¹¹⁵ wetten.overheid.nl | Regeling langdurige zorg | Bijlage A