



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland

Zorg
Eerstelijnszorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

2025015846

Datum 27 augustus 2025
Betreft Advies Kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf en thuis

Onze referentie
2025015846

Geachte heer Tieman,

Op verzoek van uw voorganger heeft Zorginstituut Nederland het advies *Kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf en thuis* opgesteld. Hierin verduidelijkt het Zorginstituut de wet- en regelgeving die geldt voor de kortdurende zorg. Daarbij adviseren wij u over aanpassingen van de wet- en regelgeving die bijdragen aan de passende inzet van kortdurende zorg in de praktijk.

De aanleiding voor dit advies zijn de ontwikkelingen in de kortdurende zorg die onder andere naar aanleiding van afspraken in het IZA en programma WOZO in gang zijn gezet. Het gaat hierbij in de eerste plaats om de ontwikkeling van één tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw. De NZa werkt een nieuwe bekostigingssystematiek hiervoor uit. In de tweede plaats gaat het om de ontwikkeling van het zorgaanbod vanuit de Zvw voor kortdurende zorg thuis. Gezien deze ontwikkelingen heeft u gevraagd in hoeverre de huidige wet- en regelgeving hiervoor voldoet of dat er aanpassingen nodig zijn. Daarbij verzocht u om de aansluiting van de aanspraak op kortdurende zorg vanuit de Zvw en Wlz mee te nemen.

Het Zorginstituut heeft in dit advies de huidige wet- en regelgeving verduidelijkt en concludeert dat deze in grote lijnen voldoet voor de in gang gezette ontwikkelingen en geen belemmeringen biedt voor de bekostigingssystematiek die de NZa uitwerkt. Echter, we stellen vast dat er wel een aantal knelpunten zijn voor een werkbare uitvoering in de praktijk.

Om passende inzet van kortdurende zorg in het beoogde tijdelijk verblijf in de Zvw te bevorderen, adviseren we om ervoor te zorgen dat vanuit de Wlz revalidatiezorg beschikbaar komt die gelijkwaardig is aan geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in de Zvw. Dit betekent een verschuiving van revalidatiezorg van de Zvw naar de Wlz: mensen met een Wlz-indicatie die aangewezen zijn op revalidatiezorg zullen deze dan niet meer ontvangen vanuit de Zvw, maar vanuit de Wlz. Deze verschuiving vereist dat het zorgaanbod bij het profiel VV9b uitgebreid wordt wat betreft het aantal bedden en de ruimte voor de inzet van (para)medische zorg. Als dit gerealiseerd is kan artikel 2.5c Bzv lid 2, waarin de toegang tot GRZ geregeld is voor mensen met een Wlz-indicatie, komen te vervallen.

Andere knelpunten kunnen opgelost worden door afspraken tussen beroepsgroepen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars en door innovatieve zorgvormen binnen de kortdurende zorg. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan wijkkliniekgzorg en trajectzorg thuis onder regie van de specialist ouderengeneeskunde en tijd te geven om door te ontwikkelen.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Eerstelijnszorg

Datum
27 augustus 2025

Onze referentie
2025015846

Wat betreft de verduidelijking van de aanspraak op geneesmiddelen in het tijdelijk verblijf, zijn we ons ervan bewust dat er momenteel vanuit VWS nagedacht wordt over de afbakening tussen intra- en extramurale geneesmiddelen in het algemeen. We zullen het onderwerp geneesmiddelen in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg agenderen bij het project afbakening geneesmiddelen. Als te zijner tijd uit dat project consequenties volgen voor de verduidelijking die wij nu geven, zullen wij de nodige aanpassingen maken. Uiteraard zullen we dan alle betrokken partijen daarover informeren.

Het Zorginstituut verwacht dat de kortdurende zorg zich de komende jaren zal blijven ontwikkelen. Het is van belang dat hiervoor binnen de wet- en regelgeving ruimte blijft bestaan. Het Zorginstituut zal daarom alle ontwikkelingen blijven volgen en nagaan of het te zijner tijd wenselijk is om de wet- en regelgeving op andere punten aan te passen.

We blijven ons inzetten, samen met alle andere partijen, voor passende kortdurende zorg voor iedereen (met of zonder een Wlz-indicatie) die daarop aangewezen is.

Hoogachtend,

M.J. Janssen
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf en thuis

Definitief | 26 augustus 2025

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Afkortingen	7
Inleiding	8
1 Tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw	12
1.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving	12
1.1.1 Toegang tot zorg in het beoogde tijdelijke verblijf	12
1.1.2 Op- en afschalen van zorg in het tijdelijk verblijf	14
1.1.3 Inzet van zorgonderdelen in het tijdelijk verblijf	14
1.1.4 Het tijdelijk verblijf in de spoedzorgketen	14
1.1.5 Crisis- en logeeropvang vanuit de Wmo	14
1.2 Knelpunten voor de praktijk	14
1.2.1 Belemmeringen om kortdurende zorg als één zorgvorm aan te bieden	15
1.3 Oplossingen van de knelpunten	15
1.3.1 Aan GRZ gelijkwaardige zorg vanuit Wlz	16
1.3.2 Wijkkliniekgzorg als separate zorgvorm	16
1.3.3 Niet-reële oplossing	17
2 Kortdurende zorg thuis vanuit de Zvw	18
2.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving	18
2.2 Knelpunten voor kortdurende zorg thuis	18
2.2.1 Afwegingsinstrument is niet actueel	19
2.2.2 De plaats van paramedische- en psychologische zorg bij trajectzorg thuis	19
2.2.3 Beperkingen in de aanspraak op fysiotherapie bij trajectzorg thuis	19
2.3 Oplossingen voor de knelpunten	20
2.3.1 Actualisatie van het afwegingsinstrument voor kortdurende zorg	20
2.3.2 Nadere uitwerking van trajectzorg thuis onder regie van de SO	20
2.3.3 Vergoeding van fysiotherapie gericht op herstel na opname	20
3 Kortdurende zorg op het grensvlak van Zvw en Wlz	21
3.1 Kortdurende zorg bij thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie	21
3.1.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving	21
3.1.2 Knelpunten in de praktijk	22
3.1.3 Oplossingen voor de knelpunten	22
3.2 Kortdurende zorg bij mogelijke uitstroom naar de Wlz	22
3.2.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving	23
3.2.2 Knelpunten bij de uitstroom naar Wlz-verblijf	23
3.2.3 Oplossingen van de knelpunten	23
3.3 Kortdurende zorg als er nog net geen Wlz-indicatie is	24
3.3.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving	24
3.3.2 Knelpunten bij de termijn voor de indicatiestelling	24
3.3.3 Oplossingen voor de knelpunten	24
4 Conclusies en advies	26
4.1 Advies over de wet- en regelgeving	26
4.1.1 Heldere afbakening tussen revalidatiezorg in de Zvw en Wlz	26
4.1.2 Fysio- en oefentherapie om opnameduur te beperken	27
4.2 Andere aanbevelingen	27
4.2.1 Wijkkliniekgzorg behouden als separate zorgvorm	27
4.2.2 Actualiseren van afwegingsinstrument	27
4.2.3 Afspraken voor kortdurende zorg op het grensvlak van de Zvw en Wlz	27
4.2.4 Doorontwikkeling van trajectzorg thuis	27

4.3	Vervolg	27
1	Bijlage 1 Zorginhoudelijke beschrijving	29
2	Bijlage 2 Verduidelijking aanspraken Zvw	34
3	Bijlage 3 Verduidelijking regelgeving Wlz	41
4	Bijlage 4 Verduidelijking toegang tot kortdurende zorg	43
5	Bijlage 5 Inzet van kortdurende zorg met tijdelijk verblijf	45
6	Bijlage 6 Consultatiereacties partijen	51
7	Bijlage 7 Adviesaanvraag VWS	53
	Colofon	54

Samenvatting

Dit advies van Zorginstituut Nederland gaat over de wet- en regelgeving voor de kortdurende zorg. We brengen dit advies uit op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zij hebben om dit advies gevraagd vanwege de ontwikkelingen die op het moment plaatsvinden in de kortdurende zorg. Onze conclusie is dat de wet- en regelgeving ruimte biedt voor deze ontwikkelingen. Maar ook dat de wet- en regelgeving belemmeringen geeft om kortdurende zorg passend in te zetten in de praktijk. In dit advies beschrijven wij de mogelijkheden om die belemmeringen op te heffen. Om draagvlak te creëren hebben wij een concept van dit advies voorgelegd aan veldpartijen en hun reacties meegenomen in dit definitieve advies.

Kortdurende zorg

Kortdurende zorg is een verzamelnaam voor een aantal zorgvormen die worden vergoed uit de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) en de *Wet langdurige zorg* (Wlz).

Onder de Zvw gaat het om de volgende zorgvormen:

- geriatische revalidatiezorg (GRZ);
- observatie, diagnostiek en behandeling in het eerstelijns verblijf (laag en hoog complexe ELV-zorg);
- laag complexe medisch-specialistische zorg met verblijf buiten het ziekenhuis (wijkkliniekszorg);
- zorgtrajecten in de eigen omgeving onder regie van de specialist ouderengeneeskunde (SO) voor analyse, diagnostiek, het opstellen en (deels) uitvoeren van een behandelplan (trajectzorg thuis onder regie van de SO).

Onder de Wlz gaat het om:

- Wlz-crisiszorg;
- de herstelgerichte behandeling bij het zorgprofiel VV9b (VV9b);
- kortdurende verblijfszorg in een Wlz-instelling.

Bij kortdurende zorg gaat het vooral, maar niet uitsluitend, om patiënten met een kwetsbare gezondheid. Het gaat bijvoorbeeld om kwetsbare ouderen en mensen met meerdere aandoeningen of cognitieve problemen.

Ontwikkelingen in en rond de kortdurende zorg

De afgelopen jaren is een aantal ontwikkelingen in gang gezet in de kortdurende zorg. Zo wordt er toegewerkt naar één tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw, waar GRZ, ELV-zorg en wijkkliniekszorg flexibel en op maat ingezet kunnen worden. Daarnaast zijn er vormen van kortdurende zorg in ontwikkeling die thuis geboden worden: ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO.

Gezien de vergrijzing en de wens van ouderen om langer thuis te blijven wonen, ligt het in de verwachting dat de vraag naar kortdurende zorg thuis en in het tijdelijk verblijf zal toenemen.

Mogelijkheden en knelpunten in de wet- en regelgeving

In grote lijnen geeft de wet- en regelgeving geen belemmeringen om het beoogde tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg onder de Zvw te realiseren. Hetzelfde geldt voor het aanbieden van kortdurende zorg thuis. Maar het toepassen van de wet- en regelgeving geeft een aantal knelpunten voor het passend inzetten van kortdurende zorg in de praktijk. Deze knelpunten hebben te maken met:

1. De regelgeving voor de toegang tot kortdurende zorg. Hieruit volgt dat mensen met een Wlz-indicatie toegang hebben tot een deel van de zorg in het beoogde tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw, maar niet tot alle zorg die daar wordt geboden. Dit heeft tot gevolg dat ELV-zorg, GRZ en wijkkliniekszorg in de praktijk

- als aparte zorgvormen aangeboden blijven worden in het tijdelijk verblijf. Dit betekent dat de zorg niet zo flexibel en op maat ingezet kan worden als de bedoeling is. Daarnaast belemmert het efficiënt gebruik van de beschikbare bedden.
2. De beperkingen die in de Zvw zijn opgenomen voor eerstelijns fysio- en oefentherapie. Deze beperkingen kunnen ertoe leiden dat mensen onnodig in het tijdelijk verblijf opgenomen worden, of daar onnodig lang opgenomen blijven. Ook kan het een belemmering vormen om fysiotherapie te betrekken bij trajectzorg thuis onder regie van de SO.
 3. Een zorgbehoefte op het grensvlak van de Zvw en Wlz. Voor mensen met een zorgbehoefte op het grensvlak van de Zvw en Wlz is de toegang tot kortdurende zorg weliswaar passend, maar niet overzichtelijk geregeld in de wet- en regelgeving. Dit gaat over thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie. Of mensen die bijna in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie en die mogelijk na afloop van de kortdurende zorg verblijf en behandeling in een Wlz-instelling nodig hebben.

Advies Zorginstituut voor passende inzet tijdelijk verblijf kortdurende zorg

Om de ontwikkelingen naar passende inzet van kortdurende zorg in het beoogde tijdelijk verblijf en thuis te bevorderen adviseert het Zorginstituut om:

- De multidisciplinaire revalidatiezorg die bij GRZ uit de Zvw wordt vergoed ook beschikbaar te maken in de Wlz. Hiervoor zou de zorg die nu beschikbaar is via het zorgprofiel VV9b onder de Wlz uitgebreid kunnen worden. Er zal dan ruimte moeten komen binnen VV9b om meer paramedische zorg in te zetten. Daarnaast zal het aantal bedden uitgebreid moeten worden. Dit heeft gevolgen voor de bekostiging.

Als dit gerealiseerd is, kan VWS besluiten lid 2 van artikel 2.5c van het *Besluit zorgverzekering* (Bzv) te laten vervallen. Mensen met een Wlz-indicatie hebben dan geen toegang meer tot GRZ in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw. Daarmee vervalt een van de belemmeringen voor het beoogde tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw.

- Te overwegen om wijkkliniekgzorg voorlopig als aparte zorgvorm te blijven aanbieden. Als separate zorgvorm geeft het geen belemmeringen voor het realiseren van het tijdelijk verblijf waar GRZ en ELV-zorg flexibel op- en afgeschaald worden. Daarnaast geeft dit ruimte voor doorontwikkeling van wijkkliniekgzorg.
- Te overwegen om de eerste 20 behandelingen fysio- en oefentherapie te vergoeden uit de Zvw, als het gaat om fysio- en oefentherapie die mensen helpt om sneller te herstellen na een opname in een zorginstelling (waaronder het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw).
- De beroepsgroepen van SO's, huisartsen en artsen verstandelijk gehandicapten (artsen VG) te verzoeken om het afwegingsinstrument voor de inzet van de verschillende vormen van kortdurende zorg te actualiseren. En om hierin ook ambulante GRZ, trajectzorg thuis onder regie van de SO en wijkkliniekgzorg op te nemen.
- Te stimuleren dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren afspraken maken over passende inzet van kortdurende zorg bij mensen met een zorgbehoefte op het grensvlak van de Zvw en Wlz.
- Doorontwikkeling van trajectzorg thuis onder regie van de SO te stimuleren, waarbij ook duidelijk wordt welke plaats paramedische en psychologische zorg hierbij hebben.

Het Zorginstituut zal de ontwikkelingen in de kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf en thuis in de Zvw blijven volgen. Jaarlijks zullen we de inzet van kortdurende zorg

monitoren en deze gegevens delen en bespreken met alle relevante partijen. Als er signalen zijn dat de regelgeving belemmerend werkt voor passende kortdurende zorg, zullen we opnieuw overwegen of aanpassing van de wet- en regelgeving vereist is. Zo willen we bewerkstelligen dat passende kortdurende zorg beschikbaar is voor iedereen die dat nodig heeft.

Afkortingen

Afkorting	Omschrijving
Arts VG	Arts voor verstandelijk gehandicapten
AZWA	Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
Blz	Besluit langdurige zorg
Bzv	Besluit zorgverzekering
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DBC	Diagnosebehandelcombinatie
ELV	Eerstelijnsverblijf
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
GZSP	Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen
HLO	Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg
IZA	Integraal Zorgakkoord
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
mpt	Modulair pakket thuis
MSZ	Medisch-specialistische zorg
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAFOZ	Advies Passende aanspraak fysio- en oefentherapeutische zorg
Pgb	Persoonsgebonden budget
Rlz	Regeling langdurige zorg
Rzv	Regeling zorgverzekering
SEH	Spoedeisende hulp
SO	Specialist ouderengeneeskunde
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
vpt	Volledig pakket thuis
VV9B	De herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging bij het zorgprofiel VV9B
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wlz-crisis GHZ	Wlz-crisis gehandicaptenzorg
Wlz-crisis VV	Wlz-crisis verpleging en verzorging
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOZO	Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Inleiding

Het ministerie van VWS heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de wet- en regelgeving voor kortdurende zorg.

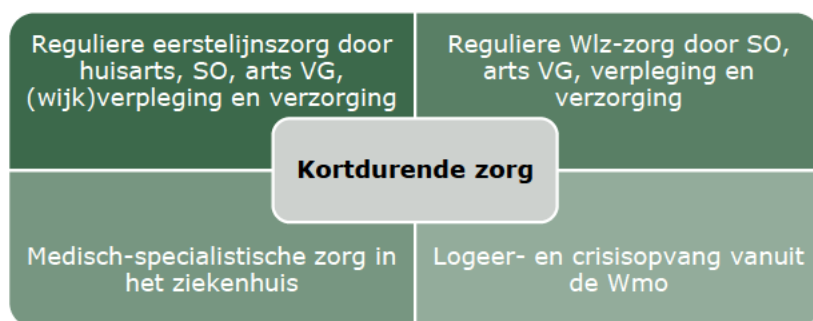
Kortdurende zorg

Kortdurende zorg is de verzamelnaam voor een aantal zorgvormen. Deze zorgvormen worden tijdelijk oftewel kortdurend ingezet als de reguliere zorg thuis niet voldoet, maar opname in het ziekenhuis niet nodig is. Het kan gaan om revalidatie- en herstellzorg voor mensen met een kwetsbare gezondheid, bijvoorbeeld na een operatie. Ook kan het gaan om observatie, diagnostiek en het opstellen van een behandelplan bij complexe problemen, zoals een onbegrepen achteruitgang in het functioneren. Daarnaast kan het gaan om een tijdelijke opname voor de behandeling van bijvoorbeeld een longontsteking.

De meeste vormen van kortdurende zorg worden geboden onder regie van de SO. Huisartsen en artsen VG spelen een rol bij een deel van de zorgvormen. Sinds kort is er ook een zorgvorm waar de medisch-specialist bij betrokken is.

Kortdurende zorg wordt vooral, maar niet uitsluitend, ingezet bij mensen met een kwetsbare gezondheid. Het gaat vaak om zorg op het grensvlak van de eerstelijns-, langdurige- en ziekenhuiszorg. Vanuit de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) en de *Wet langdurige zorg* (Wlz) zijn vormen van kortdurende zorg beschikbaar. Deze vormen kunnen ingezet worden als er een behoefte is aan geneeskundige zorg. Daarnaast is vanuit de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo) logeer- en crisisopvang beschikbaar. Deze opvang kan ingezet worden als er in de eerste plaats sprake is van een sociaal probleem.

Figuur 1 - Kortdurende zorg op het grensvlak van reguliere eerstelijns-, tweedelijns- en Wlz-zorg en opvang vanuit de Wmo



Ontwikkelingen in de kortdurende zorg

De afgelopen jaren was er een aantal ontwikkelingen in de kortdurende zorg en zijn vernieuwingen in gang gezet. Deze ontwikkelingen sluiten aan bij de afspraken die zijn gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). In 2025 is het WOZO-programma geïntegreerd in het Hoofdlijnen Akkoord Ouderen (HLO) en is het HLO onderdeel van het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). De ontwikkelingen sluiten ook aan bij de principes van passende zorg.

Tot voor kort werd kortdurende zorg altijd geboden in een tijdelijk verblijf. Tegenwoordig zijn er ook vormen van kortdurende zorg mogelijk in de eigen omgeving. Een andere ontwikkeling is dat medisch-specialistische zorg (MSZ) ingezet wordt in het kader van kortdurende zorg, via het zorgconcept 'de wijkkliniek'.

Daarnaast is de ontwikkeling in gang gezet naar één tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw. Momenteel worden de verblijfsvormen voor GRZ, ELV-zorg (diagnostiek, behandeling en herstellzorg onder regie van huisarts, SO of arts VG) en wijkkliniekgzorg apart ingekocht en aangeboden. Het is de bedoeling om de verschillende zorgvormen zoals 'kortdurende zorg

bedden' in te kopen en aan te bieden, in plaats van als aparte bedden voor GRZ, ELV-zorg en wijkkliniekgzorg. De achterliggende gedachte hierbij is dat zorg zo passender is in te zetten en dat de beschikbare bedden efficiënter worden gebruikt.

Ontwikkelingen die van invloed zijn op de kortdurende zorg

Het ligt in de verwachting dat kortdurende zorg in de toekomst vaker wordt ingezet. Er komen steeds meer thuiswonende mensen met complexe problemen en een kwetsbare gezondheid. Dit betekent dat kortdurende zorg waarschijnlijk ook vaker ingezet wordt bij mensen met een zorgbehoefte op het grensvlak van de Zvw en Wlz. Dit zijn bijvoorbeeld mensen die in aanmerking komen voor zorg uit de Wlz, maar die nog geen Wlz-indicatie hebben aangevraagd. Of mensen bij wie in de loop van het kortdurend zorgtraject duidelijk wordt dat zij niet naar huis terug kunnen, maar blijvend verblijf en behandeling in een Wlz-instelling nodig hebben. Ook komen er waarschijnlijk steeds meer mensen die met Wlz-zorg thuis wonen. Dat komt doordat mensen langer thuis willen blijven wonen. Daardoor zal kortdurende zorg waarschijnlijk ook vaker worden ingezet voor mensen met een Wlz-indicatie.

Adviesaanvraag

De ontwikkelingen in de kortdurende zorg leiden tot vragen over de huidige wet- en regelgeving. In hoeverre geeft de huidige regelgeving belemmeringen voor één tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg vergoed uit de Zvw? Biedt de huidige regelgeving ruimte voor passende kortdurende zorg thuis? Welke ruimte biedt de huidige regelgeving om verschillende vormen van kortdurende zorg passend in te zetten voor mensen zonder of met een Wlz-indicatie?

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Zorginstituut Nederland om een advies gevraagd over de kortdurende zorg.

VWS vraagt hierbij om:

1. verduidelijking van de huidige wet- en regelgeving voor de toegang tot de verschillende vormen van kortdurende zorg onder de Zvw en Wlz;
2. verduidelijking van aanspraken op de zorgonderdelen die ingezet worden bij de verschillende vormen van kortdurende zorg onder de Zvw en Wlz;
3. advies over mogelijke aanpassingen van de wet- en regelgeving die aansluiten bij de ontwikkelingen naar één tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw en naar het aanbieden van passende kortdurende zorg in de eigen omgeving.

In dit advies beantwoorden we deze vragen. De verduidelijking van de wet- en regelgeving staat in bijlagen 2, 3, 4. In de hoofdstukken gaan we in op vraag 3.

Reikwijdte van dit advies

Dit advies gaat over de wet- en regelgeving voor kortdurende zorg. Het gaat in de eerste plaats om kortdurende zorg die geregeld is vanuit de Zvw. Kortdurende zorg in de Zvw raakt echter aan kortdurende zorg in de Wlz. Daarom gaan we waar het relevant is, in op kortdurende zorg uit de Wlz. Hetzelfde geldt voor crisis- en logeeropvang uit de Wmo. In bijlage 1 geven we aan hoe deze opvang is afgebakend van kortdurende zorgvormen met tijdelijk verblijf uit de Zvw en Wlz.

Buiten de reikwijdte van dit advies vallen alle medisch-specialistische herstel- en revalidatiezorg in of vanuit een ziekenhuis, revalidatiecentrum of instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Hetzelfde geldt voor palliatief terminale zorgtrajecten die thuis of in een instelling worden geboden. En voor zorgtrajecten vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Ook de dagbehandelingen die worden bekostigd via de beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) vallen buiten de reikwijdte van dit advies.

Tabel 1 geeft een overzicht van de vormen van kortdurende zorg. Een uitgebreidere zorginhoudelijke beschrijving van de zorgvormen staat in bijlage 1.

Tabel 1 - Overzicht van vormen van kortdurende zorg

Vormen van kortdurende zorg met verblijf onder de Zvw	
Laag complexe zorg in het eerstelijns verblijf (laag complexe ELV-zorg)	Observatie, diagnostiek, behandeling, herstellende zorg met verpleging en verzorging onder regie van de huisarts, SO of arts VG in het eerstelijns verblijf.
Hoog complexe ELV-zorg	Observatie, diagnostiek, behandeling, herstellende zorg met verpleging en verzorging waarbij ook paramedische zorg en/of psychologische zorg wordt ingezet onder regie van de SO of arts VG in het eerstelijns verblijf.
Intramurale geriatrische revalidatiezorg (GRZ)	Multidisciplinaire revalidatiezorg onder regie van de SO met verblijf en verpleging en verzorging. Gericht op herstel of verbetering van functioneren thuis. Om in aanmerking te komen voor GRZ moet iemand in staat zijn reële revalidatiedoelen op te stellen, en voldoende leerbaar en gemotiveerd zijn.
Zorgconcept wijkkliniek (wijkkliniekgz)	Laag complexe medisch-specialistische behandeling met verblijf al dan niet in combinatie met zorg door de SO, onder regie van de medisch specialist en/of SO. Bedoeld voor mensen voor wie opname in het ziekenhuis niet passend of wenselijk is vanwege de kwetsbaarheid van de patiënt. Voorafgaand aan de opname is medisch-specialistische diagnostiek afgerond. De medisch-specialist stelt vast dat deze zorg geïndiceerd is. Dit zorgconcept is nog in ontwikkeling.
Vormen van kortdurende zorg zonder verblijf onder de Zvw	
Trajectzorg thuis onder regie van de SO	Observatie, diagnostiek, opstellen van een behandelplan, behandeling onder regie van de SO bij mensen met complexe problematiek, gedurende een afgebakende periode. Na afloop van het traject wordt de zorg overgedragen aan de huisarts. Deze zorg is in ontwikkeling.
Ambulante GRZ	Multidisciplinaire revalidatiezorg onder regie van de SO waarbij de patiënt thuis verblijft. Om in aanmerking te komen voor GRZ moet iemand in staat zijn reële revalidatiedoelen op te stellen, en voldoende leerbaar en gemotiveerd zijn.
Vormen van kortdurende zorg onder de Wlz	
Zorgprofiel VV9b Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een Wlz-instelling (VV9b)	Revalidatie- en herstellende zorg onder regie van de SO gericht op mensen die blijvend 24/7 zorg in de nabijheid nodig hebben. VV9b is een minder intensieve behandeling dan GRZ, er is minder paramedische zorg beschikbaar dan bij GRZ. De focus ligt niet primair op terugkeer naar huis.
Wlz-crisis Verpleging en Verzorging (Wlz-crisis VV)	Spoedopname in Wlz-instelling vanwege observatie, diagnostiek, behandeling, nagaan welke vervolgzorg en woonsetting passend is. Multidisciplinaire zorg onder regie van de SO.
Wlz-crisis Gehandicaptenzorg (Wlz-crisis GHZ)	Spoedopname in een Wlz-instelling als het niet mogelijk is om de nodige crisiszorg (observatie, diagnostiek, behandeling) thuis passend te bieden.
Kortdurende verblijfszorg in een Wlz-instelling	Tijdelijke omzetting van Wlz-verblijfsvorm van zorg thuis naar zorg in een Wlz-instelling
Zie bijlage 1 voor een uitgebreide beschrijving van de zorgvormen.	

Consultatie veldpartijen

Wij hebben een concept van dit advies voorgelegd aan veldpartijen en hun reacties meegenomen in dit definitieve advies.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 gaan we in op de ontwikkeling naar één tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg onder de Zvw waar ELV-zorg, GRZ en wijkkliniek gezamenlijk worden aangeboden. We beschrijven de mogelijkheden die er zijn om binnen de regelgeving dit tijdelijke verblijf te realiseren en om hier passende zorg te bieden. Daarnaast gaan we in op de knelpunten voor passende zorg in de praktijk die volgen uit de regelgeving. Ten slotte bespreken we oplossingen voor de knelpunten, waaronder aanpassing van de wet- en regelgeving.

In hoofdstuk 2 beschrijven we de mogelijkheden binnen de huidige wet- en regelgeving om kortdurende zorg thuis aan te bieden als dat medisch gezien kan. Ook gaan we in op knelpunten die in de praktijk kunnen optreden bij kortdurende zorg thuis. We bespreken een aantal oplossingen die ertoe kunnen bijdragen dat kortdurende zorg thuis een volwaardig passend alternatief is voor kortdurende zorg met verblijf.

Hoofdstuk 3 gaat over passende inzet van kortdurende zorg bij mensen die zich wat hun zorgbehoefte betreft bevinden op het snijvlak van de Zvw en de Wlz. We gaan in op het

onoverzichtelijke zorgaanbod dat volgt uit de regelgeving voor de toegang tot kortdurende zorg die geldt voor mensen die thuis wonen met een Wlz-indicatie. Daarnaast bespreken we dat een Wlz-indicatie aangevraagd kan worden voorafgaand, tijdens en na een kortdurend zorgtraject. Ook benoemen we het belang van goede afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over eventuele uitstroom naar verblijf in een Wlz-instelling na afloop van het kortdurend zorgtraject.

Hoofdstuk 4 omvat het advies over aanpassing van de wet- en regelgeving. Daarnaast geven we hier een aantal aanbevelingen die niet direct de regelgeving betreffen, maar wel van belang zijn voor passende inzet van kortdurende zorg.

We hebben een aantal bijlagen toegevoegd aan het rapport.

- Bijlage 1 betreft de zorginhoudelijke beschrijving van de verschillende vormen van kortdurende zorg onder de Zvw en de Wlz en van logeer- en crisisopvang onder de Wmo.
- Bijlage 2 is de verduidelijking van de huidige wet- en regelgeving wat betreft de aanspraken op (onderdelen van) zorg die ingezet wordt in het kader van kortdurende zorg in de Zvw.
- Bijlage 3 is de verduidelijking van de regelgeving van de Wlz.
- Bijlage 4 is de verduidelijking van de huidige wet- en regelgeving voor de toegang tot de verschillende vormen van kortdurende zorg die onder de Zvw en Wlz vallen.
- Bijlage 5 beschrijft de inzet van kortdurende zorg met verblijf in de praktijk op basis van de declaratiegegevens over het jaar 2023.
- Bijlage 6 vat de aanpassingen samen die we hebben aangebracht naar aanleiding van de reacties van partijen op de consultatie van een eerdere versie van dit rapport.
- Bijlage 7 is de adviesaanvraag van VWS.

1 Tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw

Tot nu toe worden de kortdurende zorgvormen met tijdelijk verblijf die onder de Zvw beschikbaar zijn als aparte zorgvormen aangeboden en bekostigd. Vanuit het programma WOZO en het IZA is er de ambitie om intramurale GRZ, ELV-zorg en zorg volgens het concept wijkkliniek niet meer apart, maar gezamenlijk aan te bieden. Het is de bedoeling om één tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw te realiseren. De achterliggende gedachte hierbij is dat de zorg in dit tijdelijk verblijf meer op maat en meer doelmatig geboden kan worden. Zo nodig kan de zorg op- en afgeschaald worden, bijvoorbeeld van ELV-zorg naar GRZ en andersom. Het beoogde tijdelijk verblijf kan zo een belangrijke schakel zijn in de spoedzorgketen voor mensen met een kwetsbare gezondheid.

Om passende zorg, inclusief het flexibel op- en afschalen van zorg, in het tijdelijk verblijf te bevorderen, werkt de NZa toe naar een nieuwe bekostigingssystematiek die geldt voor alle zorgvormen in het tijdelijk verblijf.¹ Het is de bedoeling dat deze modulaire bekostiging de aparte bekostiging voor ELV-zorg, GRZ en wijkkliniekgzorg zal vervangen. Als de drie zorgvormen in één tijdelijk verblijf gezamenlijk geboden worden en er één bekostigingsstructuur voor deze zorg komt, kunnen zorgaanbieders bedden 'kortdurende zorg' aanbieden in plaats van aparte bedden voor GRZ, ELV-zorg en wijkkliniekgzorg. Zorgverzekeraars zullen dan 'kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf' inkopen in plaats van de separate zorgvormen. Dit bevordert een efficiënter gebruik van de beschikbare bedden.

In dit hoofdstuk gaan we na in hoeverre aanpassing van de huidige wet- en regelgeving nodig is om GRZ, ELV-zorg en wijkkliniekgzorg in het beoogde tijdelijk verblijf passend in te zetten. We gaan hierbij in op de regelgeving voor de toegang tot deze zorg voor verschillende groepen mensen en op de aanspraak op de verschillende vormen van zorg en zorgonderdelen. We beschrijven eerst de mogelijkheden die er zijn binnen de wet- en regelgeving om de zorg flexibel binnen één tijdelijk verblijf in te zetten. Daarna bespreken we de knelpunten die hierbij spelen in de praktijk. Vervolgens bespreken we mogelijke oplossingen.

1.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving

De drie zorgvormen die samenkomen in het beoogde tijdelijk verblijf (ELV-zorg, GRZ en wijkkliniekgzorg) vallen zijn allemaal vormen van geneeskundige zorg onder de Zvw. Binnen de wet- en regelgeving kunnen ze aangeboden worden in één tijdelijk verblijf. De wet- en regelgeving van de Zvw geeft geen belemmeringen voor het passend inzetten en het op- en afschalen van zorg in het tijdelijk verblijf. Dat wil zeggen dat het vanuit de regelgeving mogelijk is om bijvoorbeeld eerst ELV-zorg te krijgen en daarna GRZ.

In het tijdelijk verblijf kan, als het passend is bij de reden waarvoor iemand is opgenomen, naast de medische zorg door de arts en verpleging en verzorging, ook paramedische en psychologische zorg worden ingezet als onderdeel van het kortdurend zorgtraject.

De nieuwe bekostigingssystematiek van de NZa voor de zorg in het tijdelijk verblijf sluit aan bij de huidige regelgeving.

1.1.1 Toegang tot zorg in het beoogde tijdelijke verblijf

Voor iedereen die kortdurende zorg nodig heeft waarbij ook verblijf noodzakelijk is, is er onder de huidige wet- en regelgeving een passend zorgaanbod. Een deel van dit zorgaanbod valt onder de Zvw: ELV-zorg, GRZ en wijkkliniekgzorg. Een deel valt onder de Wlz: de herstelgerichte behandeling VV9b, Wlz-crisis zorg en tijdelijk verblijf in een Wlz-instelling (zie bijlage 1).

¹ https://puc.overheid.nl/doc/PUC_758153_22/1.

Mensen zonder Wlz-indicatie hebben toegang tot alle zorg die geleverd wordt in het beoogde tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg onder de Zvw. Mensen met een Wlz-indicatie hebben toegang tot een deel van de kortdurende zorgvormen onder de Zvw: GRZ en wijkkliniekgzorg. Vanuit de Wlz is namelijk geen gelijkwaardige zorg aan wijkkliniekgzorg beschikbaar en ook de revalidatiezorg die beschikbaar is binnen de Wlz komt niet volledig overeen met GRZ (zie bijlage 1). Daarbij volgt uit lid van artikel 2.5c Bzv dat thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie en mensen die wonen in een Wlz-instelling zonder behandeling van diezelfde instelling, toegang hebben tot GRZ. Mensen met een Wlz-indicatie hebben geen toegang tot ELV-zorg. Zorg die gelijkwaardig is aan ELV-zorg is voor hen beschikbaar vanuit de Wlz. Daarom is wat betreft ELV-zorg de Wlz voorliggend op de Zvw (zie bijlage 4 voor uitleg van de voorliggendheid van de Wlz op de Zvw).

Tabel 2 geeft aan welke groepen mensen wat betreft de regelgeving toegang hebben tot de zorgvormen in het beoogde tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw.

Tabel 2 - Toegang tot zorgvormen in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg onder de Zvw

De toegang tot de zorgvormen die samenkomen in het beoogde tijdelijk verblijf onder de Zvw
Mensen zonder Wlz-indicatie hebben toegang tot: - ELV-zorg - GRZ - wijkkliniekgzorg
Thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie en mensen die wonen in een Wlz-instelling zonder behandeling van diezelfde instelling hebben toegang tot: - GRZ (op basis van lid 2 van artikel 2.5c Bzv) - wijkkliniekgzorg Zij hebben geen toegang tot ELV-zorg.
Mensen die wonen in een Wlz-instelling met behandeling van diezelfde instelling hebben toegang tot: - wijkkliniekgzorg Zij hebben geen toegang tot ELV-zorg en GRZ.
Zie bijlage 4 voor een uitgebreide uitleg van de wet- en regelgeving voor de toegang tot de verschillende vormen van kortdurende zorg.

Vanuit het perspectief van passende zorg is het van belang dat mensen met een Wlz-indicatie toegang hebben tot wijkkliniekgzorg en GRZ. Wijkkliniekgzorg is in een deel van de gevallen meer passend bij deze groep mensen dan de zorg in een ziekenhuis. Bijvoorbeeld als de zorg die nodig is niet de voorzieningen van een ziekenhuis voor intensieve zorg (IC-afdeling) of operaties vereist en als een prikkelarme omgeving wenselijk is. Binnen de Wlz is geen vergelijkbare zorg beschikbaar.

Daarnaast is het ook van belang dat thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie toegang hebben tot GRZ, met name als terugkeer naar huis na het revalidatietraject mogelijk aan de orde is. In dat geval is de revalidatiezorg die beschikbaar is onder de Wlz via het zorgprofiel VV9b minder passend. Het zorgprofiel VV9b is bedoeld voor mensen die blijvend aangewezen zijn op 24/7 zorg in de nabijheid en bij wie veelal sprake is van een beperkte regiefunctie. De revalidatiezorg bij VV9b is minder intensief dan GRZ, omvat minder paramedische zorg en de focus ligt over het algemeen niet primair op het functioneren thuis (zie bijlage 1). De declaratiegegevens over het jaar 2023 benadrukken het belang van de toegang tot GRZ voor thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie. GRZ wordt bij hen vaker wordt ingezet dan VV9b. Als GRZ bij deze groep mensen wordt ingezet resulteert dit vrijwel altijd in terugkeer naar huis (zie bijlage 5A).

1.1.2 Op- en afschalen van zorg in het tijdelijk verblijf

In de wet staan geen beperkingen voor het passend inzetten, inclusief het op- en afschalen, van de verschillende zorgvormen in het tijdelijk verblijf. De beperking voor de inzet van GRZ in aansluiting op ELV-zorg is per 1 januari 2025 komen te vervallen.²

De aanspraak op belangrijke zorgonderdelen die ingezet worden bij ELV-zorg, GRZ en wijkkliniekgzorg verschillen vrijwel niet van elkaar. Bij al deze zorgvormen kan zo nodig paramedische zorg en diagnostiek en behandeling door een psycholoog of gedragsdeskundige ingezet worden. De manier waarop de aanspraken op deze zorgonderdelen geregeld zijn in de wet, vormen geen belemmeringen voor het op- en afschalen van zorg in het tijdelijk verblijf.

1.1.3 Inzet van zorgonderdelen in het tijdelijk verblijf

Vanuit de Zvw zijn er wat de aanspraak op zorg of zorgonderdelen betreft, geen belemmeringen voor het aanbieden, inkopen en bekostigen van 'kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf' in plaats van de aparte zorgvormen.

Het doet er namelijk wat de aanspraak betreft niet toe of de behandelend arts psychologische zorg inzet in het kader van ELV-zorg, GRZ of wijkkliniekgzorg. Hetzelfde geldt voor paramedische zorg die onderdeel is van ELV-zorg, GRZ of wijkkliniekgzorg.

Hulpmiddelen kunnen op grond van verschillende aanspraken onder de verzekerde zorg in het basispakket vallen. Voor alle zorgvormen in het tijdelijk verblijf, voor ELV-zorg, GRZ en wijkkliniekgzorg, gelden hiervoor dezelfde afwegingskaders. De aanspraak op geneesmiddelen is gelijk bij ELV-zorg en intramurale GRZ. De aanspraak op geneesmiddelen die ingezet worden bij wijkkliniekgzorg verschilt hiervan, deze vallen allemaal onder de aanspraak op geneeskundige zorg (zie bijlage 2).

1.1.4 Het tijdelijk verblijf in de spoedzorgketen

Het beoogde tijdelijk verblijf maakt onderdeel uit van de spoedzorgketen voor mensen met een kwetsbare gezondheid. De wet- en regelgeving geeft geen belemmeringen voor 24/7 opnamemogelijkheden in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg. De beschikbaarheid van voldoende plaatsen (bedden) waar kortdurende zorg geboden kan worden, is niet geregeld in de Zvw en Wlz. De Zvw en Wlz gaan namelijk over de aanspraak die individuele patiënten kunnen maken op zorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen afspraken maken over de plekken die beschikbaar moeten zijn voor spoedopnames.

1.1.5 Crisis- en logeeropvang vanuit de Wmo

In principe is het mogelijk om crisis- en logeeropvang vanuit de Wmo aan te bieden in hetzelfde tijdelijk verblijf als GRZ, ELV-zorg en wijkkliniekgzorg. Deze opvang kan echter niet onder dezelfde bekostigingssystematiek vallen van de Zvw. De afbakening tussen kortdurende zorgvormen onder de Zvw en opvang vanuit de Wmo is duidelijk. Als er sprake is van tijdelijk verblijf vanwege een behoefte aan geneeskundige zorg waarvoor ELV-zorg, GRZ of wijkkliniekgzorg vereist is, valt de zorg onder de Zvw. Als opvang nodig is vanwege een sociaal probleem, valt het verblijf hiervoor onder de Wmo.

1.2 Knelpunten voor de praktijk

In de praktijk geeft de huidige wet- regelgeving voor de toegang tot ELV-zorg, GRZ en wijkkliniekgzorg knelpunten voor het bieden van passende zorg in het beoogde tijdelijk verblijf.

Om de verschillende zorgvormen flexibel en op maat in te kunnen zetten is het belangrijk dat de op- en afschalen van zorg mogelijk is. En dat dit zonder administratieve lasten kan plaatsvinden. Dit kan in de praktijk alleen als ELV-zorg, GRZ en wijkkliniekgzorg als een zorgvorm in plaats van drie separate zorgvormen aangeboden, ingekocht en vergoed worden. Ook om de beschikbare bedden zo efficiënt mogelijk te gebruiken is het van belang dat de zorgvormen niet meer separaat aangeboden en ingekocht worden.

² Zie [de nota van toelichting](#) van 2 september 2024 bij het besluit tot wijziging van artikel 2.5c Bzv. GRZ hoeft niet langer binnen een week aan te sluiten op verblijf in verband met medisch-specialistische zorg. Zie Staatsblad 2024, 247.

1.2.1 Belemmeringen om kortdurende zorg als één zorgvorm aan te bieden

Het aanbieden, inkopen en bekostigen van 'kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf' in plaats van de losse zorgvormen wordt belemmerd doordat mensen met een Wlz-indicatie geen toegang hebben tot alle zorg in het beoogde tijdelijk verblijf onder de Zvw.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat zolang mensen met een Wlz-indicatie gebruik kunnen maken van GRZ en wijkkliniekgzorg in het tijdelijk verblijf, de zorgvormen als aparte zorgvormen, onder aparte labels, aangeboden, ingekocht en bekostigd worden. Dit is een knelpunt voor het flexibel op- en afschalen zorg en efficiënt gebruik van de beschikbare bedden.

GRZ voor mensen met een Wlz-indicatie

Uit artikel 2.5c, tweede lid, van het Bzv volgt dat een deel van de mensen met een Wlz-indicatie (namelijk mensen die thuis wonen met een Wlz-indicatie en mensen die verblijven in een Wlz-instelling zonder behandeling van diezelfde instelling) opgenomen kunnen worden in het beoogde tijdelijk verblijf als zij aangewezen zijn op GRZ. Als iemand met een Wlz-indicatie GRZ ontvangt en deze zorg moet worden afgeschaald naar ELV-zorg, kan deze zorg niet uit de Zvw vergoed worden. Dit komt omdat vergelijkbare zorg in de Wlz beschikbaar is en de Wlz daarom voorliggend is op de Zvw. In sommige gevallen kan iemand dan in het tijdelijk verblijf blijven, en wordt de zorg vergoed uit de Wlz. In andere gevallen moet hij of zij dan overgeplaatst worden naar een Wlz-instelling. Dit betekent dat bij mensen met een Wlz-indicatie de zorg niet eenvoudig afgeschaald kan worden. Het gaat gepaard met ongemak voor patiënten en/of administratieve lasten.

GRZ wordt op het moment relatief weinig ingezet bij mensen met een Wlz-indicatie. Van alle GRZ-trajecten die in 2023 werden doorlopen (51.400 trajecten), betrof 4% (1.910) mensen met een Wlz-indicatie. De meeste van deze trajecten werden doorlopen door mensen die thuis wonen met een Wlz-indicatie. De groep mensen die thuis woont met een Wlz-indicatie neemt echter toe. Het ligt daarom in de verwachting dat het aantal GRZ-trajecten dat ingezet wordt bij deze groep mensen de komende jaren toeneemt. Dit betekent dat als er verder niets verandert, dit knelpunt in de toekomst vaker aan de orde zal zijn.

Wijkkliniekgzorg voor mensen met een Wlz-indicatie

Voor het afschalen van wijkkliniekgzorg naar ELV-zorg bij mensen met een Wlz-indicatie geldt hetzelfde als voor het afschalen van GRZ naar ELV-zorg. Omdat ELV-zorg niet toegankelijk is voor mensen met een Wlz-indicatie betekent het afschalen naar ELV-zorg overplaatsing naar een andere instelling of afdeling, of ELV-zorg in het tijdelijk verblijf ten laste van de Wlz. Beide opties gaan gepaard met administratieve lasten.

Het is nog niet duidelijk of afschalen van wijkkliniekgzorg naar ELV-zorg vaak aan de orde is in de praktijk. Wijkkliniekgzorg betreft vooral relatief korte behandelingen. Deze behandelingen worden uitgevoerd nadat de medisch-specialistische diagnostiek in het ziekenhuis (veelal op de SEH) is afgerond. Over het algemeen resulteert een opname in terugkeer naar huis. Gemiddeld blijven mensen 9 dagen opgenomen. Een opname voor ELV-zorg duurt gemiddeld 30 dagen, voor GRZ 40 dagen. Dit suggereert dat op- en afschalen van zorg waarschijnlijk weinig aan de orde zal zijn, tenzij zich een nieuw probleem voordoet, zoals een CVA of een fractuur.

1.3 Oplossingen van de knelpunten

Bovengenoemde knelpunten zijn een gevolg van het feit dat onder de huidige regelgeving mensen met een Wlz-indicatie opgenomen kunnen worden in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg onder de Zvw, voor GRZ en wijkkliniekgzorg.

De knelpunten kunnen deels opgelost worden door ervoor te zorgen dat aan GRZ gelijkwaardige zorg beschikbaar komt vanuit de Wlz. Mensen met een Wlz-indicatie hoeven dan geen beroep meer te doen op GRZ vanuit de Zvw. Zij zullen dan niet meer opgenomen worden in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw vanwege GRZ.

Omdat wijkkliniekgzorg medisch-specialistische zorg betreft en medisch-specialistische zorg niet onder de Wlz valt, kan het knelpunt dat volgt uit de toegang tot deze zorg voor mensen met

een Wlz-indicatie niet op deze manier opgelost kunnen worden. Daarom stellen wij voor wijkkliniek zorg voorlopig nog als separate zorgvorm te behouden.

1.3.1 Aan GRZ gelijkwaardige zorg vanuit Wlz

Als voor mensen met een Wlz-indicatie aan GRZ gelijkwaardige zorg beschikbaar komt vanuit de Wlz, zullen zij niet meer opgenomen worden in het tijdelijk verblijf vanwege GRZ. Hiermee wordt een deel van het bovengenoemde knelpunt opgelost. GRZ en ELV-zorg kunnen dan gezamenlijk ingekocht en aangeboden worden, en de zorg kan op- en afgeschaald worden als dit nodig is en de bedden kunnen doelmatig gebruikt worden. Daarbij is dan geborgd dat passende revalidatiezorg beschikbaar is voor mensen met een Wlz-indicatie.

Op dit moment is binnen de Wlz nog geen zorg beschikbaar die gelijkwaardig is aan GRZ.³ In theorie kunnen bij zorgprofiel VV9b dezelfde zorgonderdelen ingezet worden als bij GRZ, zoals medische zorg door de SO, verpleging en verzorging, paramedische zorg, hulp- en geneesmiddelen en verblijf. Maar de ruimte in de praktijk om paramedische zorg en zorg door de SO in te zetten bij VV9b is beperkter dan bij GRZ. Om zorg binnen de Wlz gelijkwaardig te maken aan GRZ, moet het zorgaanbod binnen VV9b uitgebreid worden. Daarnaast is er een uitbreiding van het aantal bedden nodig. Op basis van de declaratiecijfers over 2023 zou de capaciteit met 40% moeten uitbreiden (zie bijlage 4). Deze uitbreidingen hebben gevolgen voor de bekostiging.

Als geborgd is dat voor mensen met een Wlz-indicatie revalidatiezorg beschikbaar is onder de Wlz die zorginhoudelijk gelijkwaardig is aan GRZ en die passend is voor mensen die mogelijk terug kunnen keren naar huis, kan lid 2 van artikel 2.5c Bzv komen te vervallen. Hiermee vervalt de toegang tot GRZ vanuit de Zvw voor mensen met een Wlz-indicatie. Zolang dit niet geborgd is, blijft GRZ wettelijk gezien toegankelijk voor mensen met een Wlz-indicatie, ook als lid 2 van artikel 2.5c Bzv vervallen is. De voorliggendheid van de Wlz geldt namelijk alleen als er gelijkwaardige zorg onder de Wlz beschikbaar is.

1.3.2 Wijkkliniekszorg als separate zorgvorm

Wij stellen voor om te overwegen om wijkkliniekszorg voorlopig aan te blijven bieden als een separate zorgvorm in het beoogde tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw.

Het is namelijk niet mogelijk om mensen met een Wlz-indicatie uit te sluiten van wijkkliniekszorg. Wijkkliniekszorg is namelijk laag complexe medisch-specialistische zorg. Medisch-specialistische zorg is niet geregeld in de Wlz. Daarom kan iedereen met een Wlz-indicatie aanspraak maken op medisch-specialistische zorg vanuit de Zvw. Zorginhoudelijk gezien is het ook wenselijk dat wijkkliniekszorg toegankelijk is voor mensen met een Wlz-indicatie. Voor kwetsbare mensen kan laag complexe medisch-specialistische zorg meer passend geboden worden dan in een ziekenhuis.

Wijkkliniekszorg is nog in ontwikkeling. Momenteel wordt de laag complexe medisch-specialistische zorg al dan niet in combinatie met zorg door de SO geboden. De regie kan liggen bij de medisch specialist en/of bij de SO. De grens tussen laag complexe medisch-specialistische zorg en zorg die onder het expertisegeraad van de SO valt, is niet heel duidelijk. Mogelijk zal te zijner tijd alle wijkkliniekszorg, of een deel daarvan, steeds meer onder het expertisegeraad van de SO gaan vallen. Als te zijner tijd alle wijkkliniekszorg, zorg zoals SO's die plegen te bieden wordt, zal vergelijkbare zorg mogelijk ook binnen de Wlz beschikbaar komen, bijvoorbeeld bij VV9b.

Zolang het zorgconcept wijkkliniek nog in ontwikkeling is zou het als een aparte zorgvorm aangeboden, ingekocht en bekostigd kunnen worden. De toegang tot wijkkliniekszorg voor mensen met een Wlz-indicatie vormt dan geen belemmering voor het beoogde tijdelijk verblijf wat betreft de flexibele inzet en het efficiënte gebruik van bedden voor ELV-zorg en GRZ.

³ In het rapport '[Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet](#)' van 23 november 2021 heeft het Zorginstituut voorgesteld artikel 2.5c Bzv te laten vervallen ervan uitgaande dat deze zorg ook vanuit de Wlz geregeld zou zijn. De minister van VWS heeft het wetartikel echter niet laten vervallen omdat dit tot op heden nog niet het geval is. Zie ook [de nota van toelichting](#) van 2 september 2024 bij het besluit tot wijziging van artikel 2.5c Bzv, Staatsblad 2024, 247.

Tegelijkertijd is er dan ruimte om wijkkliniekgzorg verder te ontwikkelen in de praktijk. Als het zorgconcept uitontwikkeld is moet worden bekeken in hoeverre het medisch-specialistische zorg betreft of zorg zoals SO's die plegen te bieden. Als wijkkliniekgzorg kwalificeert als zorg zoals SO's die plegen te bieden, kan de zorg mogelijk ook binnen de Wlz beschikbaar komen. Als dat het geval is kunnen mensen met een Wlz-indicatie geen aanspraak maken op wijkkliniekgzorg in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw. De Wlz is dan voorliggend op de Zvw.

1.3.3

Niet-reële oplossing

Een andere voor de hand liggende oplossing zou zijn: aanpassing van de regelgeving, zodat mensen met een Wlz-indicatie vanuit de Zvw toegang hebben tot alle zorg die geleverd wordt in het tijdelijk verblijf. Dit is geen reële oplossing omdat het ingaat tegen het principe dat de Wlz voorliggend is op de Zvw als gelijkwaardige zorg binnen de Wlz beschikbaar is. Daarbij zou het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw dan ook toegerust moeten worden op mensen met bijvoorbeeld ernstige cognitieve problemen.

2 Kortdurende zorg thuis vanuit de Zvw

Kortdurende zorg werd tot voor kort uitsluitend met verblijf aangeboden. Het is de bedoeling dat kortdurende zorg steeds meer thuis⁴ geboden wordt als dit passend, veilig en doelmatig kan. Bij GRZ in de thuissituatie spreken we van ambulante GRZ. Bij ELV-zorg onder regie van de SO thuis, spreken we trajectzorg thuis onder regie van de SO. Wijkkliniekgzorg in de thuissituatie is (nog) niet aan de orde. Het zorgconcept wijkkliniek laten we in dit hoofdstuk buiten beschouwing, omdat deze zorg alleen in een instelling wordt geboden.

Ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO zijn deels ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door mensen de zorg thuis te bieden, kan deze beter afgestemd worden op hun functioneren thuis. Daarbij kunnen ambulante GRZ en trajectzorg thuis een deel van de opnames in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw voorkomen. Ook dragen ze ertoe bij dat als mensen opgenomen worden in het tijdelijk verblijf, ze sneller naar huis kunnen om de zorgtrajecten daar af te maken.

Ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO zijn beide nog in ontwikkeling. De beroepsgroep van SO's gaat na in welke gevallen ambulante GRZ aan de orde is en hoe deze zorg vorm te geven en te organiseren. Trajectzorg thuis onder regie van de SO wordt op verschillende manieren vormgegeven. In veel gevallen werkt de SO samen met een verpleegkundige en een psycholoog of gedragsdeskundige. Het is nog niet duidelijk in hoeverre paramedische zorg hierbij een rol speelt.

In dit hoofdstuk bespreken wij in hoeverre het mogelijk is binnen de huidige wet- en regelgeving deze vormen van kortdurende zorg passend thuis te bieden. Daarna gaan we in op knelpunten die hierbij spelen. Vervolgens bespreken we mogelijke oplossingen.

2.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving

In grote lijnen biedt de Zvw geen belemmeringen voor het bieden van ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO. Beide zorgvormen zijn vormen van geneeskundige zorg onder de Zvw. In de wet staat niet waar de zorg geleverd moet worden, in een instelling of thuis. Sinds 1 januari 2025 is de beperking voor ambulante GRZ, die voorheen opgenomen was in artikel 2.5c Bzv, niet meer van kracht. Sindsdien kan het gehele GRZ-traject ambulant geboden worden.

Voor ambulante GRZ geldt dat hierbij wat betreft de regelgeving dezelfde zorgonderdelen ingezet kunnen worden als bij intramurale GRZ. Dat betekent dat bij ambulante GRZ paramedische zorg en zo nodig psychologische zorg ingezet kunnen worden, mits deze opgenomen zijn in het behandelplan dat onder regie van de SO is opgesteld.

Bij trajectzorg thuis onder regie van de SO kunnen paramedische zorg en zorg door de psycholoog of gedragsdeskundige ook ingezet worden. Voor paramedische zorg gelden hierbij beperkingen in de aanspraak, die niet gelden voor paramedische zorg in het kader van GRZ (intramuraal en ambulant) en ELV-zorg in het tijdelijk verblijf. We gaan hier verder op in bij de knelpunten.

Voor zowel ambulante GRZ en trajectzorg onder regie van de SO geldt dat hierbij zo nodig verpleging en verzorging ingezet kan worden. Deze valt onder de aanspraak op verpleging en verzorging onder de Zvw (zie bijlage 2).⁵

2.2 Knelpunten voor kortdurende zorg thuis

Kortdurende zorg thuis is nog in ontwikkeling. De beroepsgroepen werken nu uit in welke gevallen ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO aan de orde is en hoe deze

⁴ Met thuis bedoelen we de eigen omgeving, een zelfstandige woning of een woning die deel uitmaakt van een kleinschalige woonvoorziening.

⁵ Artikel 2.10 Bzv.

zorg vormgegeven en georganiseerd wordt.⁶ Dit betekent dat nog niet volledig duidelijk is wat bijvoorbeeld de plaats is van paramedische- en zorg door een psycholoog of gedragsdeskundige. Ook is nog niet volledig duidelijk in welke gevallen kortdurende zorg thuis meer passend is dan kortdurende zorg met verblijf.

2.2.1 Afwegingsinstrument is niet actueel

Omdat ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO nog niet zo lang bestaan zijn ze niet opgenomen in het afwegingsinstrument⁷ dat de beroepsgroepen in het verleden hebben opgesteld om zorgverleners te helpen om de juiste vorm van kortdurende zorg in te zetten. Mogelijk worden mede hierdoor ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO nog niet altijd aangeboden wanneer dat passend is.

2.2.2 De plaats van paramedische- en psychologische zorg bij trajectzorg thuis

Trajectzorg thuis onder regie van de SO is nog in ontwikkeling. Het is nog niet duidelijk wat de rol van fysio- en oefentherapie nu is en in de toekomst zal zijn bij deze zorg. Vooral nog hebben we geen signalen van SO's ontvangen dat zij de beperkingen die gelden voor fysio- en oefentherapie als een knelpunt ervaren voor trajectzorg thuis. Dat neemt niet weg dat het mogelijk is dat met de doorontwikkeling van de trajectzorg thuis onder regie van de SO, paramedische zorg, waaronder fysio- en oefentherapie, een belangrijk onderdeel van deze zorg zal worden.

Ook is nog niet duidelijk wat de plaats van de gedragskundige of psycholoog in de toekomst zal zijn bij trajectzorg thuis. In welke gevallen is het passend dat de diagnostiek en behandeling door de psycholoog of gedragskundige onder regie van de SO valt? En in welke gevallen is het meer passend dat de regie bij de gedragsdeskundige of psycholoog komt te liggen, met betrokkenheid van de SO als medebehandelaar?

2.2.3 Beperkingen in de aanspraak op fysiotherapie bij trajectzorg thuis

Anders dan bij ELV-zorg in het tijdelijk verblijf en GRZ (intramuraal en ambulant) gelden voor de inzet van fysio- en oefentherapie bij trajectzorg thuis onder regie van de SO, beperkingen die volgen uit artikel 2.6 Bzv. De beperkingen houden in dat fysio- en oefentherapie voor een beperkt aantal aandoeeningen verzekerd is vanuit het basispakket. En dat voor veel van die aandoeeningen geldt dat de eerste twintig behandelingen niet worden vergoed (zie bijlage 2).

Deze beperkingen voor fysio- en oefentherapie bij trajectzorg thuis onder regie van de SO kunnen een knelpunt zijn voor kortdurende zorg thuis. Ze kunnen een prikkel zijn om mensen op te nemen voor ELV-zorg waarvan fysiotherapie een belangrijk onderdeel is, terwijl deze zorg ook thuis passend geboden zou kunnen worden. Ook zouden ze een prikkel kunnen zijn om mensen onnodig lang opgenomen te houden in het tijdelijk verblijf. Daarbij kunnen ze een belemmering vormen voor passende zorg bij trajectzorg thuis onder regie van de SO. Bijvoorbeeld als SO's geen fysio- en oefentherapie inzetten vanwege deze beperkingen, terwijl zij dat wel een belangrijk vinden.

Het is de vraag in hoeverre de beperkingen die gelden voor fysio- en oefentherapie in de praktijk daadwerkelijk een belemmering vormen voor passende zorg. Voor een aantal problemen die veel voorkomen bij ouderen valt fysio- en oefentherapie onder de Zvw. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om fysio- of oefentherapie bij artrose van de knie of heup, extrapiramidale aandoeeningen, of bij een hoog valrisico.⁸ Fysio- en oefentherapie gericht op herstel na een opname in het ziekenhuis, revalidatiecentrum of tijdelijk verblijf valt ook onder de verzekerde zorg van de Zvw. Bij een deel van deze indicaties voor fysiotherapie geldt de beperking dat de eerste twintig behandelingen zijn uitgesloten van vergoeding niet (zie bijlage 2). Dat geldt niet voor fysiotherapie ter bespoediging van herstel na een opname in het ziekenhuis of tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg. Bij deze indicatie vallen de eerste 20 behandelingen niet onder

⁶ <https://www.verenso.nl/assets/221213-kwaliteitsbeschrijving-geriatrische-revalidatiezorg-verenso.pdf>, https://www.verenso.nl/assets/Praktijkvoering_handreikingen/250328_handreiking-gzsp_def.pdf.

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/01/28/afwegingsinstrument-eerstelijns-verblijf>.

⁸ Bij een hoog valrisico valt een valpreventieve beweeginterventie onder de verzekerde zorg van de Zvw in het geval iemand vanwege onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen hiervoor aangewezen is op begeleiding door een fysio- of oefentherapeut.

de verzekerde zorg. Dit kan in sommige gevallen een reden zijn om mensen niet naar huis te laten gaan, maar langer te behandelen in het tijdelijk verblijf.

2.3 Oplossingen voor de knelpunten

Om ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO passend in te kunnen zetten is het van belang dat de beroepsgroepen het afwegingsinstrument voor kortdurende zorg actualiseren en hierin ook deze zorgvormen opnemen. Daarnaast zou het kunnen helpen als de eerste 20 behandelingen van fysio- of oefentherapie gericht op herstel na opname onder de verzekerde zorg vallen. Ook is het van belang dat met de doorontwikkeling van trajectzorg thuis onder regie van de SO er meer duidelijkheid komt over de plaats van paramedische zorg hierbij.

2.3.1 Actualisatie van het afwegingsinstrument voor kortdurende zorg

Het opnemen van ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO, inclusief de indicaties en begin- en eindpunten ervan, in het afwegingsinstrument voor kortdurende zorg zal er waarschijnlijk toe bijdragen dat deze zorgvormen passend ingezet gaan worden. Ook kan de afbakening tussen ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO hierin worden meegenomen. Zo kan het afwegingsinstrument bijdragen aan de beweging naar kortdurende zorg thuis als het kan en met verblijf als dat nodig is.

2.3.2 Nadere uitwerking van trajectzorg thuis onder regie van de SO

Op het moment is nog niet duidelijk in hoeverre de huidige wet- en regelgeving voor fysio- en oefentherapie belemmerend is voor passende trajectzorg thuis onder regie van de SO. Het is daarom van belang dat beroepsgroepen van SO's en fysiotherapeuten vaststellen in welke gevallen het passend is om fysio- en oefentherapie in te zetten bij trajectzorg onder regie van de SO. Vervolgens zal dan nagegaan moeten worden of de fysio- en oefentherapie die onder de huidige aanspraak onder de verzekerde zorg van de Zvw valt voldoet of onvoldoende is. Als deze onvoldoende blijkt te zijn kan overwogen worden om bijvoorbeeld fysio- en oefentherapie die wordt ingezet in het kader van trajectzorg thuis onder regie van de SO toe te voegen aan de indicaties voor fysio- en oefentherapie die vergoed worden uit het basispakket van de Zvw. Een voorwaarde hierbij is dat aangetoond is dat fysio- en oefentherapie als onderdeel van trajectzorg thuis onder regie van de SO voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk (Zie advies *Passende aanspraak fysio- en oefentherapeutische zorg (PAFOZ)*⁹).

Beroepsgroepen zullen te zijner tijd meer duidelijkheid kunnen geven over de plaats van de psycholoog en gedragsdeskundige bij trajectzorg thuis.

2.3.3 Vergoeding van fysiotherapie gericht op herstel na opname

Om te bevorderen dat mensen niet langer dan noodzakelijk in het tijdelijk verblijf opgenomen blijven en dat zij goed herstellen na een opname, zou het kunnen helpen dat de eerste 20 behandelingen van fysio- of oefentherapie na een opname vergoed worden. VWS zou kunnen overwegen om de beperking op de vergoeding van de eerste 20 behandelingen in het geval van fysio- of oefentherapie gericht op herstel na een opname, te laten vervallen. Het Zorginstituut heeft in het advies *Passende aanspraak fysio- en oefentherapeutische zorg (PAFOZ)*¹⁰ gezegd:

"Voor het wel weer gaan vergoeden van de eerste twintig behandelingen voor indicaties op de chronische lijst is er geen inhoudelijk advies van het Zorginstituut nodig, omdat de redenen om deze indicaties destijds van vergoeding uit te zonderen niet inhoudelijk, maar financieel waren."

⁹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2025/03/11/advies-passende-aanspraak-fysio--en-oefentherapeutische-zorg>.

¹⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2025/03/11/advies-passende-aanspraak-fysio--en-oefentherapeutische-zorg>.

3 Kortdurende zorg op het grensvlak van Zvw en Wlz

Het is belangrijk dat kortdurende zorg ook passend ingezet kan worden bij mensen die wat hun zorgbehoefte betreft, zich op het grensvlak van de Zvw en Wlz bevinden.

Het gaat hierbij om de volgende groepen mensen:

1. Mensen die thuis wonen (in een zelfstandige woning of geclusterde woonvorm) met een Wlz-indicatie;
2. Mensen die mogelijk na opname in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg uitstromen naar de Wlz;
3. Mensen die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, maar nog geen Wlz-indicatie hebben aangevraagd.

Het ligt in de verwachting dat deze groepen mensen de komende jaren groter zullen worden. Dit heeft te maken met de vergrijzing, de wens van veel mensen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. In het HLO wordt ook de ambitie uitgesproken om binnen de Wlz de volgorde aan te houden van 'thuis als het kan' in plaats van 'verblijf als vertrekpunt'.

We laten in dit hoofdstuk bij elk van bovengenoemde groepen zien welke mogelijkheden er binnen de huidige wet- en regelgeving zijn om kortdurende zorg passend in te zetten en welke belemmeringen of knelpunten er zijn. We benoemen hierbij ook mogelijke oplossingen (aanpassingen van de wet- en regelgeving of andere oplossingen) die bij kunnen dragen aan het adresseren van deze knelpunten.

3.1 Kortdurende zorg bij thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie

Mensen die thuis wonen met een Wlz-indicatie maken aanspraak op zorg uit de Zvw en de Wlz. De regelgeving voor de toegang tot de verschillende vormen van kortdurende zorg voor deze groep mensen is passend, maar onoverzichtelijk.

3.1.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving

Tabel 3 laat zien dat thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie toegang hebben tot een uitgebreid aanbod van kortdurende zorg onder de Wlz en de Zvw.

Tabel 3 - Toegang tot kortdurende zorg voor thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie

Toegang tot kortdurende zorgvormen voor thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie	
Toegang tot	Geen toegang tot
- VV9b onder de Wlz	- ELV-zorg onder de Zvw
- Wlz-crisis zorg	- Trajectzorg thuis onder regie van de SO onder de Zvw
- Tijdelijke verblijfszorg in een Wlz-instelling	
- GRZ onder de Zvw	
- Wijkkliniekgzorg onder de Zvw	

Vanuit het perspectief van passende zorg is dit een goed zorgaanbod. Mensen met een Wlz-indicatie thuis hebben toegang tot multidisciplinaire revalidatiezorg onder de Zvw en Wlz. De revalidatiezorg die beschikbaar is onder de Wlz is niet gelijkwaardig aan GRZ. Daarom is het passend dat mensen met een Wlz-indicatie toegang hebben tot GRZ. Omdat wijkkliniekgzorg ook niet beschikbaar is binnen de Wlz, is het vanuit het perspectief van passende zorg van belang dat mensen met een Wlz-indicatie toegang hebben tot wijkkliniekgzorg. De Wlz geldt dan ook niet als een wettelijk voorliggende voorziening op de Zvw.

Omdat zorg die gelijkwaardig is aan ELV-zorg en trajectzorg thuis onder regie van de SO in principe beschikbaar is onder de Wlz, is het passend dat mensen met een Wlz-indicatie geen aanspraak maken op deze zorg onder de Zvw. De Wlz is in dat geval ook wettelijk gezien een voorliggende voorziening op de Zvw.

3.1.2 Knelpunten in de praktijk

In de praktijk zijn er een aantal belemmeringen voor passende kortdurende zorg voor thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie. Een knelpunt in de praktijk is dat de regelgeving voor de toegang tot kortdurende zorg onoverzichtelijk is voor thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie. Dit komt omdat zij enerzijds toegang hebben tot kortdurende zorg onder de Wlz. Anderzijds hebben zij toegang tot een deel, maar niet tot alle vormen van de kortdurende zorg onder de Zvw. Deze onoverzichtelijkheid kan een belemmering vormen voor passende inzet van kortdurende zorg. Als zorgverleners niet goed op de hoogte zijn van de regelgeving voor de toegang, kan bijvoorbeeld onterecht VV9b ingezet worden terwijl GRZ meer passend is.

Een ander knelpunt is dat er signalen zijn dat de bekostiging vanuit de Wlz mogelijk niet voldoet om dezelfde intensiteit van zorg te bieden als bij trajectzorg thuis onder regie van de SO binnen de Zvw.

3.1.3 Oplossingen voor de knelpunten

Er wordt nagedacht over aanpassingen van de Wlz. Mogelijk zullen deze aanpassingen een oplossing bieden voor bovengenoemde knelpunten. Op dit moment is het echter nog helemaal niet duidelijk of, hoe en wanneer de Wlz aangepast zal gaan worden.

De volgende oplossingen liggen nu voor de hand.

Duidelijkheid over de toegang tot kortdurende zorg

Het is de bedoeling dat de verduidelijking van de regelgeving voor de toegang die in bijlage 4 staat ertoe bijdraagt dat deze als meer overzichtelijk wordt ervaren.

De actualisatie van het afwegingsinstrument van de beroepsgroepen voor de inzet van kortdurende kan hiertoe bijdragen (zie hoofdstuk 2, paragraaf 2.3.1).

Gelijkwaardig aanbod voor kortdurende zorg onder de Wlz

Daarbij zal het ook helpen als het aanbod voor kortdurende zorg onder de Wlz, wat betreft de zorg die geboden wordt onder regie van de SO of arts AVG, inclusief de paramedische zorg en psychologische zorg die hierbij ingezet wordt, gelijkwaardig wordt aan het aanbod van kortdurende zorg onder de Zvw.

Dat wil zeggen dat zorg die gelijkwaardig is aan (ambulante) GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO beschikbaar komt onder de Wlz. Als het aanbod voor kortdurende zorg gelijk is onder de Zvw en Wlz maken mensen met een Wlz-indicatie alleen nog maar aanspraak op deze zorg onder de Wlz (omdat de Wlz dan een wettelijk voorliggende voorziening is op de Zvw).

Een gelijkwaardig kortdurend zorgaanbod onder de Wlz vereist een aantal aanpassingen. Uitbreiding van het zorgaanbod gaat hoogstwaarschijnlijk gepaard met extra kosten. Deze kosten betreffen onder andere de meer intensieve behandeling door de SO en meer intensieve paramedische zorg bij VV9b.

Alvorens trajectzorg thuis onder regie van de SO onder de Wlz aan te gaan bieden is het verstandig om eerst te zien hoe deze zorgvormen zich ontwikkelen, en welke zorgonderdelen, met welke intensiteit hierbij essentieel zijn.

3.2 Kortdurende zorg bij mogelijke uitstroom naar de Wlz

ELV-zorg en GRZ in het tijdelijk verblijf worden veelal ingezet bij mensen die kwetsbaar zijn. Hoewel de meeste gebruikers weer naar huis terugkeren, lukt dat niet altijd. Een deel van de gebruikers van GRZ en ELV-zorg moeten na de opname in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg onder de Zvw in een Wlz-instelling gaan wonen en dus uitstromen naar de

Wlz. Uitstroom naar Wlz-verblijf wil niet zeggen dat de geleverde ELV-zorg of GRZ niet passend was.

Er zijn signalen dat mogelijke uitstroom naar de Wlz voor terughoudendheid zorgt bij zorgaanbieders om mensen met een meer kwetsbare gezondheid op te nemen. Daarnaast zijn er signalen dat op medewerkers van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) soms druk uitgeoefend wordt om een Wlz-indicatie af te geven terwijl dit het nog niet duidelijk is of iemand blijvend voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz.

3.2.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving

In de Zvw worden geen voorwaarden gesteld aan wat daadwerkelijk met zorg moet worden bereikt.¹¹ Met andere woorden: de toegang tot en het recht op bepaalde zorg is niet afhankelijk van het resultaat dat wordt bereikt. Zorgverleners kunnen dus kortdurende zorg inzetten, ongeacht de mogelijke uitstroom naar Wlz-verblijf (met behandeling).

De wet- en regelgeving schrijft niet voor wanneer de beoordeling voor de indicatiestelling gedaan moet worden. Het is aan de patiënt (al dan niet op advies van zijn zorgverlener) om te bepalen wat een goed moment is om een Wlz-indicatie aan te vragen. De indicatiestelling voor de toegang tot de Wlz kan voor, tijdens of na afloop van een revalidatie- of herstell zorgtraject worden aangevraagd. Er zijn duidelijke criteria op basis waarvan een Wlz-indicatie wordt afgegeven. Er moet sprake zijn van een blijvende behoefte aan 24 uren zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht. Als het CIZ niet kan inschatten of een persoon tijdelijk of blijvend voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz, kan op dat moment geen Wlz-indicatie afgegeven worden.

3.2.2 Knelpunten bij de uitstroom naar Wlz-verblijf

Hoewel er vanuit de wet- en regelgeving geen consequenties zijn verbonden aan uitstroom naar Wlz-zorg, is de uitstroom naar Wlz-verblijf vanuit de kortdurende zorg in de praktijk soms wel een knelpunt voor passende zorg. Mensen moeten wachten op een beschikbare plek in een Wlz-instelling, waardoor zij langer dan noodzakelijk in een tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg verblijven. Daarnaast zijn er verzekeraars die zorgaanbieders minder betalen voor de geleverde zorg als de uitstroom van GRZ naar de Wlz hoger ligt dan een bepaald percentage. Hierdoor kunnen zorgaanbieders terughoudend zijn om meer kwetsbare mensen op te nemen. Dit sluit niet aan bij passende zorg en bij de bedoeling van het zorgverzekeringsstelsel.

In de praktijk is het soms moeilijk om het juiste moment voor een Wlz-aanvraag en indicatiestelling te bepalen. Het CIZ geeft er over het algemeen de voorkeur aan om de indicatiestelling voor de toegang tot de Wlz pas in de loop van of na afloop van het ELV-zorg- of GRZ-traject te doen. Het idee hierbij is dat voorafgaand aan revalidatie- en herstell zorg het nog onvoldoende duidelijk is of iemand blijvend voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz.

Het opnemen in de regelgeving wanneer een aanvraag voor de Wlz gedaan moet worden is vanuit het perspectief van passende zorg niet wenselijk. Daarbij is het ook niet nodig. Als het nog niet duidelijk is of iemand blijvend voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz, kan een Wlz-indicatie niet afgegeven worden. Het is echter wel belangrijk dat zorgverleners en zorgaanbieders geen druk uitoefenen op het CIZ bij de indicatiestelling. Het CIZ heeft een wettelijke taak om onafhankelijk te beoordelen of een verzekerde toegang tot de Wlz heeft.

3.2.3 Oplossingen van de knelpunten

Het is van belang dat de kwetsbare groep mensen die mogelijk uitstroomt naar Wlz-zorg, zo nodig gebruik kan maken van de zorg in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders geen drempels ervaren om deze mensen op te nemen. Het zou daarom helpen als zorgverzekeraars geen financiële consequenties verbinden aan uitstroom naar de Wlz.

¹¹ In [de nota van toelichting](#) van 2 september 2024 bij het besluit tot wijziging van artikel 2.5c Bzv is dit expliciet genoemd, er staat dat bij aanvang van de behandeling er wel de verwachting zal moeten zijn dat de verzekerde functioneel herstelt en weer in de maatschappij zal kunnen participeren. Het daadwerkelijk realiseren van dit doel is niet verlangd voor vergoeding van GRZ. Zie Staatsblad 2024, 247.

De doorstroom naar een Wlz-instelling moet goed geregeld zijn, zodat mensen niet langer dan nodig is in het tijdelijk verblijf opgenomen blijven. Ook hierbij kunnen afspraken helpen tussen zorgaanbieders van kortdurende zorg en zorgaanbieders van Wlz-verblijf.

Het CIZ moet onafhankelijk en zonder druk van andere partijen de indicatiestelling kunnen verrichten. Er mag daarom geen druk op het CIZ uitgeoefend worden om een Wlz-indicatie af te geven terwijl het CIZ van mening is dat het nog niet duidelijk is dat iemand blijvend voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz. Dat neemt niet weg dat als een zorgverlener aangeeft dat iemand mogelijk in aanmerking komt voor Wlz-zorg, een verzekeraar de verzekerde kan verzoeken om een Wlz-indicatie aan te vragen bij het CIZ.

3.3 Kortdurende zorg als er nog net geen Wlz-indicatie is

Het is belangrijk dat kortdurende zorg ook passend ingezet wordt bij mensen die wel al voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz, maar die nog geen Wlz-indicatie hebben. Deze groep mensen betreft zeer kwetsbare mensen. Dit zijn bijvoorbeeld mensen van wie mantelzorgers, wijkverpleging en huisarts vinden dat het niet meer verantwoord is om thuis te wonen, maar die weigeren een Wlz-indicatie aan te vragen. Ook zijn het mensen die het alleen nog thuis kunnen redden dankzij de intensieve zorg van hun naasten. Bij deze mensen spelen soms (ernstige) cognitieve problemen en/of probleemgedrag.

Vanuit het perspectief van passende zorg is het van belang dat deze mensen als het thuis uit de hand dreigt te lopen snel opgenomen kunnen worden. Als er sprake is van ernstige cognitieve en/of gedragsproblemen is opname bij Wlz-crisis VV vaak meer passend dan opname voor ELV-zorg in het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg onder de Zvw. Wlz-crisis VV is over het algemeen beter toegerust voor de opvang en zorg voor deze zeer kwetsbare mensen dan het tijdelijk verblijf onder de Zvw.

3.3.1 Wat kan binnen de huidige wet- en regelgeving

Als sprake is van een noodsituatie die opname in een Wlz-instelling vereist, bestaat in de Wlz de mogelijkheid om een Wlz-indicatie met terugwerkende kracht af te geven¹². Er moet dan binnen twee weken een besluit worden genomen op de aanvraag. Als iemand een Wlz-indicatie ontvangt, kan deze maximaal twee weken terugwerken tot de dag van opname. Door deze terugwerkende krachtregeling kunnen mensen die nog geen Wlz-indicatie hadden met spoed Wlz-crisis zorg krijgen. Vanuit het perspectief van passende zorg is het belangrijk dat dit mogelijk is, in het geval kortdurende zorg onder de Zvw niet wenselijk of mogelijk is gezien bijvoorbeeld de ernst van de cognitieve- of gedragsproblemen.

3.3.2 Knelpunten bij de termijn voor de indicatiestelling

In de praktijk is de wettelijk vastgelegde termijn van twee weken niet altijd voldoende om een indicatiebesluit te nemen. Er kan meer tijd nodig zijn voor een beoordeling, bijvoorbeeld als er sprake is van een langaanhoudend delier. Als de Wlz-indicatie niet afgegeven wordt binnen 2 weken valt de zorg die al geleverd is en die geboden wordt tot het moment waarop de Wlz-indicatie uiteindelijk wordt afgegeven niet onder de Wlz, maar onder de Zvw.

Vanuit de praktijk zijn er signalen dat de bekostiging vanuit de Zvw hiervoor niet toereikend is, voor de intensieve zorg die geboden wordt in deze gevallen.

De declaratiegegevens van 2023 laten overigens zien dat het in de praktijk niet heel vaak voorkomt dat uiteindelijk niet een Wlz-indicatie niet wordt afgegeven. In 2023 werden 1740 Wlz-crisis zorg-trajecten ingezet bij mensen die geen Wlz-indicatie hadden. Na afloop van de Wlz-crisis zorg hadden 330 mensen hiervan (20%) geen Wlz-indicatie (zie bijlage 5A).

3.3.3 Oplossingen voor de knelpunten

Het is belangrijk dat de bekostiging vanuit de Zvw passend is bij de intensieve zorg die geboden is in die gevallen dat er geen Wlz-indicatie wordt afgegeven.

¹² Dit staat in artikel 3.2.4, lid 2 Blz.

Als de bekostiging goed geregeld is kunnen zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars afspraken maken die ervoor zorgen dat, ook in het geval het niet mogelijk blijkt te zien om de Wlz-indicatie binnen 2 weken af te geven, mensen toch de benodigde zorg blijven krijgen. Als ondanks een goede bekostiging en goede afspraken de termijn van 2 weken voor het toekennen van een Wlz-indicatie met terugwerkende kracht toch een knelpunt blijft, zou te zijner tijd mogelijk overwogen kunnen worden om de termijn aan te passen (artikel 3.2.4, lid 2 Blz).

Aanleiding voor dit advies zijn de ontwikkelingen in de kortdurende zorg die de afgelopen jaren in gang zijn gezet. Namelijk het realiseren van één tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw en het bieden van vormen van kortdurende zorg in de eigen omgeving. De vraag bij deze ontwikkelingen is in hoeverre ze mogelijk zijn binnen de wet- en regelgeving en in hoeverre deze aangepast moet worden.

De verduidelijking van de wet- en regelgeving (bijlage 2, 3 en 4) laat zien dat er in grote lijnen geen belemmeringen zijn om ELV-zorg, GRZ en wijkkliniekgzorg in te zetten in het beoogde tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg uit de Zvw. Ook blijkt uit de verduidelijking dat het binnen de wet- en regelgeving mogelijk is om kortdurende zorg thuis te bieden in de vorm van ambulante GRZ of trajectzorg thuis onder regie van een SO.

Maar de praktijk laat zien dat het toepassen van de wet- en regelgeving tot een aantal knelpunten leidt om passende zorg te bieden in het tijdelijk verblijf en thuis. We hebben in de voorgaande hoofdstukken laten zien dat de knelpunten te maken hebben met:

1. het feit dat mensen met een Wlz-indicatie wettelijk toegang hebben tot een deel van de zorg in het beoogde tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw, maar niet tot alle zorg die daar geboden (hoofdstuk 1);
2. de beperkingen die in de Zvw zijn opgenomen voor eerstelijns fysio- en oefentherapie (hoofdstuk 2);
3. een zorgbehoefte die op het grensvlak van de Zvw en Wlz ligt (hoofdstuk 3).

We hebben in de betreffende hoofdstukken een aantal aanpassingen geschetst van de wet- en regelgeving die kunnen bijdragen aan het opheffen van de belemmeringen om passende kortdurende zorg te bieden in het tijdelijk verblijf en thuis. Ook hebben we laten zien hoe mogelijke aanpassingen in de bekostiging en afspraken tussen zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars passende inzet van kortdurende zorg kunnen bevorderen.

4.1 Advies over de wet- en regelgeving

Het uitgangspunt in ons advies is dat iedereen toegang moet hebben tot de vorm van kortdurende zorg die het meest passend is. Dit geldt voor mensen die thuis wonen zonder Wlz-indicatie, thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie, mensen die verblijven in een Wlz-instelling en mensen met een zorgbehoefte op het grensvlak van de Zvw en Wlz.

4.1.1 Heldere afbakening tussen revalidatiezorg in de Zvw en Wlz

Het beoogde tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg in de Zvw vraagt om een afbakening tussen revalidatiezorg onder regie van de SO onder de Zvw en onder de Wlz. GRZ zou uitsluitend toegankelijk moeten zijn voor mensen die bij aanvang van deze zorg geen Wlz-indicatie hebben. Mensen met een Wlz-indicatie zouden toegang moeten hebben tot passende revalidatiezorg onder regie van de SO vanuit de Wlz.

We adviseren daarom om lid 2 van artikel 2.5c Bzv te laten vervallen en tegelijkertijd ervoor te zorgen dat aan GRZ gelijkwaardige zorg beschikbaar komt in de Wlz voor mensen met een Wlz-indicatie. Gelijkwaardige zorg binnen de Wlz is te realiseren door het zorgaanbod onder het zorgprofiel VV9b uit te breiden. Het is hierbij belangrijk dat er meer paramedische zorg en meer medische zorg door de SO beschikbaar zijn. Het aantal bedden voor VV9b moet dan ook met ongeveer 40 procent worden uitgebreid. Deze uitbreiding van VV9b heeft natuurlijk gevolgen voor de bekostiging. Anderzijds leidt het tot een besparing van kosten in de GRZ.

Als artikel 2.5c Bzv wordt aangepast, terwijl gelijkwaardige zorg aan GRZ nog niet beschikbaar is onder de Wlz, kunnen mensen met een Wlz-indicatie nog steeds aanspraak maken op GRZ uit de Zvw. De voorliggendheid van de Wlz geldt dan namelijk niet.

4.1.2 Fysio- en oefentherapie om opnameduur te beperken

Passende inzet van kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf betekent ook dat mensen naar huis gaan zodra dat medisch gezien kan. Fysio- en oefentherapie gericht op herstel na een opname in een zorginstelling valt onder de verzekerde zorg. De eerste 20 behandelingen worden hierbij echter niet vergoed. Als deze wel vergoed worden kunnen mensen mogelijk sneller naar huis. Daarom denken wij dat het goed is om te overwegen om in het geval van fysio- en oefentherapie gericht op herstel na opname in een zorginstelling de eerste 20 behandelingen te vergoeden uit het basispakket. Hiervoor is geen inhoudelijk advies van het Zorginstituut nodig. In het PAFOZ-rapport heeft het Zorginstituut aangegeven dat hiervoor geen inhoudelijk advies van het Zorginstituut nodig is. Een duiding is niet vereist, omdat de redenen van deze beperkingen op fysio- en oefentherapie destijds niet inhoudelijk, maar financieel waren.¹³

4.2 Andere aanbevelingen

Hieronder doen we een aantal aanbevelingen die niet over de wet- en regelgeving gaan, maar wel bijdragen aan passende kortdurende zorg.

4.2.1 Wijkkliniekgzorg behouden als separate zorgvorm

We stellen voor om wijkkliniekgzorg voorsnog als een separate zorgvorm aan te bieden in het beoogde tijdelijk verblijf. Als separate zorgvorm geeft het geen belemmeringen voor het realiseren van het tijdelijk verblijf waar GRZ en ELV-zorg (de zorgvormen die op het moment het meest ingezet worden) flexibel op- en afgeschaald worden. Daarbij is er voor de wijkkliniek als separate zorgvorm meer ruimte om deze zorg verder te ontwikkelen.

4.2.2 Actualiseren van afwegingsinstrument

We adviseren VWS om de beroepsgroepen van SO's, huisartsen en artsen VG te verzoeken om het afwegingsinstrument voor de inzet van de verschillende vormen van kortdurende zorg te actualiseren. Door duidelijkheid te bieden in welke gevallen welke vorm van kortdurende zorg ingezet moet worden en waar het eindpunt van de zorg ligt, kan het afwegingsinstrument een belangrijke factor zijn in het bevorderen van passende inzet van de kortdurende zorg.

4.2.3 Afspraken voor kortdurende zorg op het grensvlak van de Zvw en Wlz

Afspraken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen bijdragen aan meer passende zorg in de praktijk voor mensen met een zorgbehoefte op het grensvlak van de Zvw en Wlz. Het gaat om afspraken gericht op het bevorderen van een soepele uitstroom naar de Wlz na kortdurende zorg in de Zvw. En over het bieden van zorg uit de Zvw in aansluiting op een Wlz-crisisopname als er niet binnen de wettelijke termijn een Wlz-indicatie is afgegeven.

4.2.4 Doorontwikkeling van trajectzorg thuis

Trajectzorg thuis onder regie van de SO is nog in ontwikkeling en wordt op verschillende manieren vormgegeven. Het is nog niet duidelijk welke plaats paramedische zorg en psychologische zorg hierbij hebben. Daarom stellen we voor dat zorgaanbieders en beroepsgroepen ruimte wordt geboden om deze zorgvorm verder te ontwikkelen en beschrijven. Vervolgens kan dan nagegaan worden in hoeverre bijvoorbeeld de huidige beperkingen in de aanspraak die gelden voor paramedische zorg, in de praktijk belemmerend werken voor effectieve trajectzorg thuis onder regie van de SO.

4.3 Vervolg

De kortdurende zorg is ontwikkeling en zal zich in de toekomst nog verder ontwikkelen. Ook komen er in de komende jaren mogelijke veranderingen in de Wlz die invloed hebben op de kortdurende zorg. Het Zorginstituut wil deze ontwikkelingen op de voet blijven volgen en in gesprek blijven met alle betrokken partijen. We zullen jaarlijks de inzet van kortdurende zorg monitoren aan de hand van de declaratiegegevens en deze gegevens delen met alle relevante partijen. Als er signalen zijn dat de regelgeving belemmerend werkt voor passende kortdurende zorg, dan zullen we opnieuw overwegen of (verdere) aanpassing van de wet- en

¹³ [Advies - Passende aanspraak fysio- en oefentherapeutische zorg](#) | [Advies](#) | [Zorginstituut Nederland](#).

regelgeving vereist is. Zo willen we bewerkstelligen dat passende kortdurende zorg beschikbaar is voor iedereen die dat nodig heeft.

1 Bijlage 1 Zorginhoudelijke beschrijving

1.1 Kortdurende zorg in de Zvw

Tabel 1.1 - Vormen van kortdurende zorg onder de Zvw

Vormen van kortdurende zorg met verblijf onder de Zvw	
Laag complexe zorg in het eerstelijns verblijf (laag complexe ELV-zorg)	Observatie, diagnostiek, behandeling, herstellende zorg met verpleging en verzorging onder regie van huisarts, SO of arts VG in het eerstelijns verblijf.
Hoog complexe ELV-zorg	Observatie, diagnostiek, behandeling, herstellende zorg met verpleging en verzorging waarbij ook paramedische zorg en/of psychologische zorg wordt ingezet onder regie van SO of arts VG in het eerstelijns verblijf.
Intramurale geriatrische revalidatiezorg (GRZ)	Multidisciplinaire revalidatiezorg onder regie van de SO met verblijf en verpleging en verzorging. Gericht op herstel of verbetering van functioneren thuis. Om in aanmerking te komen voor GRZ moet iemand in staat zijn reële revalidatiedoelen op te stellen, en voldoende leerbaar en gemotiveerd zijn.
Zorgconcept wijkkliniek (wijkkliniekgz)	Laag complexe medisch-specialistische behandeling met verblijf al dan niet in combinatie met zorg door de SO, onder regie van de medisch specialist en/of SO. Bedoeld voor mensen voor wie opname in het ziekenhuis niet passend of wenselijk is vanwege de kwetsbaarheid van de patiënt. Voorafgaand aan de opname is medisch-specialistische diagnostiek afgerond. De medisch-specialist stelt vast dat deze zorg geïndiceerd is. Dit zorgconcept is nog in ontwikkeling.
Vormen van kortdurende zorg zonder verblijf onder de Zvw	
Trajectzorg thuis onder regie van de SO	Observatie, diagnostiek, opstellen van een behandelplan, behandeling onder regie van SO bij mensen met complexe problematiek, gedurende een afgebakende periode. Na afloop van het traject wordt de zorg overgedragen aan de huisarts. Deze zorg is nog in ontwikkeling.
Ambulante GRZ	Multidisciplinaire revalidatiezorg onder regie van de SO waarbij de patiënt thuis verblijft. Om in aanmerking te komen voor GRZ moet iemand in staat zijn reële revalidatiedoelen op te stellen, en voldoende leerbaar en gemotiveerd zijn.

Laag complexe ELV-zorg

Laag complex ELV-zorg betreft observatie, diagnostiek, behandeling of herstellende zorg met verpleging en verzorging onder regie van de huisarts, SO of arts VG met tijdelijk verblijf. De zorgvragen van patiënten bij laag complexe ELV-zorg vereisen geen multidisciplinaire aanpak. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen met een luchtweginfectie waarbij het niet mogelijk is de nodige behandeling en zorg thuis goed te bieden.¹⁴

In de terminologie van de Zvw is laag complexe ELV-zorg *medisch noodzakelijk verblijf vanwege geneeskundige zorg zoals huisartsen (SO's en artsen VG) die plegen te bieden die gepaard gaat met verpleging en verzorging*.

Hoog complexe ELV-zorg

Hoog complexe ELV-zorg is multidisciplinaire zorg en behandeling onder regie van de SO of arts VG met tijdelijk verblijf. Net als bij laag complexe ELV-zorg kan het gaan om observatie, diagnostiek, behandeling en/of herstellende zorg. De complexiteit van de zorgvraag bij hoog complexe ELV-zorg overstijgt de expertise van de huisarts. De zorgbehoefte vereist de specifieke expertise van de SO of arts VG, naast verpleging en verzorging en paramedische zorg en/of psychologische zorg. Afhankelijk van de zorgvraag omvat de paramedische zorg die ingezet wordt bij hoog complexe ELV-zorg fysio- of oefentherapie, logopedie, ergotherapie en/of diëtiëk.¹⁵ Een voorbeeld van hoog complexe ELV-zorg is observatie, diagnostiek en behandeling van een patiënt met een delier waarvoor geen medisch-specialistische zorg nodig is.

Voor de Zvw is hoog complexe ELV-zorg *medisch noodzakelijk verblijf vanwege geneeskundige zorg zoals huisartsen (in dit geval SO's en artsen VG) die plegen te bieden, die gepaard gaat*

¹⁴ [230124_Kwaliteitsbeschrijving-eerstelijnsverblijf-Verenso.pdf](#).

¹⁵ [230124_Kwaliteitsbeschrijving-eerstelijnsverblijf-Verenso.pdf](#).

met verpleging, verzorging, waarbij ook of paramedische zorg en zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden kan worden ingezet.

Intramurale geriatrie revalidatiezorg

In de kwaliteitsbeschrijving geriatrie revalidatiezorg omschrijft de beroepsgroep van SO's GRZ als *"ouderengeneeskundige gecoördineerde, multidisciplinaire behandeling voor kwetsbare ouderen en mensen met complexe multimorbiditeit die te maken hebben met een (sub)acute fysieke, cognitieve, sociale en/of psychische achteruitgang"*.¹⁶ Naast de medische zorg door de SO worden vaak verpleging en verzorging, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtetiek, psychologische zorg en maatschappelijk werk ingezet. Ook vaktherapie wordt ingezet in het kader van GRZ.

GRZ is aan de orde als enerzijds eenvoudige herstellende zorg door de huisarts en/of eerstelijns paramedische zorg, al dan niet in combinatie met wijkverpleging, niet voldoende is bij de zorgbehoefte. Anderzijds is medisch-specialistische revalidatie niet passend vanwege de complexe kwetsbaarheid van de patiënt. We spreken van complexe kwetsbaarheid als er sprake is van meerdere met elkaar samenhangende gezondheidsproblemen waarmee rekening moet worden gehouden bij de revalidatie.

Daarnaast heeft de beroepsgroep van SO's vastgesteld dat om voor GRZ in aanmerking te komen, patiënten voldoende inzicht in het mogelijke herstel van hun functioneren moeten hebben om met het behandelteam realistische revalidatiedoelen te formuleren. Daarnaast moeten mensen voldoende leerbaar en voldoende gemotiveerd zijn om het GRZ-traject te doorlopen. De beroepsgroep heeft afgesproken dat voorafgaand aan GRZ een geriatrie beoordeling verricht moet worden waarin nagegaan wordt of GRZ haalbaar en passend is voor de individuele patiënt.¹⁷

In termen van de Zvw valt intramurale GRZ onder *medisch noodzakelijk verblijf vanwege geneeskundige zorg zoals huisartsen (in dit geval SO's) die plegen te bieden, die gepaard gaat met verpleging en verzorging*. GRZ is een vorm van geneeskundige zorg die in een aparte bepaling is opgenomen in het Bzv: artikel 2.5c Bzv.

Zorgconcept wijkkliniek

Het zorgconcept wijkkliniek betreft medische behandeling met verpleging en verzorging. Over het algemeen is voorafgaand aan deze zorg de diagnostiek afgerond door de medisch-specialist, bijvoorbeeld op de SEH of de polikliniek. De medisch-specialist stelt daarbij vast dat de behandeling in principe een ziekenhuisopname vereist, maar dat het mogelijk en wenselijk is om de patiënt te behandelen in een omgeving die meer passend is voor kwetsbare ouderen en anderen met een kwetsbare gezondheid, dan het ziekenhuis. De medisch-specialist stelt de indicatie voor wijkkliniekgzorg. De behandeling betreft laag complexe medisch-specialistische zorg. De medisch-specialistische zorg kan al dan niet in combinatie met zorg door de SO geboden worden. De regie en eindverantwoordelijkheid kan liggen bij de medisch-specialist en/of de SO. Naast medische zorg door de medisch-specialist en/of SO en verpleging en verzorging kan ook paramedische en/of psychologische zorg ingezet worden bij het zorgconcept wijkkliniek.¹⁸

Voor de Zvw valt de zorg die geleverd wordt via het zorgconcept wijkkliniek onder *medisch noodzakelijk verblijf vanwege geneeskundige zorg gepaard gaand met verpleging en verzorging*. De geneeskundige zorg betreft zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'. De grens tussen laag complexe medisch-specialistische zorg en zorg die onder het expertisegeraad van de SO valt is niet heel duidelijk. Het zorgconcept is nog in ontwikkeling. Een mogelijke ontwikkeling is dat de zorg steeds meer onder het expertisegeraad van de SO gaat vallen en uiteindelijk kan worden geschaard onder een vorm van ELV-zorg.

¹⁶ [Kwaliteitsbeschrijving GRZ - Verenso](#), pagina 7.

¹⁷ [Kwaliteitsbeschrijving GRZ - Verenso](#).

¹⁸ Smorenburg S, Vernieuwing Van De Acute Ouderenzorg.

Trajectzorg thuis onder regie van de SO

Dit zijn zorgtrajecten met een duidelijk begin- en eindpunt waarin de SO veelal met een (gespecialiseerde) verpleegkundige de complexe problematiek van patiënten in kaart brengt, analyseert en diagnosticeert en vervolgens een behandelplan opstelt en (een deel) hiervan uitvoert. Zo nodig betreft de SO een psycholoog of gedragsdeskundige en/of paramedici om een deel van diagnostiek en/of behandeling uit te voeren of hierover te adviseren.

Uitgangspunt bij de inzet van deze vorm van kortdurende zorg is dat de expertise van de huisarts voor de zorg bij complexe problematiek niet toereikend is, en dat expertise van een SO al dan niet in combinatie met de expertise van een gespecialiseerde verpleegkundige en/of psycholoog vereist is. Deze zorg kan in aansluiting op een kortdurende zorgvorm met verblijf geboden worden.¹⁹

Voorbeelden van deze trajectzorg zijn MESO-zorg (Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde) en de zorg die het FACT VVT (Flexible Assertive Community Treatment Verpleging Verzorging Thuiszorg) team in de eigen omgeving biedt aan mensen met psychogeriatrische problemen.²⁰

Voor zover wij weten zijn er (nog) geen vergelijkbare kortdurende zorgtrajecten onder regie van de arts VG ontwikkeld.

Voor de Zvw valt deze vorm van kortdurende zorg wat betreft de inzet van SO onder zorg zoals huisartsen (in dit geval SO's) die plegen te bieden.

Op het moment wordt deze zorg bekostigd als geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP). De GZSP-bekostiging betreft meer dan alleen deze kortdurende zorgtrajecten. De inzet van de SO, arts VG en gedragskundige op consultbasis die bekostigd wordt vanuit de GZSP valt buiten de reikwijdte van dit rapport. Hetzelfde geldt voor zorg in een groep aan kwetsbare patiënten, patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, patiënten met de ziekte van Huntington en de zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking.

Ambulante GRZ

GRZ kan ook ambulant worden aangeboden. Bij ambulante GRZ komt de zorgprofessional aan huis en/of kan de zorg poliklinisch vanuit een instelling voor GRZ geboden worden. Een GRZ-traject kan volledig ambulant plaatsvinden. Ook kan een GRZ-traject intramuraal starten en in de eigen omgeving afgemaakt worden. De beroepsgroep van SO's gaat na in welke gevallen en onder welke voorwaarden de zorg ambulant kan plaatsvinden.

Voor de Zvw valt GRZ onder zorg zoals huisartsen (in dit geval SO's) die plegen te bieden. In het Bzv is een apart artikel voor GRZ opgenomen, artikel 2.5c Bzv.

1.2 Kortdurende zorg in de Wlz

Tabel 1.2 - Vormen van kortdurende zorg onder de Wlz

Vormen van kortdurende zorg onder de Wlz	
Zorgprofiel VV9b Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een Wlz-instelling (VV9b)	Revalidatie- en herstellende zorg onder regie van de SO gericht op mensen die blijvend 24/7 zorg in de nabijheid nodig hebben. VV9b is een minder intensieve behandeling dan GRZ. De focus ligt niet primair op terugkeer naar huis.
Wlz-crisis Verpleging en Verzorging	Spoedopname in Wlz-instelling vanwege observatie, diagnostiek, behandeling, nagaan welke vervolgzorg en woonsetting passend is. Multidisciplinaire zorg onder regie van de SO.
Wlz-crisis Gehandicaptenzorg	Spoedopname in een Wlz-instelling als het niet mogelijk is om de nodige crisiszorg (observatie, diagnostiek, behandeling) thuis passend te bieden

¹⁹ [250328_handreiking-gzsp_def.pdf](#)

²⁰ Smorenburg S, Vernieuwing Van De Acute Ouderenzorg.

Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (VV9b)

Het zorgprofiel VV9b is ontwikkeld als een vorm van herstel- en revalidatiezorg binnen de langdurige intramurale zorg. Deze zorg richt zich op herstel of verbetering van functioneren, veelal na medisch-specialistische zorg, bijvoorbeeld diagnostiek bij een beroerte of behandeling van een fractuur.

Anders dan GRZ is de zorg bij VV9b afgestemd op mensen die 24/7 zorg in de nabijheid nodig hebben, bijvoorbeeld mensen met ernstige cognitieve problemen.

Omdat bij veel van deze mensen terugkeer naar huis niet waarschijnlijk is, ligt de focus van de behandeling over het algemeen niet op het functioneren thuis. Een ander verschil met GRZ is dat de intensiteit van de behandeling bij VV9b lager is. Er is minder ruimte voor inzet van paramedische zorg beschikbaar binnen VV9b dan binnen GRZ.

Voor VV9b gelden niet de indicatiecriteria die de beroepsgroep van SO's hanteert voor GRZ. Dat wil zeggen dat VV9b ingezet kan worden bij mensen die niet in staat zijn om reële revalidatiedoelen op te stellen en niet voldoende leerbaar of gemotiveerd zijn om een GRZ-traject te doorlopen. Dit impliceert dat de zorg binnen VV9b toegerust is op mensen met ernstiger problemen met regie, psychosociaal en cognitief functioneren dan GRZ.

VV9b valt onder de verzekerde zorg van de Wlz en is beschreven in bijlage A van de Regeling langdurige zorg (Rlz). Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moet een indicatie afgeven voor dit zorgprofiel.

Wlz-crisis zorg Verpleging en Verzorging

Wlz-crisis zorg Verpleging en Verzorging (Wlz-crisis VV) is een vorm van kortdurende zorg met verblijf onder de Wlz. De beroepsgroep van SO's stelt dat Wlz-crisis VV wordt ingezet bij *"een plotselinge, ernstige ontregeling (in fysieke, sociale en psychische gesteldheid van de cliënt of van de omgeving) die een acuut onhoudbare situatie tot gevolg heeft waarvoor opname binnen 24 tot 48 noodzakelijk is om onaantoonbare gezondheidsrisico's, medische complicaties en/of ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen."*²¹

Hierbij geldt dat 24/7 toezicht en zorg in de nabijheid nodig zijn en dat de situatie niet gestabiliseerd kan worden met extra verzorging en verpleging in de eigen omgeving.

Wlz-crisis VV is bedoeld voor mensen die een Wlz-indicatie hebben en voor mensen die op zeer korte termijn (binnen 2 weken) een Wlz-indicatie zullen ontvangen. Wlz-crisis VV richt zich op patiënten met een acute zorgbehoefte bij somatische of psychogeriatrische problematiek, al dan niet probleemgedrag, zoals dwalen of agressief gedrag.

Wlz-crisis zorg VV wordt geboden onder regie van de SO. De zorg is veelal multidisciplinair. De zorg is vaak intensiever wat betreft verpleging en verzorging en betrokkenheid van de SO of psycholoog dan de zorg die geboden wordt hoog complexe ELV-zorg. Daarbij kunnen, gezien de problematiek van de doelgroep, voorzieningen nodig zijn als een slot op de deur of elektronische monitoring of bewaking. Ook kan het nodig zijn dat de instelling beschikt over personeel voor beveiliging.²²

Wlz-crisis Gehandicaptenzorg

Naast Wlz-crisis VV is er binnen de Wlz ook crisiszorg voor de gehandicaptenzorg (Wlz-crisis GHZ). Anders dan bij Wlz-crisis VV, kan Wlz-crisis GHZ met en zonder tijdelijk verblijf geboden worden.²³ In de gehandicaptenzorg bepalen crisisregisseurs of er sprake is van een crisis en of een crisis- en ondersteuningsteam (COT) moet worden ingezet of dat een crisisopname geïndiceerd is.²⁴ Wlz-crisisopnames voor de GGZ vallen buiten de reikwijdte van dit rapport.

²¹ https://www.verenso.nl/_asset/public/Nieuws/230615-Wlz-crisis zorg-bekostigingselementen-van-specialisten-ouderengeneeskunde.pdf, pagina 3.

²² Actiz, Zorginhoudelijke beschrijving Wlz-crisis zorg Verpleging & Verzorging, in het kader van het doorontwikkeltraject bekostiging Wlz-crisis zorg, 2023.

²³ Handreiking Crisiszorg, De werkwijze bij crisissituaties in de Wlz, <https://open.overheid.nl/documenten/61a4a968-6eb3-449b-889e-b31a2043cf75/file>.

²⁴ Wegwijzer complexe gehandicaptenzorg, <https://open.overheid.nl/documenten/b37ec55d-ad7d-44e1-9daa-16319271c67c/file>.

Alle vormen van Wlz-crisiszorg vallen onder de verzekerde zorg van de Wlz.

Kortdurende verblijfszorg

Soms kan het nodig zijn om de Wlz-zorg die iemand in de eigen omgeving krijgt, tijdelijk te intensiveren, bijvoorbeeld als er sprake is van een longontsteking waarbij extra monitoring vereist is of als de mantelzorger vanwege een medisch probleem tijdelijk minder zorg kan bieden. Als het niet mogelijk is om de intensivering van zorg in de eigen omgeving te organiseren en Wlz-crisiszorg niet aan de orde is, kan de leveringsvorm van Wlz-zorg omgezet worden naar Wlz-verblijf met behandeling in dezelfde instelling. In sommige gevallen vindt de opname plaats in het tijdelijk verblijf voor ELV-zorg, ten laste van de Wlz.

1.3 Logeer- en crisisopvang vanuit de Wmo

Logeer- en crisisopvang vanuit de Wmo valt buiten de reikwijdte van dit rapport. Wel geven we hier een beschrijving van deze opvang ter afbakening van de kortdurende zorg.

Het tijdelijk verblijf vanuit de Wmo is bedoeld voor mensen die vanwege een sociaal probleem niet thuis kunnen verblijven en geen andere plek hebben waar zij naar toe kunnen gaan. Tijdelijk verblijf kan met spoed aan de orde zijn, bijvoorbeeld na evacuatie vanwege een brand. We spreken dan van crisisopvang of Wmo-spoedzorg. Ook kan het gepland ingezet worden, als bijvoorbeeld een mantelzorger op vakantie gaat of vanwege een geplande operatie in het ziekenhuis is opgenomen. We spreken dan van Wmo-logeeropvang. Logeeropvang ter ontlasting van de mantelzorger is een vorm van respijtzorg.²⁵

Het onderscheid tussen logeeropvang uit de Wmo en zorg in opname in het huidige eerstelijns verblijf ligt in de reden waarom verblijf noodzakelijk is. Als er een geneeskundige reden is waarvoor verblijf noodzakelijk is, is kortdurende zorg met tijdelijk verblijf aan de orde. Als er geen geneeskundige zorgbehoefte is, maar een sociaal probleem waardoor iemand niet in zijn eigen omgeving kan blijven, kan een beroep gedaan worden op logeer- of crisisopvang in het sociale domein onder verantwoordelijkheid van de gemeente vanuit de Wmo. Dat neemt niet weg dat ook tijdens het verblijf in de Wmo zorg geboden kan worden. De wijkverpleging die iemand thuishijgt, kan voortgezet worden tijdens de logeer- of crisisopvang. De aanleiding voor het verblijf is echter dan nog steeds niet de behoefte aan zorg, maar een sociaal probleem.

Een onderzoek in opdracht van VWS toont aan dat Wmo-spoedzorg heel weinig wordt ingezet bij kwetsbare ouderen.²⁶ Bij kwetsbare ouderen en andere kwetsbare groepen staat in acute situaties waarbij het niet verantwoord is om thuis te blijven, in de meeste gevallen een behoefte aan geneeskundige zorg op de voorgrond. Als dit het geval komt deze mensen in aanmerking voor een van de kortdurende zorgvormen vanuit de Zvw of Wlz.

Voor mensen met een Wlz-indicatie valt logeeropvang onder de verzekerde zorg van de Wlz, zij hebben geen toegang tot deze opvang vanuit de Wmo.

²⁵ [handreiking-voor-het-organiseren-van-logeertzorg-voor-ouderen_3-november-2021_dsp.pdf](#).

²⁶ [Verkenning Wmo spoedzorg | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#).

2 Bijlage 2 Verduidelijking aanspraken Zvw

In deze bijlage verduidelijken we de wet- en regelgeving van de Zvw voor de aanspraken op de verschillende zorgonderdelen die in worden gezet in het kader van kortdurende zorg. We gaan hierbij in op de aanspraken op geneeskundige zorg (medische zorg, paramedische zorg en psychologische zorg), geneesmiddelen, hulpmiddelen, verblijf en verpleging en verzorging.

Het Zorginstituut heeft in het verleden de wet- en regelgeving voor kortdurende zorg wat betreft ELV-zorg, GRZ en VV9b verduidelijkt in verschillende documenten.²⁷ De verduidelijking die we hier geven is een nadere uitleg van en toelichting bij wat we in deze documenten hebben gezegd.

2.1 De regelgeving van de Zvw voor kortdurende zorg

Met de invoering van de Zvw in 2006 is één wettelijk verzekeringsregime voor alle ingezetenen van Nederland gerealiseerd. Iedereen die legaal in Nederland woont is verplicht een zorgverzekering tegen ziektekosten te hebben. Zorgverzekeraars hebben de plicht om iedereen voor de basisverzekering te accepteren. De Zvw geeft globaal aan welke risico's verzekerd zijn tegen ziektekosten.²⁸ In het Bzv en de Regeling zorgverzekering (Rzv) is dit uitgewerkt. Hierin staan de 'te verzekeren prestaties'.²⁹ Hiermee wordt aangegeven welke zorg moet zijn verzekerd.³⁰ Er is beschreven op welke zorg of diensten iemand recht heeft, tenminste voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Ook moet sprake zijn van effectieve zorg.³¹ De zorgverzekeraars leggen dit vast in de basis zorgverzekeringsspolis. Iedere burger ontleent zijn aanspraak op zorg aan de zorgverzekeringsspolis.

Niet alle zorgverleners die de zorg verlenen zijn (letterlijk) terug te vinden in de Zvw en onderliggende wet- en regelgeving. Door in het Bzv te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners ('zorg zoals die en die zorgverleners plegen te bieden') wordt de inhoud en omvang van de zorg geconcretiseerd. Het gaat - kort gezegd - om zorg die de beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg, dus zorg die de zorgverlener volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen, en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. Om te beoordelen of zorg daadwerkelijk te beschouwen is als zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, kan worden gekeken naar onder andere de richtlijnen van de beroepsgroep, beleidsdocumenten, richtlijnen van andere bestuursorganen, kwaliteitsnormen, opleidingseisen en beroepscode's.

Het begrip 'plegen te bieden' laat ruimte aan de zorgverzekeraar om in de polis te bepalen tot welke zorgverlener (wie) de verzekerde zich voor bepaalde zorg moet wenden. Een zorgverlener moet bevoegd zijn de zorg te verlenen. Een verzekeraar moet zich er wel van vergewissen dat zorgverleners daadwerkelijk in staat zijn (bekwaam zijn) de zorg op het vereiste niveau – het kwaliteitsniveau van de beroepsgroep die die zorg pleegt te bieden – te verlenen.

In de praktijk is het zo dat andere zorgverleners, zoals verpleegkundig specialisten, physician assistants, vaktherapeuten en maatschappelijk werkers, worden ingezet om onderdelen van

²⁷ De tussenrapportage eerstelijnsverblijf en de Zorgverzekeringswet van 31 maart 2015, het standpunt 'Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' van 29 maart 2016, het rapport 'Extramurale behandeling ontleed' van 31 oktober 2016, <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/08/30/stroomschemas-behandeling-voor-clienten-met-een-wlz-indicatie>, <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2021/11/23/geriatrische-revalidatiezorg-in-de-zorgverzekeringswet>.

²⁸ Zie de memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet, te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29763-3.pdf>.

²⁹ Als een te verzekeren prestatie wordt opgenomen in de zorgpolis is het tevens een 'verzekerde' prestatie. Zie de toelichting bij artikelen 10 en 11 van de Zvw in de memorie van toelichting van de Zvw, te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29763-3.pdf>.

³⁰ Dit volgt uit artikel 2.1, derde lid Bzv, een verzekerde heeft slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

³¹ De inhoud en omvang van de verzekerde zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten, dit volgt uit artikel 2.1, tweede lid Bzv.

kortdurende zorgtrajecten te leveren. Dit is dus binnen de systematiek van de Zvw mogelijk, mits deze zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn om de zorg te leveren.

2.2 Aanspraak op geneeskundige zorg

De kortdurende zorgvormen ELV-zorg, GRZ, het zorgconcept wijkkliniek, en de trajectzorg thuis onder regie van de SO, zijn allemaal vormen van geneeskundige zorg die onder de Zvw vallen. In artikel 2.4 Bzv is de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg omschreven. In de kortdurende zorg gaat het om de volgende vormen van geneeskundige zorg.

Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden

De zorg in het ELV, de GRZ, de trajectzorg thuis onder regie van de SO die vanuit de Zvw is geregeld zijn allemaal vormen van geneeskundige zorg, in de zin van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Deze zorg omvat een professioneel arsenaal aan zorg, waarvoor het arsenaal van de huisartsen als uitgangspunt dient. Dit professionele arsenaal is beschreven in richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep van de huisarts. De zorg die wordt geleverd door de SO en arts VG valt ook onder dit arsenaal. De SO en arts VG hebben een specifieke deskundigheid met betrekking tot de zorgvragen van en zorg aan bepaalde groepen, namelijk ouderen respectievelijk verstandelijk beperkten. Hun specifieke deskundigheid verrijkt het professionele arsenaal van de 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', terwijl in essentie dit arsenaal hetzelfde blijft.³² De zorg van de SO en van de arts VG valt dus onder de noemer 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden

Artikel 2.5c Bzv geeft een zorginhoudelijke omschrijving van GRZ. In 2013 is de GRZ in het Bzv opgenomen en werd met de zinsnede 'zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden' een formele plek voor de SO binnen de Zvw gecreëerd. Bij GRZ gaat het om integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals SO's die plegen te bieden. In 2016 is in het rapport 'Extramurale behandeling ontleed' geconcludeerd dat de zorg van de SO is te scharen onder de noemer 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en daarmee is het niet nodig om een basis te geven in het Bzv aan de SO.³³ Dat neemt niet weg dat de SO een specifieke deskundigheid heeft op het gebied van (kwetsbare) ouderen en mensen met complexe problematiek, die de deskundigheid van de huisarts overstijgt. De beroepsgroep van SO's heeft daarom ook eigen richtlijnen en kwaliteitsdocumenten opgesteld.

Per 1 januari 2025 is artikel 2.5c Bzv gewijzigd. Reden hiervoor was dat signalen uit de praktijk lieten zien dat de beperkende voorwaarden die in het artikel waren opgenomen voor de aanspraak op GRZ de doorontwikkeling ervan belemmerden. Met de wijziging is een aantal beperkende voorwaarden voor de aanspraak komen te vervallen. Hierdoor is het mogelijk geworden GRZ direct ambulant te verlenen of in te zetten na zorg in het ELV. De duur van de behandeling is niet meer beperkt tot maximaal zes maanden. Bij aanvang van de behandeling zal er de verwachting moeten zijn dat iemand functioneel herstelt en weer in de maatschappij zal kunnen participeren. Het daadwerkelijk realiseren van dit doel is niet verlangd voor de vergoeding van GRZ.³⁴

Zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten die plegen te bieden

Paramedische zorg die wordt ingezet in het kader van kortdurende zorg met verblijf en thuis valt ook onder de geneeskundige zorg van de Zvw. Wat hieronder valt is beschreven in artikel 2.6 Bzv. Het is zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten die plegen te bieden.

³² Zie voor een uitgebreidere uitleg het rapport 'Extramurale behandeling ontleed'. Van 31 oktober 2016, te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/10/31/extramurale-behandeling-ontleed>.

³³ Dit is ook beschreven in het rapport 'Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet van 23 november 2021, te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrische-revalidatiezorg-zvw/documenten/adviezen/2021/11/23/geriatrische-revalidatiezorg-in-de-zorgverzekeringswet>.

³⁴ Zie nota van toelichting bij het besluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering van 2 september 2024, [Staatsblad 2024, 247](https://www.staatsblad.nl/2024/247), te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2024-247.html>.

Er zijn beperkingen in de aanspraak. Zo zijn fysiotherapie of oefentherapie alleen verzekerde zorg bij bepaalde aandoeningen. Voor veel van die aandoeningen geldt dat voor volwassenen de eerste twintig behandelingen niet onder de aanspraak vallen en dus niet worden vergoed uit de Zvw. Een voorbeeld hiervan zijn extrapiramidale aandoeningen. De beperking geldt ook bij fysio- of oefentherapie die wordt gegeven na een opname in een ziekenhuis, verpleeginrichting of instelling voor revalidatie en die dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis. In sommige gevallen geldt daarnaast dat de aanspraak beperkt is tot een bepaalde periode. Bij een aantal aandoeningen geldt de beperking van de eerste twintig behandelingen niet, zoals bij een valpreventieve beweeginterventie, bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie en gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht.³⁵ Ook voor ergotherapie en diëtetiek gelden beperkingen in de aanspraak, namelijk een maximumaantal behandelingen per kalenderjaar.³⁶

Deze beperkingen in de aanspraak gelden voor paramedische zorg die in het kader van trajectzorg thuis onder regie van de SO wordt ingezet. Als paramedische zorg samenhangt met de indicatie waarvoor iemand is opgenomen in een tijdelijk verblijf gelden de beperkingen in de aanspraak niet.³⁷ Het gaat om paramedische zorg die nodig is om iemand weer in conditie te brengen of te houden en daarmee de terugkeer naar huis te bevorderen.³⁸ Bij intramurale en ambulante GRZ gelden deze beperkingen in de aanspraak ook niet.³⁹ In de GRZ speelt de SO een belangrijke rol. De SO stelt een behandelplan op en voert hierop de regie. Hierbij worden andere zorgverleners ingezet om (een deel van) het behandelplan uit te voeren, zo ook een fysio-, oefen- en ergotherapeut en de logopedist en diëtist.⁴⁰

Overzicht van mogelijke inzet van paramedische zorg bij kortdurende zorg vanuit het basispakket Zvw

	ELV-zorg	Intramurale GRZ	Wijkkliniekgzorg	Ambulante GRZ	Trajectzorg thuis onder regie van de SO
Fysio- of oefentherapie	Als de inzet samenhangt met de indicatie waarvoor iemand is opgenomen gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet	Als de inzet onderdeel is van de GRZ gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet	Als de inzet samenhangt met de indicatie waarvoor iemand is opgenomen gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet	Als de inzet onderdeel is van de GRZ gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet	De beperkingen van artikel 2.6 Bzv gelden wel.
Logopedie	Mits de inzet een geneeskundig doel heeft	Mits de inzet een geneeskundig doel heeft	Mits de inzet een geneeskundig doel heeft	Mits de inzet een geneeskundig doel heeft	Mits de inzet een geneeskundig doel heeft
Ergotherapie	Als de inzet samenhangt met de indicatie waarvoor iemand is opgenomen gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet (geen maximum aantal uren)	Als de inzet onderdeel is van de GRZ gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet (geen maximum aantal uren)	Als de inzet samenhangt met de indicatie waarvoor iemand is opgenomen gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet (geen maximum aantal uren)	Als de inzet onderdeel is van de GRZ gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet (geen maximum aantal uren)	De beperkingen van artikel 2.6 Bzv gelden wel: maximaal 10 uur per jaar

³⁵ Zie artikel 2.6, lid 2 t/m 9 en bijlage 1 van de Bzv.

³⁶ Zie artikel 2.6, lid 10 t/m 12 Bzv.

³⁷ Zie de [Nota van toelichting bij de vaststelling van het Besluit zorgverzekering \(Staatsblad 2005, 389\)](#); waarin staat dat paramedische zorg expliciet in de bepaling over verblijf is genoemd, omdat de beperkingen van artikel 2.6 Bzv niet gelden voor de paramedische zorg bij verblijf.

³⁸ Zie het standpunt '[Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet](#)' van 29 maart 2016, onder 2.4.3, waarin dit is genoemd. Dit rapport is te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/verblijf-zvw/documenten/standpunten/2016/03/29/het-eerstelijnsverblijf-binnen-de-zorgverzekeringswet>.

³⁹ Dit hebben we eerder uitgelegd in het advies '[Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet](#)' nov 2021, paragraaf 1.3.5 en hoofdstuk 4. Het gaat erom dat het multidisciplinaire revalidatiezorg is, net zoals bij medisch-specialistische revalidatiezorg, waarbij de wetgever heeft bedoeld dat de aanspraakbeperkingen niet gelden.

⁴⁰ Dit hebben wij eerder uitgelegd in het advies '[Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet](#)' nov 2021, paragraaf 1.3.5 en hoofdstuk 4. Het gaat erom dat het multidisciplinaire revalidatiezorg is, net zoals bij medisch-specialistische revalidatiezorg, waarbij de wetgever heeft bedoeld dat de aanspraakbeperkingen niet gelden.

Diëtetiek	Als de inzet samenhangt met de indicatie waarvoor iemand is opgenomen gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet (geen maximum aantal uren)	Als de inzet onderdeel is van de GRZ gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet (geen maximum aantal uren)	Als de inzet samenhangt met de indicatie waarvoor iemand is opgenomen gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet (geen maximum aantal uren)	Als de inzet onderdeel is van de GRZ gelden de aanspraakbeperkingen van 2.6 Bzv niet (geen maximum aantal uren)	De beperkingen van artikel 2.6 Bzv gelden wel: maximaal 3 uur per jaar
------------------	--	---	--	---	--

Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden

Bij het zorgconcept van de wijkkliniek wordt 'zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' aangeboden. Het gaat hier om laag complexe medisch-specialistische zorg. De grens tussen laag complexe medisch-specialistische zorg en zorg die onder het expertisegebied van de SO valt is niet heel duidelijk. Het zorgconcept is nog in ontwikkeling. Een mogelijke ontwikkeling is dat de zorg steeds meer onder het expertisegebied van de SO gaat vallen en uiteindelijk kan worden geschaard onder een vorm van ELV-zorg.

Zorg zoals klinisch-psychologen die plegen te bieden

Een andere vorm van geneeskundige zorg is 'zorg zoals klinisch-psychologen die plegen te bieden'. De inzet van een psycholoog of gedragsdeskundige bij trajectzorg onder regie van de SO in de eigen omgeving, kan worden geschaard onder 'zorg zoals klinisch-psychologen die plegen te bieden'. De psycholoog of gedragsdeskundige wordt ingezet op verzoek van de verantwoordelijke SO of arts VG en voert diagnostiek uit of verleent zorg als onderdeel van een zorgplan.⁴¹ Voor ELV-zorg en GRZ geldt hetzelfde. Deze zorg kan worden aangevuld met (andere) onderdelen van geneeskundige zorg als een huisarts (SO of AVG) dit noodzakelijk vindt. Er kan bijvoorbeeld een gedragsdeskundige worden geconsulteerd.⁴²

2.3 Aanspraak op geneesmiddelen

Een geneesmiddel kan worden vergoed ten laste van de basisverzekering op grond van de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv) of op grond van de te verzekeren prestatie farmaceutische zorg (artikel 2.8 Bzv).

De afbakening tussen de aanspraken op geneesmiddelen die worden ingezet bij kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf, wordt in de toelichting bij de wet- en regelgeving niet expliciet benoemd.⁴³ In deze paragraaf geven we daarom alleen een korte verduidelijking van de aanspraak op geneesmiddelen bij de vormen van kortdurende zorg die in dit advies worden besproken.⁴⁴

Vrijwel alle geneesmiddelen die worden ingezet bij ELV-zorg, trajectzorg thuis onder regie van de SO en (ambulante) GRZ (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden) vallen onder de aanspraak op farmaceutische zorg (artikel 2.8 Bzv). Alleen in het geval dat het geneesmiddel een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling is, valt het onder de aanspraak op geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv). Dit betreft een klein deel van de geneesmiddelen. Het gaat bijvoorbeeld om een oogdruppel die wordt gebruikt om te spiegelen bij oogonderzoek of een verdoving die nodig is om een wond te hechten.

Voor het zorgconcept wijkkliniek (medisch-specialistische zorg) geldt net als voor andere medisch-specialistische zorg dat alle geneesmiddelen die gebruikt of voorgeschreven worden tijdens het verblijf, vallen onder artikel 2.4 Bzv.

⁴¹ Dit heeft het Zorginstituut eerder uitgelegd in het rapport 'Extramurale behandeling ontleed' van 31 oktober 2016, te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/10/31/extramurale-behandeling-ontleed>.

⁴² Dit heeft het Zorginstituut uitgelegd in een brief aan de NZa 'Zorg van gedragsdeskundige binnen het eerstelijnsverblijf' van 4 december 2017, met referentie: 2017046116.

⁴³ Het tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg bestond nog niet ten tijde van de invoering van de Zvw. Daarom is hier geen rekening mee gehouden bij de toelichting op de wetgeving.

⁴⁴ Op dit moment wordt er bij VWS nagedacht over de afbakening tussen intra- en extramurale geneesmiddelen in het algemeen. Mogelijk zal te zijner tijd naar voren komen dat de verduidelijking die wij hier geven niet meer van toepassing is. Maar tot dat moment geldt de verduidelijking die wij hier geven.

2.4 Aanspraak op hulpmiddelen

Voor hulpmiddelen die ingezet worden bij kortdurende zorg met verblijf of thuis, geldt dat ze kunnen vallen onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv) of de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg (artikel 2.9 Bzv). Daarnaast kan, in het geval er sprake is van kortdurende zorg met verblijf, een hulpmiddel onder de aanspraak op verblijf (artikel 2.12 Bzv) vallen. Dit is het geval als het hulpmiddel een basisvoorziening van een instelling is, of als het hulpmiddel als verband- of verzorgingsmiddel wordt gebruikt bij verpleging en verzorging in een instelling. Als een hulpmiddel niet onder een van deze aanspraken valt dan is het geen verzekerde zorg en moet iemand een hulpmiddel zelf betalen. In de volgende paragrafen gaan we iets dieper op de verschillende aanspraken in.

Hulpmiddelen onder de aanspraak geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv)

Als een hulpmiddel persoonsgebonden is en tijdelijk wordt ingezet als noodzakelijke toepassing van de geneeskundige behandeling kan het hulpmiddel onder de aanspraak op geneeskundige zorg vallen. Een voorbeeld hiervan is tape of een spalkje dat wordt gebruikt bij een revalidatiebehandeling in het kader van GRZ of bij fysiotherapie bij ELV-zorg of in de eigen omgeving.⁴⁵

Een uitwendig gedragen hulpmiddel kan ook onder de prestatie geneeskundige zorg vallen, als het wordt ingezet onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist (en daarbij dus sprake is van 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden') en als de behandeling met of de inzet van het hulpmiddel:

- tijdelijk is en een verzekerde onder controle blijft van een medisch specialist; en/of
- permanent is (in de zin van levenslang is), maar vervanging plaatsvindt door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist; en/of
- permanent is, maar door de aard van het hulpmiddel een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn.⁴⁶

In de kortdurende zorg kan hiervan sprake zijn. Een hulpmiddel is bijvoorbeeld ingezet bij een behandeling in het ziekenhuis en een verzekerde bevindt zich niet meer in het ziekenhuis, maar maakt nog wel gebruik van het hulpmiddel. Dit kan voorkomen tijdens kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf of in de eigen omgeving. Het gaat bijvoorbeeld om therapeutische elastische kousen die tijdelijk worden ingezet in verband met de nabehandeling van het verwijderen van spataderen of een mammaprothese die tijdelijk als verbandmiddel wordt gebruikt kort na een operatie en gedurende het genezingsproces.⁴⁷ Dit hulpmiddel valt dan nog onder de prestatie geneeskundige zorg (en wordt bekostigd uit de DBC van het ziekenhuis).

Hulpmiddelen onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg (artikel 2.9 Bzv)

Een aantal hulpmiddelen kan verzekerde zorg zijn vanuit de Zvw omdat het soort hulpmiddel door de minister is aangewezen en is opgenomen in de Rzv.⁴⁸ We zullen deze hulpmiddelen

⁴⁵ Dit leiden wij af uit de [nota van toelichting](#) bij de artikelen 2.4 en 2.10 Bzv, bij de vaststelling van het Bzv, [Staatsblad 2005, 389](#), te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2005-389.pdf>. Dit is ook benoemd in het document 'Hulpmiddelen tijdens en na geriatrische revalidatiezorg' van 26 januari 2015. Hierin staat dat een hulpmiddel dan valt onder de aanspraak GRZ (dit is de aanspraak op de geneeskundige zorg). In de hierna genoemde rapporten uit 2009 en 2012 (voetnoot 46) is hier niet op ingegaan. Ten tijde van die rapporten waren ELV-zorg en de GRZ nog niet geregeld in de Zvw.

⁴⁶ Het Zorginstituut heeft in het verleden verduidelijkt wanneer een hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg, in de zin van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, valt, en wanneer onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg, zie hiervoor de rapporten 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' van 25 augustus 2009 en 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden- deel 2' van 22 november 2012 met bijbehorend stroomschema. Te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/hulpmiddelen-algemeen-zvw>. ELV-zorg en de GRZ waren toen nog geregeld in de AWBZ en niet in de Zvw. In de rapporten zijn deze vormen van geneeskundige zorg niet aan de orde gekomen. In de rapporten is wel benoemd dat een uitwendig gedragen hulpmiddel valt onder de prestatie hulpmiddelenzorg (mits opgenomen in de Regeling zorgverzekering paragraaf Hulpmiddelenzorg), wanneer het gebruik van het hulpmiddel plaatsvindt op voorschrift van de huisarts of een andere zorgverlener uit de eerste lijn.

⁴⁷ Zie de [nota van toelichting](#) bij artikel 2.6, lid 1, onderdeel m, bij de vaststelling van de Rzv, Staatscourant 5 september 2005, nr. 171 en de [nota van toelichting](#) bij artikel 2.8 Rzv bij een wijziging van de Rzv, Staatscourant 2009, nr. 11487, waaruit dit ook volgt, deze stukken zijn te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2005-171-p15-SC71392.html> en <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2009-11487.html>.

⁴⁸ Een hulpmiddel wordt alleen vergoed als een (soort) hulpmiddel is opgenomen in de Regeling zorgverzekering, als een verzekerde voldoet aan de eventuele (indicatie)voorwaarden, en als een verzekerde redelijkerwijs op het hulpmiddel is

hier niet allemaal benoemen, maar we geven wel een paar voorbeelden. Het gaat bijvoorbeeld om (het gebruik van) verbandmiddelen als sprake is van een complexe wond of een hoog risico daarop, of van ernstige littekens of een chronische huidaandoening.⁴⁹ Het kan ook gaan om incontinentiemateriaal dat wordt gebruikt bij een chronische vorm van incontinentie die niet vanzelf geneest dan wel niet binnen afzienbare tijd afdoende behandeld kan worden.⁵⁰ Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed of die worden gebruikt om de zelfredzaamheid te behouden, vallen soms ook onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg. Deze hulpmiddelen zijn genoemd in artikel 2.17 Rzv. Het gaat bijvoorbeeld om bedden in een speciale uitvoering met de daarvoor bestemde matrassen, bedhekken, bedrugsteunen, bedbeschermende onderleggers of infuusstandaarden.⁵¹ Ook hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het zich wassen of zorgdragen voor de toiletgang kunnen vallen onder de aanspraak hulpmiddelenzorg.⁵²

Hulpmiddelen onder de aanspraak op verblijf (artikel 2.12 Bzv)

Een aantal hulpmiddelen kan onder de aanspraak op verblijf vallen en is op grond van die prestatie verzekerde zorg vanuit de Zvw. Het gaat om hulpmiddelen die kunnen worden gezien als standaardvoorziening waarmee een instelling moet zijn uitgerust. Het gaat om middelen die nodig zijn om de doelgroep waarop een instelling zich richt verantwoorde en adequate zorg te kunnen leveren tijdens het verblijf.⁵³ In het algemeen betreft het voorzieningen die voor meerdere mensen, eventueel achtereenvolgens, bruikbaar zijn. De middelen behoren tot de gebruikelijke inventaris of basisuitrusting van een instelling. We noemen dit outillagemiddelen.⁵⁴ Wat hiertoe behoort is afhankelijk van de doelgroep(en) van de instelling. Het gaat om middelen waarvan te verwachten is dat de doelgroep die redelijkerwijs met enige regelmaat nodig heeft (voorzienbaarheid). In een instelling voor eerstelijnsverblijf kan het bijvoorbeeld gaan om hoog-laag bedden, rollators, bloeddrukmeters, rolstoelen (modulair aanpasbaar). In een instelling die GRZ aanbiedt kan het ook gaan om revalidatiehulpmiddelen, zoals loopbanden.

Ook verband- en verzorgingsmiddelen die in het kader van verzorging en verpleging tijdens het verblijf worden gebruikt kunnen onder de aanspraak op verblijf vallen. Deze middelen zijn nodig om verantwoorde en adequate zorg te kunnen leveren. Het gaat hier om uitwendige verbruikshulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld verbandmiddelen, incontinentiemateriaal en stomamateriaal.⁵⁵

2.5 Aanspraak op verblijf vanwege kortdurende zorg

Het verblijf waar de verschillende vormen van kortdurende zorg onder de Zvw geboden worden is in artikel 2.12 Bzv omschreven. Het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg en dat gepaard kan gaan met verpleging, verzorging of paramedische zorg. De aanspraak op verblijf is alleen aan de orde als dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg. Dit betekent dat naast dat iemand aangewezen moet zijn op een vorm van geneeskundige zorg, zoals bijvoorbeeld diagnostiek of behandeling onder regie van de SO, hij of zij ook aangewezen moet zijn op verblijf. Het verblijf moet noodzakelijk zijn om die geneeskundige zorg passend te kunnen bieden. Dit wil zeggen dat

aangewezen. Een aantal hulpmiddelen is een 'algemeen gebruikelijke voorziening' en is geen verzekerde zorg uit het basispakket. Meer informatie over hulpmiddelen staat op de website van het Zorginstituut.

⁴⁹ Dit volgt uit de artikelen 2.6 en 2.18 Rzv, zie ook de toelichting bij de wijziging van de Rzv van 1 januari 2015, Staatscourant 2014, nr. 18640, te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2014-18640.pdf>.

⁵⁰ Dit volgt uit de artikelen 2.6 en 2.11 Rzv en de toelichting bij de wijziging van de Regeling zorgverzekering van 1 januari 2021, Staatscourant 2010, nr. 11513, te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2010-11513.pdf>.

⁵¹ Dit volgt uit artikel 2.6 Rzv, onder j en artikel 2.17 Rzv.

⁵² Dit volgt uit de artikelen 2.6 Rzv onder e en 2.12 Rzv.

⁵³ De middelen vallen onder de aanspraak op verblijf. In afwijking van het document: [Hulpmiddelen tijdens en na geriatrische revalidatiezorg \(GRZ\)](#) van 26 januari 2015, zeggen wij dat outillagemiddelen en uitwendige verbruikshulpmiddelen die tijdens het verblijf worden gebruikt onder de prestatie verblijf vallen en niet onder de prestatie geneeskundige zorg (in voornoemd document staat de 'aanspraak van de GRZ'). Reden hiervoor is dat de voorzieningen samenhangen met de zorg die geleverd wordt in een verblijfssetting. Als deze middelen onder de prestatie geneeskundige zorg zouden vallen, zouden ze ook in een thuissituatie vanuit deze aanspraak moeten worden vergoed. Dat is niet het geval. Zoals in deze bijlage wordt beschreven vallen deze middelen in een thuissituatie soms onder de aanspraak van de hulpmiddelenzorg.

⁵⁴ Wat outillagemiddelen zijn hebben we eerder uitgelegd in het document: 'Hulpmiddelen tijdens en na geriatrische revalidatiezorg (GRZ)' van 26 januari 2015, te raadplegen via:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2015/01/26/hulpmiddelen-tijdens-en-na-geriatrische-revalidatiezorg>.

⁵⁵ De middelen vallen onder de aanspraak op verblijf. Hier geven wij een andere uitleg dan in het document: 'Hulpmiddelen tijdens en na geriatrische revalidatiezorg (GRZ)' van 26 januari 2015.

zorg in de eigen omgeving plaats moet vinden als dat kan, en met verblijf geboden kan worden als dat noodzakelijk is.

Bepaalde diensten, zoals maatschappelijk werk of geestelijke verzorging, kunnen als praktische voorziening worden aangeboden door een instelling. Deze dienstverlening wordt dan net als het eten en drinken en het bed geboden bij het verblijf en is dan geen onderdeel van de geneeskundige zorg.

2.6 De aanspraak op verpleging en verzorging

Voor verpleging en verzorging bij kortdurende zorg met verblijf (ELV-zorg, intramurale GRZ en wijkkliniekgzorg) geldt dat deze zorg valt onder de aanspraak op verblijf (artikel 2.12 Bzv).

Verpleging en verzorging in de eigen omgeving die wordt ingezet bij ambulante GRZ en trajectzorg thuis onder regie van de SO valt onder artikel 2.10 Bzv. De zorg moet verband houden met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

Als in het kader van trajectzorg thuis onder regie van de SO, een verpleegkundige (bijvoorbeeld een gespecialiseerde verpleegkundige of een verpleegkundig specialist) zorg biedt die valt onder zorg zoals huisartsen (SO's) die plegen te bieden, valt die zorg onder de aanspraak op geneeskundige zorg door de SO.

3 Bijlage 3 Verduidelijking regelgeving Wlz

De Wlz richt zich op mensen die blijvend aangewezen zijn op zorg vanwege somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuigelijke handicap. Mensen hebben recht op zorg op grond van de Wlz als zij vanwege die aandoening, beperking of handicap blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht om escalatie of ernstig nadeel voor zichzelf te voorkomen, of als zij blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid om ernstig nadeel voor zichzelf te voorkomen. Het gaat om mensen met fysieke problemen of zware regieproblemen. Net als bij de Zvw geldt dat iemand redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg om er recht op te hebben. Ook moet sprake zijn van doelmatige en verantwoorde zorg.⁵⁶

3.1 De indicatiestelling en zorgprofielen

Voor de Wlz-zorg geldt dat iemand een Wlz-indicatie nodig heeft om gebruik te kunnen maken van deze zorg. Dat betekent dat iemand moet voldoen aan de hierboven beschreven toegangscriteria van de Wlz. Het CIZ stelt na onderzoek vast of iemand daaraan voldoet. Zo ja, dan stelt het CIZ ook vast wat de zorgbehoefte is en wat het bij deze zorgbehoefte best passende zorgprofiel is. Dit is de indicatiestelling. De zorgprofielen zijn opgenomen en beschreven in bijlage A van de Rlz.⁵⁷ Een indicatiebesluit is in de meeste gevallen voor onbepaalde tijd geldig.

Iemand met een Wlz-indicatie heeft altijd recht op verblijf, maar hoeft daar niet (altijd) gebruik van te maken. Als de geïndiceerde zorg op verantwoorde wijze bij iemand thuis kan worden verleend, kan hij of zij kiezen voor een andere leveringsvorm.⁵⁸ Iemand met een Wlz-indicatie kan thuis zorg ontvangen door middel van een volledig pakket thuis (vpt) of een modulair pakket thuis (mpt)⁵⁹, of iemand kan een persoonsgebonden budget (pgb) ontvangen waarmee hij zelf bepaalde vormen van zorg regelt en betaalt (pgb-Wlz), zoals persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging en ook het schoonhouden van de woonruimte.⁶⁰

3.2 De inhoud van Wlz-zorg

De verzekerde zorg in de Wlz kan bestaan uit een integraal pakket van zorg dat (onder andere) kan omvatten: verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, een Wlz-behandeling, algemene medische zorg, farmaceutische zorg, het gebruik van hulpmiddelen en vervoer naar begeleiding en behandeling in dagdelen.⁶¹

Vanuit de Wlz kan ook paramedische zorg ingezet worden als onderdeel van het integrale zorg pakket van de Wlz. Voorwaarde hierbij is dat het gaat om 'specifieke zorg'. Hier is sprake van als er specifieke kennis of vaardigheden nodig zijn om de doelgroep te behandelen of deze niet los is te zien van de integrale zorg.

Een verzekerde die verblijf en behandeling in dezelfde instelling ontvangt, heeft aanvullend recht op een aantal zorgvormen ten laste van de Wlz.⁶² Dit betreft:

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard.
- behandeling van een psychische stoornis;
- medicijnen en andere farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen;
- tandheelkundige zorg;
- speciale kleding.

⁵⁶ Zie artikelen 3.2.1. Wlz en 3.1.1. Blz en de nota van toelichting bij het Besluit langdurige zorg, Staatsblad 2014, nr. 520, te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2014-520.html>. Of sprake is van doelmatige en verantwoorde zorg wordt mede bepaald door de stand van wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

⁵⁷ Zie bijlage A bij de Rlz, te raadplegen via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2025-03-20/0#BijlageA>.

⁵⁸ Zie artikel 3.1.1 Wlz en de memorie van toelichting Wlz onder 2.4.1, te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33891-3.pdf>.

⁵⁹ Dit staat in artikel 3.3.2 Wlz.

⁶⁰ Dit staat in artikel 3.3.3 Wlz, de Wlz-behandeling valt hierbuiten.

⁶¹ Dit staat in artikel 3.1.1 Wlz.

⁶² Dit staat in artikel 3.1.1, eerste lid, onder d Wlz.

3.3 Kortdurende zorg vanuit de Wlz

Het zorgprofiel Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (VV9b) houdt een tijdelijke herstelgerichte behandeling in die doorgaans wordt ingezet na een ziekenhuisopname. Het gaat om zorg met verblijf in een instelling.⁶³ De geldigheidsduur van het indicatiebesluit is ten hoogste zes maanden.⁶⁴ Zorginhoudelijk betreft dit ouderengeneeskundige revalidatiezorg.

In de Wlz is tijdelijke opname ook mogelijk, voor zover het gaat om mensen die voor de Wlz geïndiceerd zijn. Het kan daarbij gaan om een verzekerde die met een vpt, mpt of pgb thuis woont, maar die als gevolg van een veranderde thuissituatie of behoefte aan zorg tijdelijk is aangewezen op verblijf en behandeling in een instelling. Deze opname kan gepland zijn of ongepland in geval van spoed. Als een zorgbehoefte blijvend verandert en een indicatie niet meer passend is, kan bij het CIZ een herindicatie worden aangevraagd.

Het CIZ heeft in principe zes weken om te beslissen op een aanvraag voor toegang tot de Wlz en Wlz-zorg en een indicatiebesluit af te geven. In het geval van bijzondere omstandigheden kan iemand opgenomen worden in een Wlz-instelling zonder een indicatiebesluit van het CIZ. Het kan hierbij gaan om een plotseling onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie of het wegvallen van een mantelzorger waardoor iemand met spoed moet worden opgenomen in een Wlz-instelling. Het indicatiebesluit wordt dan binnen twee weken genomen. Als uit het indicatiebesluit volgt dat iemand op Wlz-zorg is aangewezen, werkt het indicatiebesluit in dat geval terug tot en met de dag waarop het verblijf is aangevangen, met een maximum van twee weken. De indicatiestelling van het CIZ met terugwerkende kracht is alleen bedoeld voor verblijf in een instelling.⁶⁵

⁶³ Dit staat in artikel 5.2. Rlz, zie ook de toelichting bij een wijziging van de Rlz in de Staatscourant, 2019, 70431, te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2019-70431.pdf>.

⁶⁴ In artikel 3.2, lid 3 Rlz is de geldigheidsduur van een indicatiebesluit voor dit zorgprofiel vastgesteld op ten hoogste zes maanden.

⁶⁵ Dit staat in artikel 3.2.4 Blz. Zie ook nota van toelichting bij een wijziging van artikel 3.2.4, lid 2 Blz, Staatsblad 2021, 341, te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2021-341.html>.

4 Bijlage 4 Verduidelijking toegang tot kortdurende zorg

Iedereen die vanwege zijn zorgbehoefte aangewezen is op kortdurende zorg, heeft toegang tot een passende vorm van kortdurende zorg. De toegang tot de vormen van kortdurende zorg die beschikbaar zijn vanuit de Zvw en Wlz is echter niet voor iedereen gelijk. In deze bijlage verduidelijken we de wet- en regelgeving voor de toegang tot de vormen van kortdurende zorg.

Het Zorginstituut heeft in het verleden de wet- en regelgeving voor kortdurende zorg wat betreft ELV-zorg, GRZ en VV9b verduidelijkt in verschillende documenten⁶⁶. De verduidelijking die we hier geven komt overeen met wat we eerder hebben gezegd over de toegang tot kortdurende zorg.

4.1 Toegang tot kortdurende zorg vanuit de Zvw

Kortdurende zorg die ten laste komt van de Zvw is niet in alle gevallen voor iedereen toegankelijk. Mensen met een Wlz-indicatie hebben niet altijd toegang tot deze zorg. Dit komt door de voorliggendheid van de Wlz en door wetsartikel 2.5c Bzv over de GRZ.

Dat de Wlz voorliggend is op de Zvw houdt in dat voor zover iemand op grond van de Wlz recht heeft op bepaalde zorg, dat recht niet ook bestaat op grond van de Zvw. Dit volgt uit artikel 2.1, lid 1 Bzv. Dit heeft tot gevolg dat ELV-zorg en de trajectzorg thuis onder regie van de SO (die ook beschikbaar zijn vanuit de Wlz) niet toegankelijk zijn voor mensen met een Wlz-indicatie. Voor deze zorg geldt dan dat de Wlz een wettelijk voorliggende voorziening op de Zvw is. Mensen met een Wlz-indicatie krijgen die zorg dan uit de Wlz. Medisch-specialistische zorg behoort niet tot de aanspraken van de Wlz. Dus voor deze zorg geldt niet dat de Wlz een voorliggende voorziening op de Zvw is. Deze zorg, die vanuit de Zvw is geregeld, is daarom ook toegankelijk voor (alle) mensen met een Wlz-indicatie en komt ten laste van de Zvw.⁶⁷ De zorg zoals het zorgconcept wijkkliniek is alleen toegankelijk voor mensen met een Wlz-indicatie omdat sprake is van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (omdat die zorg niet vanuit de Wlz is geregeld).

Uit het wetsartikel van de GRZ volgt dat GRZ niet toegankelijk is voor mensen met een Wlz-indicatie die Wlz-verblijf en behandeling vanuit dezelfde instelling ontvangen⁶⁸, maar wel voor mensen met een Wlz-indicatie die in de eigen omgeving wonen en of gebruik maken van Wlz-verblijf zonder Wlz-behandeling door dezelfde instelling. Voor bepaalde mensen met een Wlz-indicatie is de GRZ passend en kan die zorg dus ook worden ingezet.

⁶⁶ De tussenrapportage eerstelijnsverblijf en de Zorgverzekeringswet van 31 maart 2015, het standpunt 'Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet van 29 maart 2016 en het rapport 'Extramurale behandeling ontleed' van 31 oktober 2016, ⁶⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/08/30/stroomschemas-behandeling-voor-clienten-met-een-wlz-indicatie>. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2021/11/23/geriatrische-revalidatiezorg-in-de-zorgverzekeringswet>.

⁶⁷ Zie ook de memorie van toelichting bij de Wlz onder 6.3, te raadplegen via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33891-3.pdf>.

⁶⁸ In artikel 2.5c, lid 2 Bzv is GRZ voor deze groep mensen uitgesloten, en daarmee wel toegankelijk voor andere groepen mensen met een Wlz-indicatie.

Tabel 4.1 - Overzicht van de toegang tot kortdurende zorg ten laste van de Zvw voor verschillende groepen mensen

Toegang tot kortdurende zorg ten laste van de Zvw				
	Mensen die voorafgaand aan het kortdurende zorgtraject geen Wlz-indicatie hebben	Mensen die voorafgaand aan het kortdurende zorgtraject thuis wonen met een Wlz-indicatie	Mensen die voorafgaand aan het kortdurende zorgtraject in een Wlz-instelling wonen zonder behandeling van dezelfde instelling	Mensen die voorafgaand aan het kortdurende zorgtraject in Wlz-instelling wonen met behandeling van dezelfde instelling
GRZ (intramuraal en ambulant)	Toegang	Toegang	Toegang	Geen toegang
Hoog en laag complexe ELV-zorg	Toegang	Geen toegang	Geen toegang	Geen toegang
Trajectzorg onder regie SO in de eigen omgeving	Toegang	Geen toegang	Niet van toepassing	Niet van toepassing
Zorgconcept wijkliniek	Toegang	Toegang	Toegang	Toegang

4.2 Toegang tot kortdurende zorg vanuit de Wlz

Iemand heeft een Wlz-indicatie nodig om gebruik te kunnen maken van kortdurende zorg die ten laste komt van de Wlz. In bijlage 3 is kort uitgelegd wanneer iemand in aanmerking kan komen voor een Wlz-indicatie. Als iemand met spoed moet worden opgenomen in een Wlz-instelling, bijvoorbeeld vanwege een onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie, dan kan dit in eerste instantie ook zonder Wlz-indicatie. Het CIZ kan in zo'n geval binnen twee weken een besluit nemen op een Wlz-aanvraag.

Tabel 4.2 - Overzicht van de toegang tot kortdurende zorg ten laste van de Wlz voor verschillende groepen mensen

Toegang tot kortdurende zorg ten laste van de Wlz				
	Mensen die voorafgaand aan het kortdurende zorgtraject geen Wlz-indicatie hebben	Mensen die voorafgaand aan het kortdurende zorgtraject thuis wonen met een Wlz-indicatie	Mensen die voorafgaand aan het kortdurende zorgtraject in een Wlz-instelling wonen zonder behandeling van dezelfde instelling	Mensen die voorafgaand aan het kortdurende zorgtraject in Wlz-instelling wonen met behandeling van dezelfde instelling
Zorgprofiel VV9b	Alleen toegang nadat een Wlz-indicatie en een indicatie voor VV9b is afgegeven door CIZ	Toegang nadat een indicatie voor VV9b is afgegeven door CIZ	Toegang nadat een indicatie voor VV9b is afgegeven door CIZ	Toegang nadat een indicatie voor VV9b is afgegeven door CIZ
Kortdurende verblijfszorg in een Wlz-instelling	Niet van toepassing	Toegang als leveringsvorm wordt aangepast	Toegang als leveringsvorm wordt aangepast	Toegang als leveringsvorm wordt aangepast
Wlz-crisis VV	Toegang als een Wlz-indicatie wordt afgegeven (eventueel binnen 2 weken met terugwerkende kracht).	Toegang als leveringsvorm wordt aangepast	Toegang	Toegang

5 Bijlage 5 Inzet van kortdurende zorg met tijdelijk verblijf

In deze bijlage geven we een beschrijving van de inzet van kortdurende zorg met tijdelijk verblijf. We maken hierbij gebruik van de declaratiegegevens van de zorgtrajecten die doorlopen zijn binnen intramurale GRZ, ELV, VV9b en Wlz-crisis zorg in het jaar 2023. Met het woord zorgtrajecten bedoelen we de zorg en behandeling vanaf het moment van opname tot het moment van ontslag.

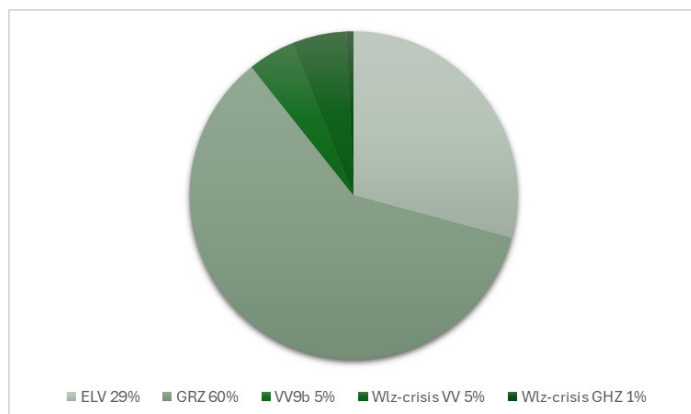
We onderscheiden hierbij vier groepen mensen bij wie kortdurende zorg wordt ingezet. Voor deze vier groepen verschilt de regelgeving voor de toegang tot de verschillende zorgvormen.

- Mensen die thuis (in een zelfstandige woning of een geclusterde woonvorm) wonen zonder Wlz-indicatie. Zij hebben wat de wet- en regelgeving betreft toegang tot ELV-zorg en GRZ. Wlz-crisis zorg is toegankelijk voor hen als het waarschijnlijk is dat binnen twee weken een Wlz-indicatie afgegeven zal worden. VV9b is alleen toegankelijk als vastgesteld is dat zij blijvend aangewezen zijn op 24/7 zorg in de nabijheid en het CIZ een Wlz-indicatie en een indicatie voor VV9b heeft afgegeven.
- Mensen die thuis (in een zelfstandige woning of in een geclusterde woonvorm) wonen met een Wlz-indicatie en die zorg uit de Wlz ontvangen via een vpt, een mpt of pgb. Zij hebben toegang tot GRZ, en als het CIZ een indicatie voor VV9b heeft afgegeven tot VV9b. Zij hebben ook toegang tot Wlz-crisis zorg. Zij hebben geen toegang tot ELV, maar hebben recht op vergelijkbare zorg vanuit de Wlz.
- Mensen die in een Wlz-instelling verblijven zonder behandeling van diezelfde instelling. Deze groep komt wat gezondheidsproblematiek betreft overeen met de groep mensen die in een Wlz-instelling woont met behandeling. Wat de toegang tot kortdurende zorg betreft komt deze groep overeen met de groep mensen die met Wlz-zorg thuis woont.
- Mensen die in een Wlz-instelling wonen met behandeling van diezelfde instelling. Deze groep mensen heeft toegang tot VV9b nadat het CIZ daar een indicatie voor heeft gegeven. Ze hebben toegang tot Wlz-crisis zorg als het niet mogelijk is om vergelijkbare zorg op hun eigen plek in de Wlz-instelling te organiseren. Zij hebben geen toegang tot ELV-zorg en GRZ.

5.1 Inzet van kortdurende zorg met verblijf uit Zvw en Wlz

In totaal werden 85.550 kortdurende zorgtrajecten met tijdelijk verblijf binnen de Zvw en Wlz afgerond in 2023. Bijna 90% (76.390) van deze zorgtrajecten betrof kortdurende zorg vanuit de Zvw: GRZ en ELV-zorg. De overige 10% betrof kortdurende zorg vanuit de Zvw: VV9b, Wlz-crisis VV en Wlz-crisis GHZ. Figuur 5.1 laat zien hoe het totaal aantal doorlopen kortdurende zorgtrajecten verdeeld was over de verschillende zorgvormen.

Figuur 5.1 - Verdeling van het totaal aantal kortdurende zorgtrajecten over de verschillende zorgvormen



Inzet ELV-zorg

In 2023 werden 24.990 ELV-trajecten ingezet. Ongeveer 80% van deze trajecten betrof hoog complexe ELV-zorg, 20% laag complexe ELV-zorg. De gemiddelde duur van het verblijf was 30 dagen. ELV-zorg werd uitsluitend ingezet bij mensen die voorafgaand aan het ELV-traject thuis woonden zonder Wlz-indicatie. Binnen de huidige wet- en regelgeving is ELV-zorg niet toegankelijk voor mensen met een Wlz-indicatie.

Inzet GRZ

Binnen de intramurale GRZ werden 51.400 zorgtrajecten afgerond in 2023

De gemiddelde duur van intramurale behandeling was 40 dagen.

De overgrote meerderheid (96%) van de GRZ-trajecten werd doorlopen door mensen die voorafgaand aan het probleem waarvoor zij GRZ krijgen, thuis woonden zonder Wlz-indicatie. Drie procent van de trajecten betrof mensen die thuis wonen met een Wlz-indicatie. Slechts één procent van de GRZ-trajecten betrof mensen die in een Wlz-instelling wonen zonder behandeling van diezelfde instelling.

Inzet VV9b

In 2023 werden 4.030 trajecten binnen VV9b afgerond. De gemiddelde duur van VV9b-trajecten was 59 dagen.

Meer dan de helft (57%) van de VV9b-trajecten werd ingezet bij mensen die voorafgaand aan het probleem waarvoor VV9b werd ingezet, nog geen Wlz-indicatie hadden. Bij deze mensen is waarschijnlijk vastgesteld dat GRZ niet passend is en dat zij blijvend aangewezen zijn op 24/7 zorg in de nabijheid.

Bijna een kwart van de VV9b-trajecten werd ingezet bij mensen die thuis wonen met Wlz-zorg. Deze groep mensen heeft ook toegang tot GRZ, mits de SO dat haalbaar acht. Als bij deze groep VV9b wordt ingezet, heeft de SO waarschijnlijk bepaald dat GRZ niet passend is. Ongeveer 15% van de VV9b-trajecten betreft mensen die wonen in een Wlz-instelling met behandeling (9%) en zonder behandeling door diezelfde instelling (6%).

Inzet Wlz-crisis VV

In 2023 werden 4559 trajecten binnen de Wlz-crisis VV afgerond.

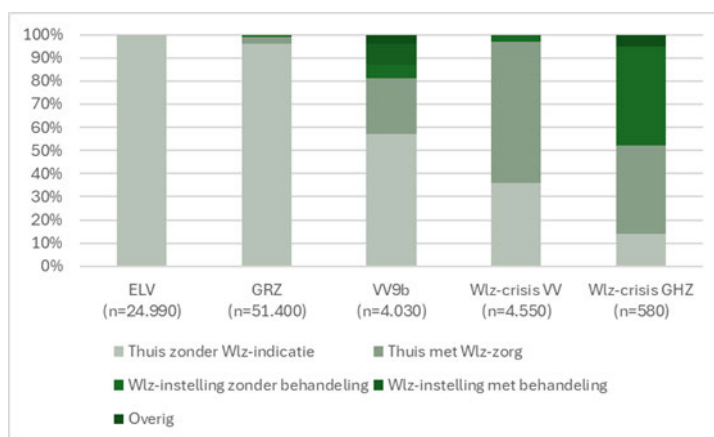
De duur van de trajecten in de Wlz-crisiszorg VV was gemiddeld 13 dagen.

Opvallend is dat ruim een derde van de trajecten binnen Wlz-crisis VV (36%) werd ingezet bij mensen die een week voorafgaand aan het zorgtraject nog geen Wlz-indicatie hadden.

Ongeveer 61% van de trajecten betrof mensen die thuis wonen met Wlz-zorg, 3% betrof mensen die wonen in een Wlz-instelling zonder behandeling van die instelling.

Inzet Wlz crisis GHZ

Binnen Wlz-crisis GHZ werden in 2023 619 trajecten doorlopen. De duur van deze trajecten was gemiddeld 36 dagen. De meeste van de Wlz-crisis GHZ-trajecten betroffen mensen die wonen in een instelling zonder behandeling (43%) en mensen die thuis wonen met een Wlz-indicatie (38%). Ongeveer 14% van de Wlz-crisis GHZ-trajecten worden ingezet bij mensen die een week voorafgaande aan de crisiszorg nog geen Wlz-indicatie hadden.



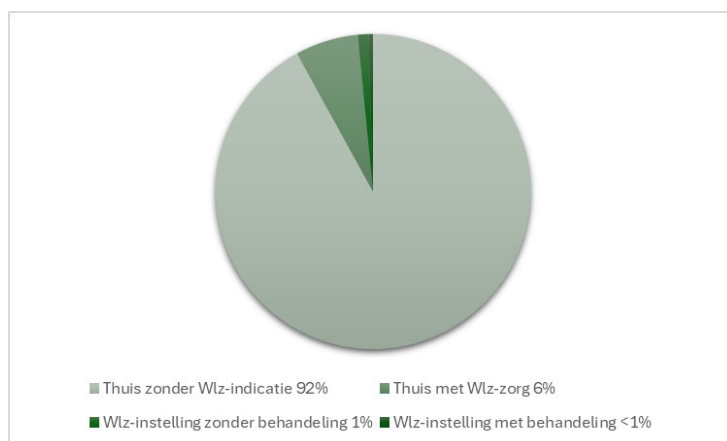
Figuur 5.2 - Het percentage zorgtrajecten dat werd ingezet bij de verschillende patiëntengroepen uitgesplitst per zorgvorm

5.2 De inzet van kortdurende zorgvormen per patiëntengroep

Gezien de regelgeving voor de toegang tot de verschillende vormen van kortdurende zorg is de inzet van kortdurende zorgvormen niet gelijk bij de vier patiëntengroepen.

Figuur 5.3 laat de totale inzet van kortdurende zorg met tijdelijk verblijf onder de Zvw en Wlz bij de verschillende patiëntengroepen zien. Hierbij valt op dat de veruit de meeste kortdurende zorgtrajecten worden ingezet voor mensen die thuis wonen zonder Wlz-indicatie.

Figuur 5.3 - De verdeling van het totale aantal kortdurende zorgtrajecten over de verschillende patiëntengroepen



Tabel 5.1 laat zien dat bij mensen die thuis wonen zonder Wlz-indicatie, GRZ en ELV-zorg het meest werden ingezet. VV9b en Wlz-crisis zorg werden bij deze groep relatief weinig ingezet. Bij de groep mensen die thuis woont met een Wlz-indicatie valt op dat GRZ vaker werd ingezet dan de revalidatiezorg via VV9b. Bij deze groep wordt Wlz-crisis zorg VV relatief vaak ingezet. Bij mensen die wonen in een Wlz-instelling zonder behandeling van diezelfde instelling wordt Wlz-crisis zorg GRZ daarentegen relatief vaak ingezet. Opvallend is dat ook bij deze groep zowel GRZ als VV9b worden ingezet.

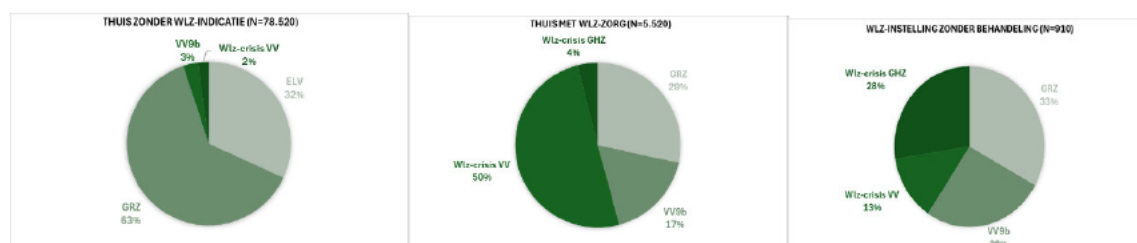
Kortdurende zorg werd in 2023 weinig ingezet bij mensen die wonen in een Wlz-instelling met behandeling van dezelfde instelling. Bij deze groep mensen wordt VV9b vooral ingezet.

Tabel 5.1 - Het aantal trajecten ELV, GRZ, VV9b, Wlz-crisis zorg dat wordt ingezet per patiëntengroep

	Thuiswonend zonder Wlz-indicatie n=78.520 (100%)	Thuiswonend met Wlz-zorg n= 5.520 (100%)	Wonend in Wlz-instelling zonder behandeling n=910 (100%)	Wonend in Wlz-instelling met behandeling n=400 (100%)
ELV	24.990 (32%)	0	0	0
GRZ	49.490 (63%)	1.570 (29%)	300 (33%)	40 (10%)
VV9b	2.300 (3%)	960 (17%)	240 (26%)	360 (90%)
Wlz-crisis VV	1.160 (2%)	2.770 (50%)	120 (13%)	0
Wlz-crisis GHZ	80 (<1%)	220 (4%)	250 (28%)	0

Figuur 5.4 is een visualisatie van tabel 5.1.

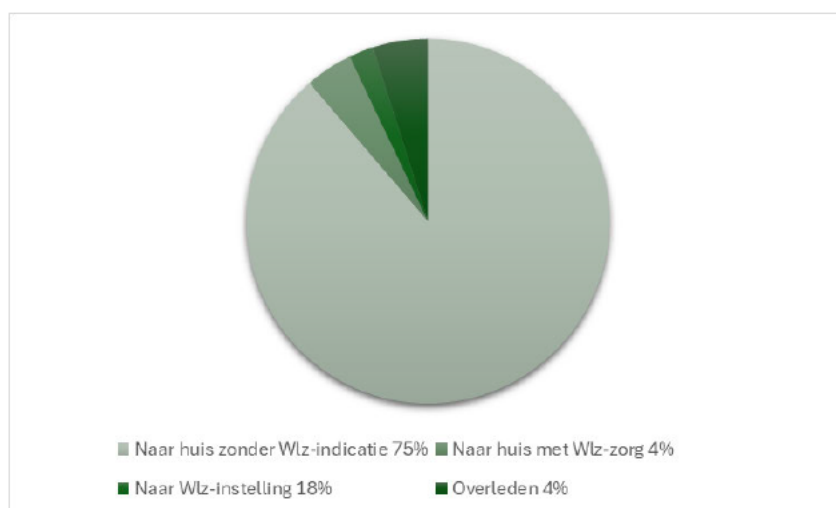
Figuur 5.4 Het aantal trajecten ELV, GRZ, VV9b, Wlz-crisis zorg dat wordt ingezet per patiëntengroep



5.3 Uitstroom na kortdurende zorg

Figuur 5.5 laat zien dat drie kwart van het totaal aantal afgeronde kortdurende zorgtrajecten leidt tot terugkeer naar huis zonder Wlz-indicatie. Bij bijna 20% van het totaal aantal zorgtrajecten is er sprake van uitstroom naar een Wlz-instelling.

Figuur 5.5 - Percentage zorgtrajecten die resulteren in uitstroom naar Wlz



Tabel 5.2 en figuur 5.6 laten zien dat als we kijken naar de uitstroom per specifieke zorgvorm de overgrote meerderheid van de ELV- en GRZ-trajecten resulteren in terugkeer naar huis. Na VV9b en Wlz-crisis zorg volgt daarentegen meestal opname in een Wlz-instelling.

Opvallend is dat van de GRZ-trajecten die doorlopen worden door mensen die voorafgaand aan het traject thuis wonen met een Wlz-indicatie, bij 96% (1510 van de 1570 trajecten) terugkeer

naar huis volgt. De overige 4% van deze 1570 trajecten eindigden door overlijden (zie bijlage 5A, slide 19).

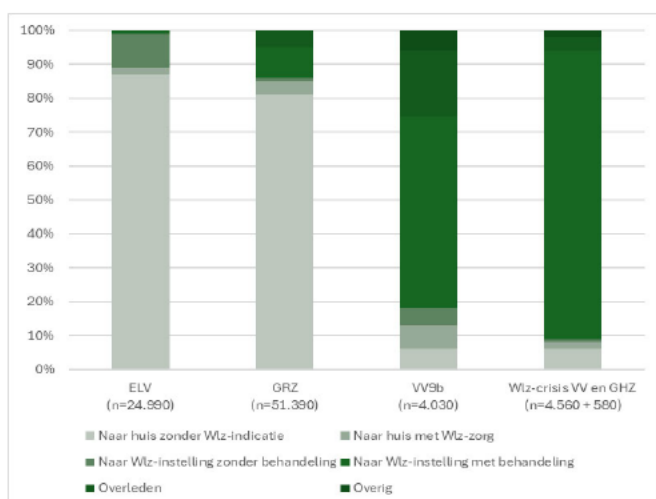
Tabel 5.2 - Uitstroom na kortdurende zorg

	ELV n=24.990 (100%)	GRZ n=51.400 (100%)	VV9b n=4.030 (100%)	Wlz-crisis VV en GHZ* n= 5140 (100%)
Naar huis zonder Wlz-indicatie	21.430 (86%)	41.680 (81%)	250 (6%)	330 (6%)
Naar huis met Wlz-zorg	620 (2%)	2030 (4%)	300 (7%)	80 (2%)
Naar Wlz-instelling zonder behandeling	2550 (10%)	480 (1%)	200 (5%)	70 (1%)
Naar Wlz-instelling met behandeling	310 (1%)	4860 (9%)	2270 (56%)	4330 (84%)
Overleden	0	2570 (5%)	750 (19%)	210 (4%)
Overig	0	0	260 (6%)	110 (2%)

* We beschikken niet over afzonderlijke data voor de uitstroom na Wlz-crisis VV en Wlz-crisis GHZ.

Figuur 5.6 is een visualisatie van tabel 4.2.

Figuur 5.6 - Uitstroom na kortdurende zorg



Bijlage 5A Declaratiegegevens ELV-zorg, intramurale GRZ, VV9b, Wlz-crisiszorg



Zorginstituut Nederland

Kortdurende herstelgerichte zorg

Analyses op basis van declaratiegegevens

4 augustus 2025

Overzicht

- Inzichten in het eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ), herstelgerichte behandeling in de Wlz (zorgprofiel VV9b bij verblijf met behandeling), en Wlz crisiszorg (Verpleging & Verzorging (VV) en Gehandicaptenzorg (GHZ)) en Wet zorg en dwang (Wzd)
 - Kosten, aantal gebruikers, aantal trajecten en ligduur;
 - Zorggebruik uit de Wlz voor en na een traject
 - 7 dagen voorafgaand
 - Binnen 14 dagen erna
 - Indicaties uit de iWlz
 - Tijdens of binnen twee weken na een ELV of GRZ traject

Zorggebruik voor en na een traject

- Zorggebruik bij ELV, GRZ en Wlz zorgprofiel VV9b
 - Wlz crisiszorg: VV of GHZ
 - Verblijf met behandeling
 - Verblijf zonder behandeling
 - Thuis met Wlz (MPT, VPT of PGB)
 - Geen Wlz
- Zorggebruik bij Wlz crisis zorg: VV of GHZ
 - Verblijf met behandeling
 - Verblijf zonder behandeling
 - Thuis met Wlz (MPT, VPT of PGB)
 - Geen Wlz
- Wzd
 - Wlz crisiszorg: VV of GHZ

Methode

- Declaratiegegevens van zorgverzekeraar en zorgkantoren
- Trajecten gestart in 2018 t/m 2023
 - Exclusie van trajecten met einddatum na 17 december 2023
 - Er ontbreken dus 2 van de 52 weken ($2/52 = \sim 4\%$) uit 2023, waardoor dit jaar een kleine onderschatting is
- Ingangsdatum indicatiebesluit vanuit de iWlz: beschikbaar vanaf 2019
- Zorggebruik
 - Indeling op basis van 'zwaarste' zorg: Wlz crisiszorg, Wlz verblijf met behandeling, Wlz verblijf zonder behandeling en Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)
- Vanwege de herleidbaarheid resultaten afgerond op tientallen en is het exacte aantal <10 niet weergegeven
- Vanwege het moment van de uitdraai van de resultaten gepresenteerd in dit overzicht kunnen deze licht afwijken van andere bronnen.

Eerstelijnsverblijf

Kostenoverzicht

Categorie	2018	2019	2020	2021*	2022*	2023 *
Laag complex	€ 57.965.170	€ 52.095.043	€ 37.652.599	€ 38.064.151	€ 34.552.321	€ 35.052.378
Hoog complex	€ 163.629.222	€ 167.014.518	€ 151.631.891	€ 175.160.309	€ 177.431.546	€ 198.979.994
Palliatief terminale zorg	€ 51.285.974	€ 55.688.952	€ 51.385.780	€ 58.891.503	€ 67.302.158	€ 64.591.206
Triage-diagnose periode (tijdelijk verblijf) [vanaf 2019]		€ 1.802.137	€ 3.658.688	€ 2.815.625	€ 3.618.855	€ 4.258.623
Coördinatie [vanaf 2020]			€ 0	€ 0	€ 14.783	€ 0
ELV voor specifieke groepen [vanaf 2019]		€ 811.255	€ 1.211.451	€ 4.490.096	€ 5.696.884	€ 9.522.166
Corona Cohortverpleging binnen het ELV [vanaf 2020]			€ 33.736.589	€ 50.834.011	€ 10.478.709	€ 409.387
ELV tijdelijk specialistische hulpmiddelen [vanaf 2022]					€ 185.025	€ 484.169
Totaal	€ 272.880.366	€ 277.411.905	€ 279.276.998	€ 330.255.694	€ 299.280.281	€ 313.297.922

*De drie meest recente jaren zijn nog niet uitgedeclareerd en zijn aan verandering onderhevig.

Eerstelijnsverblijf

Aantal unieke gebruikers

Categorie	2018	2019	2020	2021*	2022*	2023*
Laag complex	12.699	11.363	7.978	7.908	7.073	6.848
Hoog complex	20.011	20.280	18.234	21.240	21.383	23.448
Palliatief terminale zorg	6.601	7.005	6.638	7.303	7.832	6.540
Triage-diagnose periode (tijdelijk verblijf) [vanaf 2019]	-	637	936	872	1.097	1.408
Coördinatie [vanaf 2020]	-	-		0	1	0
ELV voor specifieke groepen [vanaf 2019]	-	24	28	228	263	410
Corona Cohortverpleging binnen het ELV [vanaf 2020]	-	-	6.508	8.676	1.905	262
ELV tijdelijk specialistische hulpmiddelen [vanaf 2022]	-	-		-	12	32
Totaal	37.516	37.380	37.739	43.062	37.170	36.619

**De drie meest recente jaren zijn nog niet uitgedeclareerd en zijn aan verandering onderhevig.*

Eerstelijnsverblijf

Aantal trajecten

Categorie	2018	2019	2020	2021*	2022*	2023*
Laag complex	11.754	10.531	7.438	7.320	6.709	6.046
Hoog complex	18.819	19.200	17.149	19.317	20.454	20.752
Triage-diagnose periode (tijdelijk verblijf)		637	5.751	800	1.071	1.277
ELV voor specifieke groepen		20	19	166	243	344
Totaal	30.573	30.388	30.357	27.603	28.477	28.419

	2018	2019	2020	2021*	2022*	2023*
Aantal geïnccludeerde trajecten (afgerond)[#]	30.570	30.390	30.360	37.600	28.470	24.990

*De drie meest recente jaren zijn nog niet uitgedeclareerd en zijn aan verandering onderhevig.

[#]Exclusie van trajecten met einddatum na 17 december 2023.

Eerstelijnsverblijf

Gemiddelde ligduur in dagen

Categorie	2018	2019	2020	2021*	2022*	2023*
Laag complex	35 (30)	34 (29)	35 (31)	35 (29)	33 (28)	30 (25)
Hoog complex	39 (35)	37 (34)	36 (32)	35 (31)	33 (30)	29 (25)
ELV voor specifieke groepen		114 (86)	146 (79)	61 (45)	62 (47)	55 (43)
Triage-diagnose periode (tijdelijk verblijf)		11 (19)	15 (23)	13 (20)	13 (21)	15 (23)

**De drie meest recente jaren zijn nog niet uitgedeclareerd en zijn aan verandering onderhevig.*

Eerstelijnsverblijf

Week voorafgaand

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen Wlz	30440	100%	30320	100%	30320	100%	37550	100%	28440	100%	24960	100%
Wlz crisiszorg Verpleging & Verzorging												
Wlz verblijf met behandeling	20	<1%	20	<1%	10	<1%	10	<1%	10	<1%	10	<1%
Wlz verblijf zonder behandeling	10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	10	<1%	10	<1%		
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	110	<1%	50	<1%	20	<1%	20	<1%	<10	<1%	10	<1%
Totaal Wlz	130	<1%	70	<1%	40	<1%	50	<1%	30	<1%	30	<1%

Eerstelijnsverblijf

Binnen twee weken na

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen (nieuwe) Wlz	23.460	77%	24.400	80%	24.170	80%	30.290	81%	23.600	83%	21.430	86%
Wlz crisiszorg Gehandicaptenzorg	<10	<1%										
Wlz crisiszorg Verpleging & Verzorging	70	<1%	60	0%	60	<1%	80	<1%	80	<1%	70	<1%
Wlz verblijf met behandeling	340	1%	370	1%	400	1%	570	2%	430	2%	310	1%
Wlz verblijf zonder behandeling	4.550	15%	3.980	13%	4.170	14%	5.010	13%	3.450	12%	2.550	10%
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	2.150	7%	1..590	5%	1.550	5%	1.650	4%	920	3%	620	2%
Totaal Wlz	7.110	23%	5.990	20%	6.190	20%	7.310	19%	4.870	17%	3.560	145

Eerstelijnsverblijf

Wlz indicaties

	2019		2020		2021		2022		2023	
Tijdens ELV	110	0%	120	0%	160	0%	120	0%	80	0%
Binnen 2 weken na ELV	3.720	12%	4.140	14%	5.260	14%	3.680	13%	2.810	11%
Totaal	3.830	13%	4.260	14%	5.420	14%	3.800	13%	2.890	12%

Eerstelijnsverblijf

Zorgprofiel indicatie

Tijdens	2019		2020		2021		2022		2023	
VV5 - Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	40	36%	40	33%	50	31%	40	33%	30	38%
VV4 - Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	40	36%	40	33%	60	38%	40	33%	30	38%
VV6 - Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	30	27%	30	25%	40	25%	30	25%	30	38%

Binnen 2 weken	2019		2020		2021		2022		2023	
VV5 - Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	1.070	29%	1.090	26%	1.320	25%	770	21%	440	16%
VV4 - Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	1.530	41%	1.540	37%	1.830	35%	1.410	38%	1.120	40%
VV6 - Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	940	25%	1.250	30%	1.750	33%	1.290	35%	1.080	38%
VV9 - Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging			50	1%	80	2%	50	1%	30	1%
VV7 - Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	80	2%	120	3%	160	3%	120	3%	100	4%

Weergegeven zorgprofielen komen in minimaal 1% van de Wlz indicaties voor

Geriatrische revalidatiezorg

Kostenoverzicht

Categorie	2018	2019	2020	2021*	2022*	2023*
Amputaties	€ 26.881.577	€ 26.804.089	€ 25.686.907	€ 25.374.730	€ 28.258.856	€ 33.723.017
Cerebro Vasculair Accident	€ 140.254.748	€ 147.118.212	€ 131.365.253	€ 140.967.750	€ 145.212.407	€ 157.412.016
Electieve orthopedie	€ 72.206.555	€ 70.664.184	€ 49.627.293	€ 54.953.861	€ 65.147.106	€ 70.970.708
Overige diagnoses	€ 270.808.527	€ 273.223.752	€ 244.340.361	€ 289.293.825	€ 299.599.685	€ 332.595.228
Trauma	€ 222.790.290	€ 230.784.087	€ 201.116.966	€ 215.925.601	€ 231.714.426	€ 255.253.520
Totaal	€ 732.941.697	€ 748.594.325	€ 652.136.781	€ 726.515.767	€ 769.932.480	€ 849.954.490

**De drie meest recente jaren zijn nog niet uitgedeclareerd en zijn aan verandering onderhevig.*

Geriatrische revalidatiezorg

Aantal unieke gebruikers

Categorie	2018	2019	2020	2021*	2022*	2023*
Amputaties	1.278	1.294	1.239	1.203	1.363	1.486
Cerebro Vasculair Accident (CVA)	9.219	9.264	8.465	8.873	8.924	9.210
Electieve orthopedie	7.800	7.434	4.942	5.518	6.439	6.642
Overige diagnoses	21.217	20.908	18.696	21.886	22.392	23.781
Trauma	16.526	16.748	14.502	15.852	16.541	17.320
Totaal	54.896	54.513	46.944	52.338	54.562	57.264

**De drie meest recente jaren zijn nog niet uitgedeclareerd en zijn aan verandering onderhevig.*

Geriatrische revalidatiezorg

Aantal trajecten

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Amputatie	1.256	1.263	1.282	1.212	1.379	1.528
Cerebro Vasculair Accident	9.043	9.173	8.654	8.828	9.088	9.325
Electief	7.868	7.551	5.145	5.589	6.692	7.024
Trauma	16.492	16.737	15.006	15.945	17.053	17.839
Overig	21.570	21.351	19.500	22.322	23.293	24.450
Totaal	56.229	56.075	49.579	53.896	57.505	60.166

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal geïnccludeerde trajecten (afgerond)¹	56.230	56.080	49.590	53.900	57.510	51.390

¹Exclusie van trajecten met einddatum na 17 december 2023

Geriatrische revalidatiezorg

Gemiddelde ligduur in dagen

Categorie	2018	2019	2020	2021*	2022*	2023*
Cerebro Vasculair Accident	53 (37)	53 (37)	48 (34)	49 (34)	48 (34)	46 (31)
Electieve orthopedie	33 (27)	32 (25)	31 (24)	31 (24)	30 (24)	28 (23)
Trauma	48 (32)	47 (31)	44 (29)	43 (28)	43 (28)	41 (27)
Amputatie	80 (52)	77 (49)	67 (46)	71 (48)	67 (48)	65 (44)
Overige diagnoses	44 (32)	43 (31)	40 (30)	41 (30)	39 (29)	37 (27)
Alle categorieën	46 (34)	45 (33)	42 (31)	43 (31)	49 (34)	40 (29)

Geriatrische revalidatiezorg

Week voorafgaand

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen Wlz	54.870	98%	54.510	97%	48.000	97%	52.110	97%	55.360	96%	49.490	96%
Crisis zorg Verpleging & Verzorging	<10	<1%	<10	<1%			<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%
Wlz verblijf met behandeling	40	<1%	50	<1%	60	<1%	50	<1%	40	<1%	40	0%
Wlz verblijf zonder behandeling	530	<1%	500	<1%	440	<1%	440	<1%	430	<1%	300	1%
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	780	1%	1.010	2%	1.080	2%	1.290	2%	1.690	3%	15.70	3%
Totaal Wlz	1.350	2%	1.560	3%	1.580	3%	1.780	3%	2.150	4%	1.900	4%

Geriatrische revalidatiezorg

Binnen twee weken na

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen Wlz	43810	78%	43920	78%	38150	77%	42030	77%	44310	77%	41680	81%
Crisis	20	<1%	20	<1%	20	<1%	30	<1%	40	<1%	30	<1%
Wlz verblijf met behandeling	6250	11%	6140	11%	5610	11%	6110	11%	6330	11%	4860	9%
Wlz verblijf zonder behandeling	1190	2%	990	2%	840	2%	860	2%	790	1%	480	1%
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	1160	2%	1420	3%	1530	3%	1730	3%	2230	4%	2030	4%
Overleden	3810	7%	3590	6%	3430	7%	3560	7%	3820	7%	2330	5%
Totaal Wlz	8.620	15%	8.570	16%	8.000	16%	8.730	16%	9.390	16%	7.400	14%

Geriatrische revalidatiezorg

*Binnen twee weken na: groep die instroomt vanuit
Wlz thuis*

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Crisis	<10	<1%					<10	<1%				
Wlz verblijf met behandeling	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Wlz verblijf zonder behandeling	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	750	96%	940	93%	1020	94%	1220	95%	1600	95%	1510	96%
Overleden	30	4%	70	7%	60	6%	70	5%	80	5%	60	4%
Totaal	780		1010		1080		1290		1690		1570	

Binnen deze groep heeft 32%-45% nog geen Wlz declaratie gehad in de 2 weken na GRZ, maar hebben we de Wlz leveringsvorm van voor de start van GRZ door getrokken (dus Wlz thuis), want eens Wlz = altijd Wlz.

Geriatrische revalidatiezorg

Wlz indicaties

	2019		2020		2021		2022		2023	
Tijdens GRZ	2.280	4%	1.790	4%	1.960	4%	2.240	4%	1.460	3%
Binnen 2 weken na GRZ	3.220	6%	3.590	7%	4.150	8%	4.430	8%	3.640	7%
Totaal	5.490	10%	5.380	11%	6.110	11%	6.670	12%	5.090	10%

Geriatrische revalidatiezorg

Zorgprofiel indicatie

<i>Tijdens GRZ</i>	2019		2020		2021		2022		2023	
VV6 - Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	960	42%	810	45%	940	48%	1080	48%	780	53%
VV4 - Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	680	30%	450	25%	470	24%	460	28%	200	14%
VV5 - Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	550	24%	430	24%	460	24%	620	21%	420	29%
VV9 - Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging			20	1%						
VV8 - Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging			20	1%						
LG6 - Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging			20	1%	30	2%	30	1%		

<i>Binnen 2 weken na GRZ</i>	2019		2020		2021		2022		2023	
VV6 - Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	1.440	45%	1.690	47%	2.060	50%	2.320	52%	1.990	55%
VV5 - Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	960	30%	1.090	30%	1.200	29%	1.310	30%	1.160	32%
VV4 - Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	640	20%	610	17%	680	16%	620	14%	340	9%
VV9 - Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	80	3%	80	2%	80	2%	60	1%	60	2%
LG6 - Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	40	1%	50	1%					40	1%
VV7 - Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding			40	1%						

Weergegeven zorgprofielen komen in minimaal 1% van de Wlz indicaties voor

Wlz zorgprofiel VV9 (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging): Verblif met behandeling

Aantal trajecten en gemiddelde ligduur

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal trajecten	3728	4223	4336	4639	5068	4030
Gemiddelde ligduur (sd)	78 (57)	74 (55)	72 (56)	74 (54)	68 (51)	59 (43)

Wlz zorgprofiel VV9: Verblijf met behandeling

Week voorafgaand – 2 weken na afloop

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen Wlz > Geen Wlz	230	6%	250	6%	340	8%	370	8%	240	5%	240	6%
Geen Wlz > Overleden	390	10%	440	10%	480	11%	450	10%	570	11%	490	12%
Geen Wlz > Wlz	1140	31%	1400	33%	1470	34%	1880	41%	2080	41%	1570	39%
Wlz (alleen VV9/Crisis) > Geen Wlz	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	10	<1%	<10	<1%	<10	<1%
Wlz > Overleden	390	10%	380	9%	340	8%	260	6%	310	6%	270	7%
Wlz > Wlz	1580	42%	1750	41%	1700	39%	1670	36%	1860	37%	1460	36%
Totaal aantal trajecten	3730		4220		4340		4640		5070		4030	

Wlz zorgprofiel VV9: Verblijf met behandeling

Week voorafgaand

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen Wlz	1760	47%	2080	49%	2300	53%	2700	58%	2890	57%	2300	57%
Crisis zorg	30	1%	20	<1%	20	<1%	50	1%	80	2%	50	1%
Wlz verblijf met behandeling	650	17%	700	17%	650	15%	590	13%	600	12%	360	9%
Wlz verblijf zonder behandeling	560	15%	500	12%	410	9%	330	7%	310	6%	240	6%
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	700	19%	880	21%	910	21%	910	20%	1070	21%	960	24%
VV9 verblijf met behandeling	30	1%	40	1%	40	1%	40	1%	50	1%	80	2%
VV9 anders	<10	<1%	10	<1%	20	<1%	20	<1%	80	2%	40	1%
Totaal aantal trajecten	3730		4220		4340		4640		5070		4030	

Wlz zorgprofiel VV9: Verblijf met behandeling

Binnen twee weken na

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen Wlz	240	6%	250	6%	350	8%	380	8%	240	5%	250	6%
Crisis zorg	20	1%	20	0%	30	1%	40	1%	30	1%	20	0%
Wlz verblijf met behandeling	2090	56%	2500	59%	2550	59%	2870	62%	3050	60%	2270	56%
Wlz verblijf zonder behandeling	360	10%	320	8%	260	6%	240	5%	250	5%	200	5%
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	190	5%	210	5%	240	6%	240	5%	220	4%	300	7%
VV9 verblijf met behandeling	50	1%	70	2%	70	2%	60	1%	90	2%	80	2%
VV9 anders	10	0%	30	1%	30	1%	90	2%	310	6%	160	4%
Overlijden	780	21%	820	19%	810	19%	720	16%	880	17%	750	19%
Totaal aantal trajecten	3730		4220		4340		4640		5070		4030	

Wlz zorgprofiel VV9: Verblijf met behandeling

Wlz indicaties week voorafgaand

	2019		2020		2021		2022		2023	
Geen indicatie	1950	47%	2290	53%	2650	57%	2920	58%	2300	57%
VV2	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	0	0%
VV3	20	<1%	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%
VV4	820	20%	630	15%	570	12%	640	13%	470	12%
VV5	740	18%	790	18%	750	16%	710	14%	580	14%
VV6	430	10%	460	10,8%	460	10%	550	11%	460	11%
VV7	20	<1%	20	0,5%	10	<1%	20	<1%	20	<1%
VV8	<10	<1%	<10	<1%	10	<1%	<10	<1%	<10	<1%
Wlz indicatie anders dan VV	160	4%	140	3%	180	4%	230	5%	180	4%
Totaal aantal trajecten	4150		4340		4640		5070		4030	

Wlz zorgprofiel VV9: Verblif met behandeling

Wlz indicaties tot en met twee weken na

	2019		2020		2021		2022		2023	
Geen indicatie	800	19%	970	22,1%	1020	22%	1150	23%	960	24%
VV2	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	0	0%	0	0%
VV3	10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%
VV4	610	15%	510	12%	470	10%	480	9%	330	8%
VV5	1390	34%	1450	33%	1570	34%	1570	31%	1210	30%
VV6	1020	25%	1120	26%	1230	27%	1490	29%	1240	31%
VV7	70	8%	70	2%	70	2%	80	2%	50	1%
VV8	60	1%	60	1%	60	1%	60	1%	40	1%
Wlz indicatie anders dan VV	190	5%	160	4%	220	5%	240	5%	200	5%
Totaal aantal trajecten	4150		4340		4640		5070		4030	

Wlz crisiszorg

Verpleging & Verzorging en Gehandicaptenzorg

- Verpleging & Verzorging: maximaal 14 dagen, in uitzonderlijke gevallen één keer verlenging
- Gehandicaptenzorg: zes weken, met mogelijk verlenging van zes weken

Wlz crisiszorg

Kostenoverzicht

Categorie	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Crisiszorg V&V	€11.392.207	€10.698.618	€10.615.964	€13.223.721	€20.763.138	€24.388.821
Crisiszorg GHZ	€6.271.909	€6.994.796	€7.100.715	€14.841.988	€16.008.760	€17.677.546
Totaal	€17.664.116	€17.693.414	€17.716.679	€28.065.709	€36.771.898	€42.066.367

Wlz crisiszorg

Aantal trajecten

Categorie	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Crisiszorg V&V	3387	3402	3233	3452	4437	4559
Crisiszorg GHZ	514	490	526	545	619	577
Totaal	3901	3892	3759	3997	5056	5136

Wlz crisiszorg

Gemiddelde ligduur in dagen

Categorie	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Crisiszorg V&V	11,8 (5,1)	12,4 (5,5)	12,6 (5,5)	13,0 (5,4)	13,0 (5,5)	12,8 (5,8)
Crisiszorg GHZ	51,1 (43,2)	56,8 (70,2)	49,2 (58,4)	51,0 (59,3)	38,3 (34,0)	35,8 (29,0)

Wlz crisiszorg

Week voorafgaand

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
V&V												
Geen Wlz	1890	48%	1610	41%	1360	36%	1550	39%	1700	34%	1660	32%
Wlz verblijf met behandeling	40	1%	40	1%	40	1%	50	1%	40	1%	<10	<1%
Wlz verblijf zonder behandeling	80	2%	80	2%	50	1%	50	1%	70	1%	120	2%
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	1380	35%	1680	43%	1790	48%	1800	45%	2620	52%	2770	54%
VV9	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	<10	<1%
Crisis	<10	<1%	<10	<1%	10	<1%	<10	<1%	<10	<1%	10	<1%
GHZ												
Geen Wlz	120	3%	90	2%	120	3%	110	3%	80	2%	80	2%
Wlz verblijf met behandeling	140	4%	140	4%	130	3%	190	5%	190	4%	<10	<1%
Wlz verblijf zonder behandeling	40	1%	40	1%	40	1%	50	1%	60	1%	250	5%
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	210	5%	210	5%	240	6%	190	5%	190	4%	220	4%
VV9	<10	<1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Crisis	10	<1%	10	<1%	20	1%	30	1%	20	<1%	30	1%
Totaal Wlz	3900		3890		3760		4000		5060		5140	

Wlz crisiszorg

Binnen twee weken na

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen Wlz	210	5%	230	6%	210	6%	240	6%	260	5%	330	6%
Overlijden	120	3%	140	3,6%	140	4%	140	3%	220	4%	210	4%
Wlz verblijf met behandeling	3400	87%	3340	86,4%	3250	86%	3540	85%	4310	85%	4330	84%
Wlz verblijf zonder behandeling	70	2%	60	1,5%	50	1%	70	2%	70	1%	70	1%
Thuis met Wlz (VPT, MPT of PGB)	60	2%	80	2%	60	2%	70	2%	80	2%	80	2%
VV9	20	1%	20	1%	20	1%	50	1%	60	1%	50	1%
Crisis	30	1%	20	1%	40	1%	50	1%	50	1%	60	1%
Totaal Wlz	3900		3890		3760		4000		5060		5140	

Wlz crisiszorg

Week voorafgaand – twee weken na afloop

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen Wlz > Geen Wlz	40	1%	40	1%	40	1%	50	1%	30	1%	50	1%
Geen Wlz > Wlz	1900	49%	1590	41%	1380	37%	1600	39%	1680	33%	1620	32%
Geen Wlz > overlijden	60	2%	60	2%	50	1%	70	2%	80	2%	70	1%
Wlz (alleen VV9/Crisis) > Geen Wlz	170	4%	190	5%	180	5%	190	5%	230	5%	280	5%
Wlz > Overlijden	50	1%	90	2%	90	2%	70	2%	140	3%	140	3%
Wlz > Wlz	1680	43%	1920	49%	2030	54%	2170	52%	2890	57%	2980	58%
Totaal Wlz	3900		3890		3760		4000		5060		5140	

Wlz crisiszorg: Verblijf met behandeling

Wlz indicaties week voorafgaand

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen indicatie	1710	44%	610	16%	650	17%	710	17%	810	16%	740	14%
VV4	80	2%	210	5%	210	6%	<10	<1%	280	6%	240	5%
VV5	1790	46%	2530	65%	2440	65%	240	6%	3140	62%	3300	64%
VV6	240	6%	440	11%	380	10%	2570	62%	660	13%	700	14%
VV7	40	1%	40	1%	40	1%	480	12%	60	1%	60	1%
VV8	<10	<1%	<10	<1%	10	<1%	50	1%	<10	<1%	<10	<1%
VV9	10	<1%	30	1%	20	1%	<10	<1%	70	1%	60	1%
Wlz indicatie anders dan VV	20	1%	30	1%	20	1%	50	1%	30	1%	30	1%
Totaal aantal trajecten	3900		3890		3760		4000		5060		5140	

Wlz crisiszorg: Verblijf met behandeling

Wlz indicaties tot en met twee weken na

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Geen indicatie	1260	32%	160	4%	150	4%	210	5%	220	4%	180	4%
VV4	80	2%	170	4%	160	4%	180	4%	190	4%	150	3%
VV5	1820	47%	2560	66%	2450	65%	2600	63%	3180	63%	3350	65%
VV6	250	6%	450	12%	400	11%	500	12%	680	13%	710	14%
VV7	40	1%	50	1%	60	2%	70	2%	80	2%	90	2%
VV8	<10	<1%	<10	<1%	10	<1%	10	<1%	<10	<1%	<10	<1%
VV9	20	1%	40	1%	20	1%	70	2%	90	2%	70	1%
Wlz indicatie anders dan VV	430	11%	470	12%	510	14%	520	13%	600	12%	580	11%
Totaal aantal trajecten	3900		3890		3760		4000		5060		5140	

Maud ten Koppel
Jorrit Jan Grolleman
Marieke Pape

6 Bijlage 6 Consultatiereacties partijen

Op 2 en 3 april 2025 heeft het Zorginstituut een conceptversie van het advies voor consultatie gedeeld met onderstaande partijen:

- Actiz
- Beter Thuis projecten, leernetwerk acute ouderenzorg en proeftuinen wijkkliniek
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Ergotherapie Nederland
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)/Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)/Ineen
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Nederlands Instituut van Psychologen, sectie ouderenpsychologie
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
- Nederlandse Vereniging voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Proscop
- Revalidatie Nederland
- Vaktherapie Nederland
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Verenso
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- ZonMw
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De partijen die inhoudelijk op het conceptadvies hebben gereageerd hebben van ons een reactie op hoofdlijnen ontvangen. Waar nodig is meer in detail een reactie gegeven.

Hieronder geven wij de belangrijkste punten weer die uit de reacties van partijen naar voren zijn gekomen.

1. In het conceptadvies introduceerde het Zorginstituut nieuwe terminologie voor bepaalde vormen van kortdurende zorg. Dit werd over het algemeen niet goed ontvangen door het veld. In het definitieve advies is daarom met de bestaande terminologie gewerkt.
2. Een groot deel van de partijen vindt dat het Zorginstituut de knelpunten bij de toegang tot kortdurende zorg helder heeft omschreven. Ook wordt uit het advies de onoverzichtelijkheid en de complexiteit duidelijk.
3. Een aantal partijen geeft aan dat zolang mensen met een Wlz-indicatie gebruik kunnen maken van GRZ en wijkkliniekgzorg in het tijdelijk verblijf, de zorgvormen in het tijdelijk verblijf als separate zorgvormen zullen worden aangeboden, ingekocht en bekostigd. Dit is een knelpunt voor het flexibel op- en afschalen van zorg en efficiënt gebruik van de beschikbare bedden. Met een aantal partijen hebben wij hierover opnieuw gesproken. Gebleken is dat dit knelpunt niet is op te lossen met afspraken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren, zoals door ons was voorgesteld. Naar aanleiding hiervan hebben wij ons advies aangepast. Wij adviseren nu om voor mensen met een Wlz-indicatie aan GRZ gelijkwaardige zorg binnen de Wlz beschikbaar te maken. Vervolgens kan dan artikel 2.5c Bzv zo aangepast worden, dat mensen met een Wlz-indicatie geen toegang meer hebben tot GRZ.
4. Partijen vinden dat het conceptadvies met name aansluit bij de huidige praktijk en er in het conceptadvies te weinig aandacht is besteed aan toekomstige ontwikkelingen. In het definitieve advies is meer aandacht voor de ontwikkelingen. We benadrukken hierbij dat er ruimte moet zijn voor doorontwikkeling van de kortdurende zorg.

5. De uitleg die het Zorginstituut geeft over de aanspraak op geneesmiddelen en hulpmiddelen in de kortdurende zorg is helpend bij de nieuwe modulaire bekostiging voor het tijdelijk verblijf waarmee vanuit de NZa een experiment zal worden gestart.
6. Partijen hebben aangegeven dat het Zorginstituut te weinig aandacht had voor het verschil in de aanspraak op paramedische zorg als onderdeel van de ambulante GRZ en de aanspraak op paramedische zorg in het kader van trajectzorg onder regie van de SO. Hier hebben we in het definitieve advies aandacht aan besteed.
7. Uit de consultatiereacties is gebleken dat de beroepsgroep van SO's (Verenso) bereid is om het afwegingsinstrument aan te passen.
8. Naar aanleiding van algemene punten over de leesbaarheid van het advies hebben we een aantal hoofdstukken naar de bijlage verplaatst, de hoofdstukken anders geordend en een aantal zaken bondiger opgeschreven.

We zijn alle partijen dankbaar voor de consultatiereactie.

7 Bijlage 7 Adviesaanvraag VWS



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland

[Redacted]

[Redacted]

Postbus 320

1110 AH DIEMEN

Directoraat Generaal

Curatieve Zorg

Directie Curatieve Zorg

Team B

Bezoekadres

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

T 070 340 79 11

F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Datum

26 JAN. 2024

Betreft

Verzoek advies aanspraken kortdurende herstelgerichte
zorg

Kenmerk

3760766-1060811-CZ

Kenmerk afzender

Geachte heer Wijma,

De afgelopen tijd hebben er meerdere ontwikkelingen plaatsgevonden in de kortdurende herstelgerichte zorg (het eerstelijnsverblijf (elv), de geriatrische revalidatiezorg (grz) en de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp), met name als het gaat om tijdelijk verblijf in het kader van revalidatie en herstel. Daarnaast is het zo dat de verschillende verblijftitels in de Zvw, Wlz en Wmo het voor de patiënt en professional complex maken. Eén van de ontwikkelingen is de afspraak uit het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) om het aantal titels in het tijdelijk verblijf te vereenvoudigen. Ook zijn er afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) die het belang van een goed toegerust tijdelijk verblijf noodzakelijk maken vanuit de versterking van de eerstelijnszorg. Daarnaast bestaat ook de wens in het veld om binnen de bekostiging meer modulair te gaan werken en daarmee de bekostiging van het elv en de grz samen te voegen en deze twee verblijfsvormen meer in samenhang te bezien. Deze ontwikkelingen maken het noodzakelijk om aan u op dit moment een advies te vragen.

Om bovenstaande ontwikkelingen mogelijk te maken bestaat de vraag in hoeverre het mogelijk is om de aanspraken elv en grz gelijk te trekken en te bezien of er mogelijkheden zijn de aansluiting met de Wlz-aanspraken te verbeteren vanuit het perspectief van de zorgaanbieders en cliënten. Graag ontvang ik hierover een advies van u, waarin u ook ingaat op welke mogelijkheden in aanpassingen daarbij de voorkeur dienen te krijgen.

Ik vraag u om in uw advies in ieder geval in te gaan op de volgende punten:

1. Beschrijving van de huidige aanspraken op onder andere geneeskundige zorg (waaronder ook medisch-specialistische zorg), hulpmiddelen en geneesmiddelen binnen het tijdelijk verblijf;
2. Afbakening tussen tijdelijk verblijf en zorg thuis (zoals de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de 1^e lijn en de ambulante grz), verblijf in het ziekenhuis en verblijf in een Wlz-instelling en verblijf onder Wmo-spoed, uitgaande van het toekomstbeeld tijdelijk verblijf;

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

3. De (financiële) gevolgen van het gelijktrekken van de aanspraken voor de verschillende vormen van tijdelijk verblijf, de aanspraak op tijdelijk verblijf met een component van medisch-specialistische zorg voor mensen zonder en met een Wlz-indicatie;
4. De mogelijkheden van het vormgeven van beschikbaarheid van tijdelijk verblijf binnen de Zvw;
5. Noodzakelijkheid en (financiële) effecten in kaart te brengen van de terugwerkende kracht regeling van de Wlz crisiszorg vv en het mogelijk afschaffen daarvan danwel het samenvoegen van het elv en de Wlz crisiszorg vv.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team B

Kenmerk
3760766-1060811-CZ

Verder vraag ik u om in uw advies rekening te houden met de beginselen van passende zorg en daarbij ruimte te bieden aan innovatie binnen de kortdurende herstelgerichte zorg. Tot slot wil ik u vragen in uw advies, daar waar relevant, de uitkomsten van uw advies omtrent het omslagpunt verblijf ouderen te betrekken.

Tot slot wil ik u op de hoogte stellen van het feit dat mijn ministerie voornemens is een bureau onderzoek te laten doen naar tijdelijk verblijf onder de Wmo (Wmo Spoed). Informatie aangaande dit onderzoek en de resultaten daarvan zullen met uw medewerkers gedeeld worden.

Ik zie uw advies met belangstelling uiterlijk aan het eind van het derde kwartaal van 2024 tegemoet, zodat deze meegenomen kan worden in de pakketcyclus van 2026.

Hoogachtend,

de directeur-generaal Curatieve Zorg,

Barbara Goezinne

Colofon

Volgnummer	2025019678
Auteur(s)	Martine Oonk, Tjitske Vreugdenhil, Ilse Verkaik, Lisanne Dennesen
Afdeling Team	Zorg Eerstelijnszorg
Uitgebracht aan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport