

## Bijlage 1

### Behandeling in verzorgings- en verpleeghuizen en gehandicaptenzorg

Ik heb de Kamer eerder tijdens een algemeen overleg over de invoering van de zorgzwaartebekostiging toegezegd om u nog in 2009 te informeren over de wijze waarop ik in de toekomst wil omgaan met de bekostiging van de component behandeling in de zorgzwaartepakketten. Dat doe ik met deze bijlage. Met de introductie van zorgzwaartebekostiging is een eerste stap gezet naar persoonsvolgende bekostiging. Er bestaat echter nog een tweedeling in de bekostiging van de component behandeling in de sector Verpleging en Verzorging (V&V) en in de gehandicaptensector als gevolg van het vigerende toelatingsbeleid. Voor het aanbieden van intramurale zorg is een toelating voor verblijf (op grond van art. 5 WTZi) een vereiste. Van oudsher is er sprake van twee typen toelatingen: een toelating voor verblijf met behandeling (de intramurale zorg in de gehandicaptenzorg en de verpleeghuiszorg) en een toelating voor verblijf zonder behandeling (de gezinsvervangende tehuizen en verzorgingstehuizen). Deze tweedeling in toelatingen heeft tot gevolg dat voor cliënten met een gelijke zorgbehoefte het type instelling waar zij voor kiezen of terecht komen uiteindelijk bepalend is voor het wel of niet inbegrepen zijn van behandeling in hun ZZZP. Dit leidt er tevens toe dat er voor ieder ZZZP twee prijzen zijn (één inclusief behandeling en één exclusief behandeling).

#### Voorbeeld: Wie betaalt de dokter?

Mevrouw De Vries is dementerend en heeft daarnaast last van depressiviteit. Zij kan niet meer zelfstandig wonen en haar dochter vraagt voor haar een indicatie aan bij het CIZ. Van het CIZ ontvangt mevrouw De Vries een ZZZP VV 4 indicatie. Behandeling maakt deel uit van dit ZZZP. Voor VV 4 geldt dat in dit pakket 1,5 uur behandeling is opgenomen.

Als mevrouw De Vries ervoor kiest om te gaan wonen in **verpleeghuis Weltevrede**, dan krijgt zij de behandeling uit de AWBZ. Dit betekent dat de specialist ouderengeneeskunde, veelal in dienst van de instelling, de hoofdbehandelaar is van mevrouw De Vries. Deze specialist is vaak ook verantwoordelijk voor de algemeen medische zorg. Voor de behandeling kunnen vervolgens ook paramedici ingezet worden. De specialist ouderengeneeskunde geeft leiding aan het multidisciplinaire team. Ook voor haar medicijnen kan mevrouw De Vries bij de instelling terecht. Al deze zaken worden bekostigd uit de AWBZ en vormen een onderdeel van de ZZZP-prijs die het verpleeghuis ontvangt.

Als mevrouw De Vries kiest voor **verzorgingshuis Het uitzicht**, dan krijgt zij haar behandeling niet bekostigd vanuit de AWBZ. Dit betekent dat mevrouw De Vries haar huisarts behoudt, waar zij terecht kan voor de algemeen medische zorg. Het verzorgingshuis wordt niet bekostigd voor behandeling en zal daardoor waarschijnlijk geen specialist ouderengeneeskunde in dienst hebben. Mevrouw De Vries kan hierdoor niet direct terecht bij deze specialist voor specialistische zorg. Wel kan haar huisarts een specialist ouderengeneeskunde benaderen voor advies over de behandeling. Paramedici kunnen wel ingezet worden, hun kosten komen dan ten laste van de Zorgverzekeringswet. Het is niet voorgeschreven dat zij onderdeel zouden moeten uitmaken van een multidisciplinair team. Voor haar medicijnen kan mevrouw De Vries terecht bij de apotheek. Deze worden voorgeschreven door haar huisarts en kunnen gedeclareerd worden bij de Zorgverzekeringswet.

Dit onderscheid stamt uit de tijd van aanbodfinanciering en bestond al voor de

invoering van de zorgzwaartebekostiging. Instellingen vonden in het verleden voldoende ruimte in hun budgetten om cliënten in het verzorgingshuis die toch behandeling nodig hadden (tijdelijk) te helpen. Het onderscheid tussen verpleeg- en verzorgingshuizen verdwijnt steeds meer en zeker bij de overstap naar een persoonsvolgende (zorgzwaarte) bekostiging wordt dit onderscheid moeilijker handhaafbaar. Bij persoonsvolgende bekostiging wordt de hoogte van de bekostiging gekoppeld aan de kenmerken van de cliënt en niet aan de kenmerken van de instelling. In de hogere ZZP's (vanaf ZZP 3 in de sector verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten en V&V sector) wordt behandeling als onderdeel van het betreffende ZZP als AWBZ-aanspraak mee geïndiceerd. De cliënten vinden deze aanspraak op hun indicatiebesluit.

### Onderzoek Regioplan

Ik heb het bureau Regioplan gevraagd om met betrokken partijen verschillende alternatieven voor de bekostiging van de behandelcomponent voor ZZP-geïndiceerden te bespreken en de diverse alternatieven tegen elkaar af te wegen. Het eindrapport van Regioplan is als bijlage bijgevoegd. In het rapport van Regioplan worden grofweg drie alternatieven voor de bekostiging van de component behandeling van verblijfsgeïndiceerden genoemd. Al deze alternatieven hebben als kenmerk dat de bekostiging van de component behandeling niet langer afhankelijk is van het type instelling dat de zorg levert, maar gekoppeld wordt aan de cliënt en de aard van zijn beperkingen.

De drie alternatieven zijn:

- 1 Alle behandeling bekostigen via de AWBZ (als onderdeel van het ZZP);
- 2 Alle behandeling bekostigen via de Zvw (en niet langer als onderdeel van het ZZP);
- 3 Mengvormen: behandeling wordt zowel vanuit de AWBZ als vanuit de Zvw bekostigd:
  - Behandeling aan cliënten met lagere ZZP's bekostigen via de Zvw en voor cliënten met hogere ZZP's vanuit de AWBZ, of
  - Behandeling opsplitsen: de aan de grondslag van verblijf gekoppelde gespecialiseerde behandeling (artikel 8 BZa) vanuit de AWBZ en overige behandeling (artikel 15 BZa) naar Zvw en WMO.

### Standpuntbepaling

In het rapport van Regioplan wordt aangegeven dat bij elke keuze forse verschuivingen van (de bekostiging) van zorg tussen Zvw en AWBZ (en in beperkte mate ook de Wmo) plaatsvinden. Het is noodzakelijk dat ook de budgetten verschuiven tussen AWBZ en Zvw (en Wmo). Indien er voor gekozen zou worden om alle behandeling die op dit moment ten laste van de AWBZ wordt geboden aan intramuraal verblijvende cliënten over te hevelen naar de Zvw, dan gaat het om een overheveling van AWBZ naar Zvw van ruim € 1 miljard<sup>1</sup>. In alle andere scenario's gaat het om een overheveling van Zvw naar AWBZ. De over te hevelen bedragen variëren afhankelijk van het gekozen scenario van € 80 miljoen<sup>2</sup> in de mengvorm waarbij de grens bij ZZP5 wordt gelegd tot € 690 miljoen<sup>3</sup> indien voor alle verblijfsgeïndiceerden een volledig integraal pakket vanuit de AWBZ wordt geboden.

Ik wil de keuze voor één van de alternatieven allereerst baseren op inhoudelijke gronden en niet vanuit de gevolgen die de gekozen alternatieven hebben op de omvang van het totale AWBZ-budget. Wel vraag ik begrip voor het feit dat dergelijke ingrijpende keuzes met omvangrijke budgettaire gevolgen verder

---

<sup>1</sup> Zie voor meer gedetailleerde berekeningen, tabel 4.5 van het rapport van Regioplan

<sup>2</sup> Zie voor meer gedetailleerde berekeningen, tabel 4.5 van het rapport van Regioplan

<sup>3</sup> Zie voor meer gedetailleerde berekeningen, tabel 4.5 van het rapport van Regioplan

overleg met vele betrokken partijen vergen.

Voor de zorg en ondersteuning van mensen met beperkingen en/of chronische aandoeningen hanteer ik het uitgangspunt dat er een goede samenhang tussen zorg en welzijn en tussen cure en care moet zijn. Voor de zeer kwetsbare groep van verblijfsgeïndiceerden betekent dit dat mijn voorkeur uitgaat naar de variant waarbij alle zorg en begeleiding integraal vanuit één wettelijk kader en vanuit één pakket (het ZZP) geleverd en bekostigd wordt. Dit geldt zeker voor de zwaarste verblijfsgeïndiceerden (vanaf ZZP5 conform een van de scenario's zoals geschetst in het rapport van Regioplan). Ik ben op dit moment van mening dat deze zware cliëntengroepen ook altijd een beroep moeten kunnen blijven doen op de AWBZ.

Bij de zorgkantoren/verzekeraars, brancheorganisaties van zorgaanbieders en bij de cliëntenorganisaties bestaat de voorkeur om voor alle verblijfsgeïndiceerden een integraal pakket vanuit de AWBZ te leveren. Ik wil samen met de betrokken partijen in februari 2010 een "expertmeeting" organiseren om, vanuit de inhoud van de zorgverlening, te bepalen voor welke cliënten een integraal pakket vanuit de AWBZ zou moeten worden aangeboden en voor welke groepen wellicht een andere keuze kan worden gemaakt (bijvoorbeeld de hele behandelcomponent ten laste van de Zvw of wellicht een splitsing tussen de behandeling volgens artikel 8 BZa en artikel 15 BZa).

Na bespreking met de betrokken veldpartijen zal er een definitieve keuze worden gemaakt en zal ik een stappenplan opstellen voor zowel de benodigde budgetoverheveling als aanpassing van pakketten en/of aanspraken. Ik zal u zo spoedig mogelijk over de uitkomsten van deze bespreking nader informeren.