

FINANCIERING VAN AWBZ-  
BEHANDELING  
OMZIEN EN VOORUITKIJKEN

- eindrapport -

drs. P.E.F. Poel

Amsterdam, november 2009  
Regioplan publicatienr. 1928 B

Regioplan Beleidsonderzoek  
Nieuwezijds Voorburgwal 35  
1012 RD Amsterdam  
Tel.: +31 (0)20 - 5315315  
Fax : +31 (0)20 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan  
Beleidsonderzoek in opdracht van het ministerie  
van VWS.



## INHOUDSOPGAVE

<b>Samenvatting</b> .....	<b>I</b>
<b>1 Inleiding: aanleiding en onderzoeksanpak</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Huidige regelgeving</b> .....	<b>3</b>
2.1 Behandeling: reikwijdte en omvang .....	3
2.2 Indicering en aanspraak.....	4
2.3 Toelating en bekostiging .....	5
2.4 Extramurale behandeling .....	6
<b>3 Praktijk: cliënten en behandeling</b> .....	<b>9</b>
3.1 Aantal cliënten.....	9
3.2 Omvang behandelcomponent.....	10
3.3 Ter illustratie.....	12
3.4 Levering van behandeling in de praktijk .....	13
<b>4 Toekomst: hoe nu verder?</b> .....	<b>15</b>
4.1 Consequenties huidige regelgeving.....	15
4.2 Huidige systeem van toelatingen handhaven? .....	16
4.3 De toekomst: behandeling handhaven als onderdeel in ZZP?.....	17
4.4 De toekomst: alternatieven voor de financiering van behandeling .....	19
4.5 Toetsing van de alternatieven.....	22
4.6 Toelichting op de scores .....	25
<b>Bijlagen</b> .....	<b>29</b>
Bijlage 1 Gesprekspartners.....	31
Bijlage 2 ZZP-prijzen 2009 (Beleidsregel CA 379) .....	33
Bijlage 3 Onderbouwing huidige kosten behandeling.....	35
Bijlage 4 Ter illustratie.....	37
Bijlage 5 Scenario B, er worden toelatingen voor behandeling aangevraagd .....	39
Bijlage 6 Scenario C, er wordt extramuraal behandeling ingekocht.....	43
Bijlage 7 Scenario D, mengvormen .....	47
Bijlage 8 Alles naar de AWBZ.....	49
Bijlage 9 Grens bij ZZP3 .....	51
Bijlage 10 Grens bij ZZP5 .....	53
Bijlage 11 Behandeling 8 naar AWBZ en 15 naar Zvw .....	55



## SAMENVATTING

- Aanleiding** 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 en de verpleeghuiszorg) en een toelating voor verblijf zonder behandeling (de gezinsvervangende tehuizen en verzorgingstehuizen).
- Deze tweedeling in toelatingen heeft tot gevolg dat voor twee cliënten met een gelijke ZZP-indicatie het type instelling waar zij voor kiezen of in terechtkomen uiteindelijk leidend is voor het wel of niet inbegrepen zijn van behandeling in hun zorgzwaartepakket. Indien een cliënt met ZZP3-indicatie naar een verpleeghuis met toelating gaat, dan is behandeling inbegrepen. Indien dezelfde cliënt naar een verzorgingshuis zonder toelating gaat, dan is behandeling niet inbegrepen. Dit onderscheid stamt uit de tijd van aanbodsfinanciering en past niet in het beleid van het ministerie van VWS om persoonsvolgende bekostiging verder door te voeren.
- Praktijk** Dit jaar had dit onderscheid nog geen grote consequenties tot gevolg, doordat zorgzwaartebekostiging gefaseerd wordt ingevoerd en de afbouw van het budget slechts maximaal twee procent bedroeg. Volgend jaar kunnen instellingen zonder toelating voor behandeling grotere gevolgen ondervinden, doordat hun budget verder kan worden afgebouwd. Overigens is er ook een groep instellingen waarvan het budget juist wordt opgebouwd. De instellingen zonder toelating voor behandeling krijgen in vergelijking met instellingen met een toelating voor behandeling minder bekostiging voor de levering van behandeling en lossen dit op door:
- een toelating voor behandeling aan te vragen;
  - behandeling extramuraal in te kopen;
  - behandeling te bekostigen vanuit de Wmo en de Zorgverzekeringswet.
- De twee bovenstaande oplossingen zorgen ervoor dat er een groter beslag op de AWBZ wordt gelegd. Afhankelijk van de mate waarin deze oplossingen worden toegepast, kunnen de kosten oplopen van 92 tot 533 miljoen euro zonder dat hier een overheveling van gelden van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de AWBZ heeft plaatsgevonden. De voorkeur voor één van beide opties hangt erg samen met de langetermijnvisie die VWS dient te formuleren voor de bekostiging van behandeling.
- Lange termijn** Er zijn grofweg drie alternatieven voor de financiering van behandeling. Deze alternatieven hebben met elkaar gemeen dat de zorgvraag van de cliënt leidend is. Dit betekent dat er een einde komt aan het huidige systeem van toelatingen voor behandeling gekoppeld aan verblijf, waaraan de bekostiging van behandeling momenteel gekoppeld is.

De drie alternatieven zijn:

1. Alle behandeling financieren via de AWBZ;
2. Alle behandeling financieren via de Zvw;
3. Mengvormen: behandeling wordt zowel vanuit de AWBZ als Zvw gefinancierd;
  - a. Behandeling aan cliënten met hogere ZZP'en financieren vanuit AWBZ en behandeling aan cliënten met lagere ZZP'en financieren vanuit de Zvw.
  - b. Behandeling opsplitsen: artikel 8 naar de AWBZ en artikel 15 (gedeeltelijk) naar de Zvw en Wmo.

Een overweging die bij alle alternatieven kan worden gemaakt, is of behandeling niet beter uit het zorgzwaartepakket kan worden gehaald. Behandeling is in tegenstelling tot de andere functies in het zorgzwaartepakket op cliëntniveau niet inwisselbaar tegen de andere functies. Het is daarom zeker de overweging waard om behandeling uit het zorgzwaartepakket te halen. De benodigde behandeling wordt dan los van het zorgzwaartepakket vastgesteld.

#### Toetsing

De consequenties van de alternatieven worden duidelijk door de alternatieven te toetsen op een aantal criteria. Door de verschillende alternatieven te toetsen op de criteria, kan ook een afweging gemaakt worden.

**Tabel S.1 Toetsing van de alternatieven**

Criteria	Nuloptie	Alle BH AWBZ	Alle BH Zvw	Mengvorm a: splitsing bij ZZP leggen	Mengvorm b: BH uit elkaar halen
Toegankelijkheid van behandeling	=	+	+	+	+
Zorgvraag centraal	=	+	+	+	+
Beheersbaarheid van de AWBZ	=	--	++	-	+
Eenduidigheid in bekostiging	=	+/-	+/-	=	=
Voortzetting ingezet beleid	=	-	++	+	++
Minimalisatie dubbele bekostiging.	=	+	++	--	-
Regie uit één hand	=	=	=	=	=
Financiële gevolgen voor cliënt	=	=	?	?	?
Gevolgen voor behandelaars	=	=	-	--	--
Budgettaire ruimte instellingen	=	+/-	+	+/=	+/=

**Vervolg tabel S.1 Toetsing van de alternatieven**

Criteria	Nuloptie	Alle BH AWBZ	Alle BH Zvw	Mengvorm a: splitsing bij ZZP leggen	Mengvorm b: BH uit elkaar halen
Minimalisatie org. vereisten	=	-	+	-	-
Instellingen					
Draagvlak	=	+++	++	+	+
Praktische	=	-	-	-	-
haalbaarheid					
Totaaloordeel	=	++	++	=	+

Uit deze tabel volgt dat het geheel overhevelen van behandeling naar de AWBZ of de Zvw de voorkeur verdient. De splitsing leggen bij ZZP5 is ook nog een te overwegen mogelijkheid. De criteria zijn nu allemaal als even belangrijk beschouwd. Het is aan het ministerie van VWS om aan de criteria gewicht toe te kennen en tot een definitieve keuze te komen.

**Korte termijn** Alle vier de alternatieven hebben met elkaar gemeen dat ze niet van de ene op de andere dag realiseerbaar zijn. Voor de korte termijn kunnen de praktijkoplossingen worden gehanteerd die instellingen momenteel al toepassen: ofwel een toelating voor behandeling aanvragen of behandeling extramuraal inkopen. De visie omtrent de financiering van behandeling dient zo snel mogelijk op hoofdlijnen te worden geformuleerd, omdat dan ook een duidelijke voorkeur voor één van beide kortetermijnoplossingen kan worden uitgesproken.

Indien wordt gekozen voor optie 1, 'alles financieren via de AWBZ', dan betekent dit dat alle behandeling uiteindelijk naar de AWBZ gaat. Met deze langetermijnvisie, is toelatingen aanvragen voor behandeling dan de beste optie, omdat dan de behandeling eveneens onder de AWBZ valt. Indien ervoor wordt gekozen om alle behandeling via de Zvw te bekostigen, dan is dit geen handige kortetermijnoptie, aangezien de omvang van de toekomstige overheveling naar de Zvw en daarmee de complexiteit alleen maar toeneemt. In dat geval kan beter de voorkeur worden uitgesproken voor het inkopen van extramuraal behandeling.





## 1 INLEIDING: AANLEIDING EN ONDERZOEKSAANPAK

**Aanleiding** Sinds 1 juli 2007 ontvangen cliënten die in aanmerking komen voor verblijf hun indicatie in termen van een zorgzwaartepakket (ZZP). 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 en de verpleeghuiszorg) en een toelating voor verblijf zonder behandeling (de gezinsvervangende tehuizen en verzorgingstehuizen).

Deze tweedeling in toelatingen heeft tot gevolg dat voor twee cliënten met een gelijke ZZP-indicatie het type instelling waar zij voor kiezen of terechtkomen uiteindelijk leidend is voor het wel of niet inbegrepen zijn van behandeling in hun zorgzwaartepakket. Het gaat hierbij om behandeling zoals omschreven in de artikelen 8 en 15 behandeling in het Besluit Zorgaanspraken van de AWBZ. In een verpleeghuis met toelating voor behandeling, is behandeling wel inbegrepen in het ZZP van cliënten met een ZZP3-indicatie of hoger. In het verzorgingshuis zonder toelating voor behandeling is dit niet het geval.

Dit onderscheid stamt uit de tijd van aanbodsfinanciering en past niet in het beleid van het ministerie van VWS om persoonsvolgende bekostiging verder door te voeren. Daarnaast leidt dit onderscheid tot onduidelijkheden over welke zorg via welk bekostigingssysteem (AWBZ of Zorgverzekeringswet) dient te worden bekostigd.

In het Algemeen Overleg zorgzwaartebekostiging heeft de staatssecretaris toegezegd om een standpunt omtrent de behandeling in het zorgzwaartepakket in te nemen. Voorliggende notitie bespreekt de verschillende alternatieven voor de financiering van behandelingszorg aan cliënten met een ZZP-indicatie en dient als basis voor de standpuntvorming.

**Inhoud** Achtereenvolgend komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Behandelingszorg: definiëring van en onderscheid tussen artikelen 8 en 15;
- Indicering en aanspraak;
- Toelating en bekostiging;
- Omvang van de groep cliënten met een ZZP zonder behandeling;
- Omvang van de behandelcomponent;
- Levering van behandelingszorg in de praktijk;
- Toekomst: alternatieven voor financiering van de behandeling.

Voor het samenstellen van deze notitie zijn door Regioplan Beleidsonderzoek gesprekken gevoerd met verscheidene stakeholders. Voor een lijst met gesprekspartners, zie bijlage 1.



## 2 HUIDIGE REGELGEVING

### 2.1 Behandeling: reikwijdte en omvang

De aanspraak op behandeling aan AWBZ-cliënten is geregeld in artikel 8 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. Indien de behandeling gepaard gaat met verblijf in dezelfde instelling heeft de verzekerde aanspraak op een aantal aanvullende zaken op het terrein van behandeling. Deze zaken zijn geregeld in artikel 15. De achterliggende gedachte hierbij is dat de AWBZ instelling een integraal aanbod kan leveren. Navolgend worden de beide typen behandeling verder toegelicht.

#### Behandeling in artikel 8<sup>1</sup>:

Deze behandeling richt zich op het verbeteren, stabiliseren of voorkomen van verergering van de aandoening, stoornis en beperkingen die zijn gerelateerd aan de specifieke AWBZ-grondslag, en/of het leren omgaan met beperkingen. Deze behandeling is gericht op specifieke doelgroepen (zoals ouderen en gehandicapten) en vraagt daarom veelal om specifieke kennis en vaardigheden.

Bij de behandelaars moet onder andere worden gedacht aan specialisaten ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, fysiotherapeuten, orthopedagogen, psychologen en diëtisten.

Uit de gesprekken met betrokkenen blijkt dat het om multidisciplinaire behandeling gaat. Het gaat om de behandeling van mensen met meerdere chronische aandoeningen, die behandeling vanuit verschillende medische disciplines nodig hebben. Een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten beschikt over specialistische kennis en is in staat om multidisciplinaire teams aan te sturen.

#### Behandeling in artikel 15<sup>2</sup>:

Indien de cliënt de hiervoor beschreven behandeling ontvangt in de instelling waar hij verblijft, omvat de betreffende behandeling nog een aantal aanvullende zaken. Deze zaken zijn:

- a. geneeskundige zorg van algemeen medische aard;
- b. behandeling van een psychiatrische aandoening;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- e. tandheelkundige zorg;

---

<sup>1</sup> Gebaseerd op het besluit Zorgaanspraken AWBZ en de zorgkompas van CVZ.

<sup>2</sup> Idem.

- f. kleding, verband houdend met het karakter en de doelstelling van de instelling;
- g. het individueel gebruik van een rolstoel.

Een uitgebreide beschrijving van deze onderdelen is te vinden in de zorgkompas van het CVZ.

Hierbij gaat het om zorg die ook onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt geleverd. Uit de gesprekken met betrokkenen blijkt dat deze zorg bij mensen met één aandoening in zekere mate nog wel te scheiden is van artikel 8 AWBZ-behandeling. Vaak hebben cliënten met een ZZP-indicatie echter meerdere aandoeningen en hoe zwaarder hun indicatie, hoe lastiger het wordt om geneeskundige zorg en behandeling van een psychiatrische aandoening te scheiden van artikel 8 AWBZ-behandeling.

Overigens kan de inzet van de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten voor geneeskundige zorg van algemeen medische aard (artikel 15) eveneens via de Zvw worden bekostigd. De Zvw is functiegericht opgesteld en niet gericht op beroepsgroepen. Zo luidt artikel 10a, onderdeel van paragraaf 3.1 'het te verzekeren risico', als volgt:

*“Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:  
a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden”;*

Dit artikel biedt voldoende ruimte om ook de specialist ouderengeneeskunde in te zetten voor de eerstelijnszorg.<sup>3</sup>

## 2.2 Indicering en aanspraak

Sinds 1 juli 2007 indiceert het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) voor cliënten die in aanmerking komen voor verblijf, de benodigde zorg in termen van zorgzwaartepakketten. Deze ontwikkeling maakt deel uit van de invoering van zorgzwaartebekostiging.

Wanneer een cliënt behoefte heeft aan AWBZ zorg, dient hij hiervoor eerst naar het CIZ te gaan. Het CIZ onderzoekt vervolgens of een cliënt in aanmerking komt voor AWBZ-zorg en zo ja, voor hoeveel zorg en hoe lang. Het CIZ hanteert hierbij als afwegingskader het trechtermodel. Als een cliënt is aangewezen op meer dan drie etmalen per week zorg met verblijf, wordt de omvang van zorg met verblijf uitgedrukt in termen van een zorgzwaartepakket. De vaststelling van het juiste ZZP voor de cliënt vindt plaats door het in kaart brengen van de ziekte/aandoening/ handicap van de cliënt en de daaruit

---

<sup>3</sup> Ter verifiëring voorgelegd aan CVZ.

voortkomende stoornissen en beperkingen en de mate en ernst daarvan. Op basis van de dominante grondslag inclusief vastgestelde zorgbehoefte volgt toeleiding naar een zorgzwaartepakket. Het CIZ beoordeelt op basis van het beschreven cliëntprofiel bij dit ZZP of deze het best passend is om de vastgestelde zorgbehoefte van de verzekerde te compenseren. Het CIZ indiceert het best passende ZZP voor de cliënt. Het CIZ beoordeelt bij de vaststelling van een ZZP niet de aanspraak op de individuele functies die integraal zijn opgenomen in een ZZP. Een zorgzwaartepakket omvat wonen, zorg, diensten, dagbesteding en/of behandeling en behoort bij een opgesteld cliëntprofiel.

In de V&V-sector en de GHZ-sector is behandeling integraal opgenomen in de zorgzwaartepakketten. Een uitzondering vormen de lichtere pakketten, 1 en 2, waarin geen behandeling is opgenomen aangezien bij de ontwikkeling van de cliëntprofielen en zorgzwaartepakketten is vastgesteld dat deze groep cliënten geen behandeling nodig heeft. Doordat behandeling in ZZP3 en hoger integraal is opgenomen in de ZZP'en, kijkt het CIZ niet apart naar de behoefte aan deze specifieke functie op het moment dat zij heeft beoordeeld dat een ZZP-indicatie aan de orde is. Ook adviseert het CIZ niet over de wenselijkheid tot opname in een instelling voor verblijf met of zonder een toelating voor behandeling.<sup>4</sup>

### 2.3 Toelating en bekostiging

Het wel of niet hebben van een toelating is wel van belang voor de bekostiging. Deze toelatingen worden voorgeschreven door de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is opgenomen dat zorginstellingen die zorg willen aanbieden die op grond van de Zvw of AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt, een toelating van de minister of staatssecretaris van VWS nodig hebben.

De toelating voor behandeling wordt getoetst door het CIBG, onderdeel van het ministerie van VWS. In de toelatingen op grond van art. 5 WTZi wordt een onderscheid gemaakt tussen verblijf met behandeling (de intramurale zorg, verpleeghuiszorg) en verblijf zonder behandeling (de GVT's, verzorgingshuizen en RIBW's). Bij een aanvraag voor een toelating wordt getoetst of er aan bepaalde eisen wordt voldaan<sup>5</sup>. Hierbij moet worden gedacht aan eisen omtrent de bereikbaarheid van acute zorg en de transparantie-eisen inzake de bestuursstructuur en bedrijfsvoering (zoals vastgelegd in het Uitvoeringsbesluit WTZi en de WTZi-beleidsregels). Bij een toelating voor AWBZ-verblijf is ook een positief standpunt van het zorgkantoor vereist.

---

<sup>4</sup> Interview met CIZ, 2009.

<sup>5</sup> Interview met CIBG en website CIBG, 2009.

Hoewel een systeem van toelatingen voor behandeling suggereert dat ook wordt getoetst of een instelling voldoende geëquipeerd is om behandeling te leveren, is dit niet het geval. Een toelating kan daarmee niet worden gezien als een kwaliteitsgarantie voor het leveren van behandeling door een instelling. Wanneer een instelling een toelating krijgt toegewezen, vermeldt de toelating het aantal verblijfsplaatsen met en zonder behandeling. Dit onderscheid is vervolgens leidend voor het maken van productieafspraken in de huidige bekostigingsparameters. Dit onderscheid is ook leidend bij het bepalen of een ZZP afgesproken mag worden tegen de prijs met of zonder behandeling.<sup>6</sup> De NZa heeft voor verblijfsplaatsen zonder behandeling lagere ZZP-prijzen vastgesteld dan voor verblijfsplaatsen met behandeling. Voor de ZZP-prijzen voor 2009, zie bijlage 2. Productieafspraken voor een ZZP inclusief behandeling kunnen alleen worden gemaakt voor het aantal verblijfsplaatsen met behandeling waarvoor de zorgaanbieder is toegelaten.

Voor alle zorgzwaartepakketten zijn zowel prijzen inclusief als exclusief behandeling vastgesteld. Voor ZZP1 en ZZP2 geldt dat deze pakketten geen artikel 8-behandeling omvatten. Artikel 8 AWBZ-behandeling wordt voor deze groep cliënten dus niet bekostigd. Voor de artikel 15 AWBZ-behandeling kunnen deze cliënten, die veelal ook in een instelling zonder toelating voor behandeling zitten, aanspraak doen op de Zvw. Voor cliënten met een ZZP1 en ZZP2-indicatie die naar een instelling met een toelating voor verblijf gaan (bijvoorbeeld licht dementerenden die naar een verpleeghuis gaan), zijn er ook prijzen inclusief artikel 15-behandeling. Deze groep is vrij klein, aangezien deze cliënten te licht zijn voor dit type instelling.

De toelating is daarmee bepalend voor het wel of niet bekostigd krijgen van behandeling via het zorgzwaartepakket. Wanneer cliënten met een ZZP3 indicatie of hoger naar een instelling zonder toelating (bijvoorbeeld een verzorgingshuis) gaan, krijgt de instelling voor hen geen behandeling bekostigd via het zorgzwaartepakket.

## 2.4 Extramurale behandeling

Voor de groep cliënten met een ZZP3 of hoger die in een instelling zonder toelating zitten, kan wel extramurale behandeling worden ingekocht. De cliënt hoeft hiervoor niet apart te worden geïndiceerd. De behandeling is immers al geïndiceerd omdat er sprake is van een ZZP3-indicatie of hoger waar behandeling is inbegrepen.

Indien de zorgaanbieder van deze mogelijkheid gebruik wil maken, dient hij hiervoor met het zorgkantoor productieafspraken te maken met een

---

<sup>6</sup> Zie ook Factsheet ZZP'en en de toelating voor behandeling, 18 november 2008.

onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet.<sup>7</sup> Daarnaast is met betrekking tot de consulten door de verpleeghuisarts of gedragswetenschapper en de inzet van de prestatie BH-paramedisch expliciet aangegeven dat de betrokken behandelaar(s) onder contract moeten staan van de zorgaanbieder.

Vanuit het ministerie van VWS en de NZa wordt deze mogelijkheid niet gepromoot, aangezien het op grote schaal inkopen van extramurale behandeling tot een forse niet-ingecalculeerde kostenstijging kan leiden. Onlangs heeft Actiz, de organisatie van zorgondernemers, echter een artikel op haar website geplaatst, waarin wordt gepleit om vooral deze mogelijkheid te benutten.

Momenteel wordt er echter nog maar op zeer beperkte schaal gebruikgemaakt van deze mogelijkheid.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Kees Wevers, Behandeling in zorgzwaartepakketten, IVVU, september 2009.

<sup>8</sup> Dit blijkt uit gesprekken met beleidsmedewerkers van VWS, 2009.





### 3 PRAKTIJK: CLIENTEN EN BEHANDELING

#### 3.1 Aantal cliënten

De voorgaande hoofdstukken roepen de vraag op hoe groot de groep cliënten is, die geen behandeling bekostigd krijgen, maar wel hiervoor geïndiceerd zijn. Deze situatie doet zich zowel voor in de verpleging- en verzorgingssector (V&V, ook wel ouderenzorg genoemd) als de gehandicaptensector (GHZ-sector). In de GGZ-sector speelt deze problematiek niet, aangezien per 1 januari 2008 de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg overgeheveld is van de AWBZ naar de Zvw en de behandeling daarmee grotendeels ten laste komt van de Zvw.

In de GHZ-sector gaat het met name om mensen met een LG-indicatie (lichamelijk gehandicapten) en een VG-indicatie (verstandelijk gehandicapten). De instellingen die cliënten met een SGLVG-, LVG-, Zgoud- of Zgvis-indicatie opnemen, zijn zodanig gespecialiseerd dat zij altijd over een toelating beschikken.

De V&V-sector is de sector met het hoogste aantal cliënten en dit is ook de sector waar de situatie van pakketten met en zonder behandeling zich het meest voordoet. In de V&V-sector wordt bij een indicatie voor VV1 en VV2 geen behandeling in het indicatiebesluit opgenomen. Vanaf VV3 is de functie behandeling een integraal onderdeel van het ZZP-pakket. Wanneer cliënten met een VV3 indicatie of hoger echter naar een verzorgingshuis zonder toelating voor behandeling gaan, wordt behandeling niet bekostigd. Het gaat hierbij om 50.046 cliënten.

**Tabel 3.1 Omvang groepen cliënten met en zonder behandeling**

<b>V&amp;V sector</b>	<b>Met behandeling</b>	<b>Zonder behandeling</b>
V&V1 en V&V2	689	43.726
V&V3 en V&V 4	4.506	30.712
V&V5 en hoger	65.196	19.334
<b>V&amp;V 3 en hoger</b>	<b>69.702</b>	<b>50.046</b>
<b>V&amp;V Totaal</b>	<b>70.390</b>	<b>93.772</b>
<b>VG sector</b>	<b>Met behandeling</b>	<b>Zonder behandeling</b>
VG1 en VG2	1.518	5.980
VG3 en VG4	9.006	10.037
VG5 of hoger	25.826	4.498
<b>VG 3 of hoger</b>	<b>34.832</b>	<b>14.534</b>
<b>VG totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>
<b>LG sector</b>	<b>Met behandeling</b>	<b>Zonder behandeling</b>
LG1 en LG2	193	1.210
LG3 en LG4	452	1.038
LG5 of hoger	1.358	1.209
<b>LG3 of hoger</b>	<b>1.810</b>	<b>2.247</b>
<b>LG totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>

**Vervolg tabel 3.1 Omvang groepen cliënten met en zonder behandeling**

V&V, VG en LG sectoren	Met behandeling	Zonder behandeling
V&V3, VG3, of LG3 en hoger	106.344	66.827
<b>TOTAAL</b>	<b>108.744</b>	<b>117.744</b>

Bron: NZa, Overzicht ZZP'en in de GGZ, GHZ en V&V, peildatum 1 mei 2009

In de VG- en LG-sector gaat het om respectievelijk 14.543 en 2.247 cliënten. In totaal hebben dus bijna 67.000 cliënten een indicatie voor een pakket inclusief behandeling, maar krijgt de instelling die hen opneemt een pakket zonder behandeling bekostigd. Dit betekent overigens niet direct dat deze cliënten nu geen behandeling ontvangen. Uit de interviews met gesprek-partners en uit onderzoek van HHM blijkt dat cliënten in een instelling zonder toelating voor behandeling veelal toch behandeling krijgen. De instellingen worden hier veelal niet direct voor bekostigd vanuit de AWBZ. Wel kan het zo zijn dat instellingen de behandeling bekostigen vanuit het budget dat zij voor andere AWBZ functies krijgen. Een zeer gering deel van de instellingen ontvangt hiervoor wel financiering vanuit de AWBZ doordat zij financiering voor extramuraal behandeling ontvangen. Een deel van de geleverde behandeling wordt naar alle waarschijnlijkheid bekostigd uit de Zvw.

### 3.2 Omvang behandelcomponent

Onderstaande tabel, geeft de uren en de kostprijzen van behandeling weer per indicatie op 31/12/2008. Wat opvalt is dat voor de lichte indicaties 1 en 2 er wel een kostprijs voor behandeling is opgenomen. Deze kostprijs wordt alleen opgenomen in de ZZP-prijs wanneer een cliënt met een ZZP1- of ZZP2-indicatie naar een instelling met toelating voor behandeling gaat. Dit bedrag is dan alleen opgenomen voor de levering van artikel 15 behandeling. Deze situatie doet zich weinig voor, aangezien bijvoorbeeld licht dementerenden niet op hun plaats zijn in een verpleeghuis. Dit bedrag is in de V&V-sector gelijk aan €4,38 per dag en dat komt neer op €1.598,70 per jaar. Hieruit moeten met name de kosten voor de algemeen medische hulp, psychiatrische behandeling als integraal onderdeel en de geneesmiddelen worden betaald. Uit het gesprek met de NZa blijkt echter dat zij niet in staat zijn om de kosten voor de algemeen medische hulp en de psychiatrische behandeling los van artikel 8 in te schatten. De kosten die hier zijn opgenomen, zijn gebaseerd op een onderzoek van KPMG en betreffen alleen de materiële zorggebonden kosten.

**Tabel 3.2 Omvang behandelcomponent**

ZZP	Totaaltijd per week		Kostprijs van behandeling per dag	Prijs per jaar
	Achtergrond	Voorgrond		
VV1			€4,38	€ 1.598,70
VV2			€4,38	€1.598,70
VV3	0,12	1,43	€24,56	€8.964,40
VV4	0,12	1,43	€24,56	€8.964,40
VV5	0,12	1,50	€25,89	€9.449,85
VV6	0,12	1,50	€25,89	€9.449,85
VV7	0,12	2,00	€32,40	€11.826,00
VV8	0,12	2,00	€32,40	€11.826,00
VV9	0,12	4,00	€58,57	€21.378,05
VV10	0,12	2,00	€32,41	€11.829,65
VG1			€5,71	€2.084,15
VG2			€5,71	€2.084,15
VG3		1,21	€19,24	€7.022,60
VG4		1,21	€19,24	€7.022,60
VG5		1,29	€20,08	€7.329,20
VG6		1,29	€20,09	€7.332,85
VG7		1,29	€20,08	€7.329,20
LG1			€5,71	€2.084,15
LG2			€5,71	€2.084,15
LG3		2,33	€31,74	€11.585,10
LG4		2,33	€31,74	€11.585,10
LG5		2,49	€33,13	€12.092,45
LG6		2,49	€33,13	€12.092,45
LG7		2,49	€33,13	€12.092,45

Bron: NZa, Overzicht uren ZZP'en en Overzicht prijzen ZZP'en (prijsspeil 31-12-2008)

Wat niet in bovenstaande tabel staat, is dat in de ZZP1- en ZZP2-pakketten nog een half uur behandeling is opgenomen in de woonzorgcomponent.<sup>1</sup> De kosten hiervoor kunnen worden ingeschat op circa €6,40 per dag, oftewel circa €2300 per jaar.<sup>2</sup> Deze bekostiging kan worden gebruikt voor het toch af en toe inzetten van de specialist ouderengeneeskunde voor de behandeling van cliënten waarbij behandeling geen deel uitmaakt van het pakket.

Vanaf ZZP3 maakt behandeling deel uit van het zorgzwaartepakket. In het pakket is zowel tijd voor behandeling op de voorgrond (daadwerkelijke behandeling door arts of paramedicus) en voor behandeling op de achtergrond opgenomen (opstellen van een behandelplan, overleg tussen artsen). Uit tabel 3.2 blijkt dat het gemiddeld gaat het om circa 1,5 tot 2,5 uur, die gereserveerd is voor behandeling. Pakket VV9 is een uitzondering, in dit pakket is vier uur gereserveerd voor behandeling. Het gaat hierbij om revalidatiezorg. Aangezien er een apart traject loopt om revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw over te

<sup>1</sup> Gesprekken met beleidsmedewerkers VWS en NZa, 2009.

<sup>2</sup> Voor behandeling op de achtergrond is in VV3 €1,54 per dag opgenomen voor 0,017 uur per dag (0,12 uur per week, gedeeld door 7). Het uurtarief bedraagt daarmee €89,83 per dag. De kosten voor een half uur behandeling op de achtergrond per week bedragen daarmee €6,41 per dag, oftewel €2342 per jaar.

hevelen, laten we de revalidatiezorg in het vervolg van de notitie buiten beschouwing.

In geld uitgedrukt gaat het om €24,56 per dag voor behandeling voor VV3 en VV4, oftewel €8964,40 per jaar. Dit is exclusief de behandeling die is opgenomen in de woonzorgcomponent. In de VG-sector gaat het om iets lagere bedragen per cliënt, terwijl het in de LG-sector om iets hogere bedragen gaat.

In totaal wordt er in 2009 ruim een miljard euro aan behandeling in de V&V, LG- en VG-sectoren uitgegeven. Dit is exclusief de behandeling als onderdeel van revalidatiezorg en exclusief de behandeling opgenomen in de woonzorgcomponent. De V&V-sector neemt het grootste deel voor zijn rekening met iets meer dan 600 miljoen euro. Zie bijlage 3 voor de onderbouwing van de inschatting van deze kosten.

### 3.3 Ter illustratie

De hiervoor genoemde bedragen zijn vrij abstract. De bedragen zeggen immers weinig over de hoeveelheid en kwaliteit van de geleverde zorg. Navolgend proberen we iets meer inzicht te genereren in wat er geleverd kan worden voor de één miljard euro aan behandeling.

Uit recente cijfers van Prismant<sup>3</sup> blijkt dat er in Nederland 1.399 specialisten ouderengeneeskunde actief zijn. Zij werken gemiddeld met een deeltijdfactor van 0,83, dit komt neer op 1.161 fte. Wanneer specialisten ouderengeneeskunde alleen cliënten met V&V-pakketten inclusief behandeling behandelen, betekent dit een caseload van 53 cliënten. Daarnaast zijn er circa 175 artsen voor verstandelijk gehandicapten<sup>4</sup> actief. Wanneer avg's alleen cliënten met ZZP'en inclusief behandeling behandelen, betekent dit een caseload van 219 cliënten. Ervan uitgaande dat de loonkosten voor een specialist ouderengeneeskunde/arts voor verstandelijk gehandicapten gemiddeld € 100.000 zijn, dan wordt hieraan €133.600.000,- besteed. De resterende 900 miljoen euro wordt aan materiële zorggebonden kosten en paramedici besteed. De materiële zorggebonden kosten kunnen worden ingeschat op 178 miljoen euro. Dit betreft een erg ruwe schatting. Als basis hiervoor zijn de kosten voor behandeling op de voorgrond in de laagste pakketten (1 en 2) gebruikt. Dit houdt in dat er meer dan 700 miljoen euro aan budget over is voor paramedici. Voor een toelichting op deze berekening zie bijlage 4.

---

<sup>3</sup> Telefoongesprek met Willem van der Windt, Prismant, cijfers zijn voor het Capaciteitsorgaan en nog niet openbaar.

<sup>4</sup> <http://medischcontact.artsennet.nl/blad/Tijdschriftartikel/Artsentekort-soms-nijpend.htm>

Ervan uitgaande dat de loonkosten voor een paramedicus gemiddeld €75.000 per jaar bedragen, betekent dit dat circa 9700 fulltime paramedici bekostigd kunnen worden. Dit houdt in dat de caseload van een paramedicus gelijk is aan circa 10,3 cliënten. Of anders gezegd, elke cliënt kan circa 3,9 uur per week behandeling van een paramedicus krijgen. Dit komt dan nog bovenop de behandeling die hij ontvangt van een specialist ouderengeneeskunde.

Hoewel het hier om een zeer ruwe schatting gaat, maakt deze uitwerking wel duidelijk dat het benodigde aandeel behandeling eerder overschat dan onderschat lijkt te zijn.

### **3.4 Levering van behandeling in de praktijk**

Het blijft de vraag of cliënten met een ZZP zonder behandeling ook daadwerkelijk zorg mislopen. Deze vraag is niet zo makkelijk te beantwoorden. Om een goed antwoord op deze vraag te kunnen geven, moet het volgende duidelijk zijn:

- Wordt aan cliënten met een ZZP zonder behandeling helemaal geen AWBZ behandeling geboden?
- Kan dezelfde groep cliënten voor (een deel van) de niet door de instelling geboden behandeling terecht bij de Zvw?
- Welke behandeling ontvangt deze groep cliënten niet?
- Ten slotte: heeft deze groep cliënten ook daadwerkelijk behoefte aan deze behandeling?

Feit blijft wel dat het niet is uit te leggen dat de ene instelling met toelating wel wordt bekostigd voor de levering van behandeling aan haar cliënten en de andere instelling zonder toelating hiervoor niet wordt bekostigd.

Het onderzoeksbureau HHM heeft in de V&V en de GHZ sectoren onderzoek naar de tijdsbesteding van behandelaars verricht.<sup>5</sup> Het onderzoek in de V&V sector dateert uit 2007 en bevat nuttige bevindingen voor de beantwoording van de eerstgenoemde vraag. Uit dit onderzoek komt naar voren dat aan cliënten in alle ZZP'en behandeling wordt geboden, zowel in verzorgingshuizen als verpleeghuizen. Deze bevinding is om twee redenen opvallend:

Ten eerste is het opvallend dat ook cliënten met een VV1 en VV2 indicatie behandeling krijgen geboden. Behandeling is immers geen onderdeel van deze lichte ZZP'en. Ten tweede is het opvallend dat ook verzorgingshuizen behandeling leveren. Verzorgingshuizen hebben immers geen toelating voor behandeling.

---

<sup>5</sup> Tijdhof, A., IJland, C.M., Jansen, P.G.M., Tijdbestedingsonderzoek behandelaars sector V&V, HHM, 2007 en Jansen, P.G.M., van Dijk-Jonkman, A., Pansier-Mast, M.L., van der Werf, H., Tijdsregistratie behandelaars sector GZ, HHM, 2009.

Uit het onderzoek blijkt dat aan cliënten met een VV1- en VV2-indicatie zelfs een behoorlijke mate van behandeling wordt geleverd, terwijl hiervoor geen tijd is opgenomen. De behandelingsduur varieert van 0,3 uur per week in het verzorgingshuis tot 1,9 uur in het verpleeghuis.

Ook uit het tijdsbestedingsonderzoek in de gehandicaptenzorg blijkt dat cliënten in een gezinsvervangend tehuis (GVT) zonder toelating voor behandeling even goed AWBZ-artikel 8-behandeling ontvangen. Verder blijken cliënten met lage ZZP-indicaties (VG1 en VG2) in de VG-sector eveneens behandeling te ontvangen. De behandelingsduur varieert van 28 minuten voor cliënten met een VG1-indicatie tot 72 minuten voor cliënten met een VG7 indicatie. In de gezinsvervangende tehuizen die geen toelating voor behandeling hebben, wordt eveneens behandeling geleverd. Hier varieert de behandelingsduur van zestien minuten voor cliënten met een VG1 indicatie tot 51 minuten voor cliënten met een VG7-indicatie. De lagere omvang van behandeling in deze instellingen kan deels worden verklaard doordat de artikel 15 AWBZ-behandeling aan deze cliënten wordt gefinancierd vanuit de Zvw.

Uit dit tweetal onderzoeken blijkt dat cliënten met een ZZP zonder behandeling toch AWBZ-behandeling ontvangen. Onduidelijk is of dit in alle instellingen zonder toelating voor behandeling het geval is en of de ontvangen behandeling voldoende is.

Cliënten in een instelling zonder toelating voor behandeling kunnen voor artikel 15-behandeling terecht bij de Zvw en de Wmo. Het is met name de artikel 8-behandeling die zij nu (deels) mislopen. Naast de behandeling van de specialist ouderengeneeskunde gaat het hierbij om paramedische zorg, zoals fysiotherapie, ergotherapie en logopedie. De huisarts kan weliswaar een deel van de zorg van de specialist ouderengeneeskunde opvangen, maar beschikt niet over dezelfde expertise. Daarnaast kan een deel van de paramedische zorg worden bekostigd via de Zvw.

Naar de daadwerkelijke behoefte aan behandeling van cliënten is geen onderzoek verricht. Wanneer de zorgzwaartepakketten (in grote lijnen) echter goed zijn vastgesteld en de indicering goed verloopt, zou dit moeten betekenen dat cliënten bij een indicatie van ZZP3 of hoger behoefte hebben aan behandeling. Behandeling maakt vanaf ZZP3 immers onderdeel uit van het zorgzwaartepakket.

## 4 TOEKOMST: HOE NU VERDER?

### 4.1 Consequenties huidige regelgeving

Niets doen Voordat we ingaan op de alternatieven voor de financiering van behandeling, is het eerst goed om stil te staan bij wat er gebeurt als VWS het systeem van toelatingen handhaaft en daar deels de bekostiging op blijft baseren.

Hiervoor willen we een aantal scenario's onderscheiden:

- Scenario A: Er verandert niets.
- Scenario B: Er worden toelatingen voor behandeling aangevraagd.
  - Scenario B1: Voor 25 procent van de plekken zonder toelating wordt een toelating aangevraagd.
  - Scenario B2: Voor vijftig procent van de plekken zonder toelating wordt een toelating aangevraagd.
  - Scenario B3: Voor honderd procent van de plekken zonder toelating wordt een toelating aangevraagd.
- Scenario C: Behandeling wordt extramuraal ingekocht.
  - Scenario C1: Voor 25 procent van de plekken zonder toelating wordt extramurale behandeling aangevraagd.
  - Scenario C2: Voor vijftig procent van de plekken zonder toelating wordt extramurale behandeling aangevraagd.
  - Scenario C3: Voor honderd procent van de plekken zonder toelating wordt extramurale behandeling aangevraagd.
- Scenario D: mengvormen.
  - Scenario D1: Voor 25 procent van de plekken zonder toelating wordt een toelating aangevraagd voor de andere 25 procent wordt extramurale behandeling aangevraagd.
  - Scenario D2: Voor vijftig procent van de plekken zonder toelating wordt een toelating aangevraagd. Voor de andere vijftig procent wordt extramurale behandeling aangevraagd.

De scenario's B tot en met D zijn niet onrealistisch. Het CIBG merkt nu al een stijging van het aantal toelating voor behandeling. Deze toelatingen worden vrij eenvoudig afgegeven. Indien in een regio toelatingen voor bijvoorbeeld vijfhonderd plaatsen zijn afgegeven en er geen instelling is gestopt met de levering van behandeling in combinatie met verblijf, dan ziet de NZa dit als een capaciteitsuitbreiding en wijst hiervoor extra budget toe aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor spreekt vervolgens een prijs inclusief behandeling met de betreffende aanbieder af. Een soortgelijk verhaal geldt voor de inkoop van extramurale behandeling.

Het grote verschil tussen een toelating voor behandeling aanvragen en behandeling extramuraal inkopen, is dat in het eerste geval de instelling ook artikel 15 behandeling moet leveren.

De financiële gevolgen van de scenario's zijn weergegeven in tabel 4.1. De revalidatiezorg is hierbij, zoals eerder al aangegeven, buiten beschouwing gelaten. De berekeningen zijn opgenomen in bijlagen 4, 5 en 6.

**Tabel 4.1 Gevolgen in miljoenen euro's**

Sector	A	B1	B2	B3	C1	C2	C3	D1	D2
V&V	0	103,3	206,5	413,0	68,8	137,7	275,3	172,1	344,2
LG	0	4,0	8,1	16,2	3,2	6,3	12,7	7,2	14,4
VG	0	25,9	51,7	103,5	20,5	40,9	81,8	46,3	92,6
<b>Totaal</b>	<b>0</b>	<b>133,2</b>	<b>266,3</b>	<b>532,7</b>	<b>92,5</b>	<b>184,9</b>	<b>369,8</b>	<b>225,6</b>	<b>451,2</b>

Deze tabel maakt duidelijk dat ook wanneer VWS besluit niets te doen, verwacht kan worden dat de uitgaven toenemen. Wanneer instellingen op grote schaal toelatingen aanvragen, betekent dit ook dat de algemeen medische kosten, geneesmiddelen et cetera (artikel 15), ten laste zullen komen van de AWBZ, zonder dat er een overheveling van gelden van de Zvw heeft plaatsgevonden.

Aangezien de ervaring leert dat het lastiger is om gelden terug te vorderen dan vooraf over te hevelen, verdient het aanbeveling om de financiering van behandeling zo snel mogelijk goed te regelen.

## 4.2 Huidige systeem van toelatingen handhaven?

De voorgaande alinea's gaven weer hoe het huidige systeem van toelatingen voor behandeling gekoppeld aan verblijf leidt tot een onuitlegbare situatie waarin het type instelling (wel of geen toelating) leidend is voor het wel of niet inbegrepen zijn van behandeling in het zorgzwaartepakket. Om te bepalen welke alternatieven er zijn voor de financiering van behandeling, is het eerst van belang om na te gaan of het huidige systeem van toelatingen voor behandeling gekoppeld aan verblijf gehandhaafd dient te worden.

Uit de gesprekken met de verscheidene stakeholders komt sterk naar voren dat een onderscheid in verpleeghuizen en verzorgingshuizen niet meer van deze tijd is. Deze instellingen zijn steeds meer naar elkaar toe gegroeid. De verwachting is dat dit alleen nog maar zal toenemen, doordat ouderen en chronisch zieken steeds langer thuisblijven. Cliënten met een lichte indicatie zullen daardoor steeds minder kiezen voor een verzorgingshuis, gezinsvervangend tehuis of een andersoortige instelling zonder toelating voor behandeling. Deze instellingen zonder toelating voor behandeling nemen - willen zij niet leeg komen te staan - steeds meer zwaardere cliënten op, waardoor zij meer gaan lijken op de instellingen met toelating voor behandeling. Een sterk onderscheid in instellingen met toelating en zonder toelating is daardoor achterhaald.



Daarbij komt dat het hebben van een toelating erg weinig zegt over de mate waarin instellingen in staat zijn om behandeling te leveren. De toegevoegde waarde van een systeem van toelatingen is daardoor beperkt. Het enige genoemde voordeel van een systeem van toelatingen, is dat het instellingen in staat stelt om geen behandeling te hoeven leveren. Het is echter de vraag of je hiervoor een systeem van toelatingen nodig hebt. Een instelling kan er immers ook voor kiezen om alleen cliënten met zorgzwaartepakketten op te nemen waarbij behandeling niet is inbegrepen. Bovendien bestaat het plan om de WTZi vanaf 2012 af te schaffen waarmee de toelatingen ook zullen verdwijnen.

In het kader van de persoonsvolgende bekostiging, kan een systeem van toelatingen ten slotte alleen worden gehandhaafd als een instelling zonder toelating geen cliënten meer opneemt die aanspraak maken op behandeling (met ZZP indicatie 3 of hoger). De zorgvraag van de cliënt (uitgedrukt in een ZZP indicatie) moet immers leidend zijn voor de te ontvangen zorg, niet het type instelling.

**Tabel 4.2 Voor- en nadelen van het afschaffen van de huidige toelating voor behandeling**

<b>Huidige toelating voor behandeling afschaffen</b>	
<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Past in huidige ontwikkelingen: het scherpe onderscheid tussen instellingen met toelating voor behandeling en zonder toelating niet meer van deze tijd.</li> <li>- Past in beleid van persoonsvolgende bekostiging.</li> <li>- Past in het voornemen om de Wtzi af te schaffen.</li> <li>- Instellingen die nu nog geen toelating voor behandeling hebben, worden gemotiveerd om zichzelf te equiperen om behandeling te kunnen leveren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deel van de instellingen zonder toelating voor behandeling is niet klaar om behandeling te leveren en heeft hier wellicht ook geen interesse in. Zonder systeem van toelatingen moeten zij dit wel gaan leveren tenzij zij alleen cliënten met een ZZP opnemen waarin geen behandeling is opgenomen (nu: ZZP1 en ZZP2).</li> </ul>
<p><u>Eindoordeel:</u> Gezien de waarde die het veld en het ministerie van VWS hechten aan het centraal stellen van de cliënt en de huidige ontwikkelingen waarin het onderscheid tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen steeds diffuser wordt, is het huidige systeem van toelatingen voor behandeling niet meer van deze tijd. Niet de toelating moet leidend zijn voor de zorg die een cliënt ontvangt, maar zijn zorgvraag uitgedrukt in een ZZP-indicatie.</p>	

### 4.3 De toekomst: behandeling handhaven als onderdeel in ZZP?

Behalve de vraag of je de toelatingen moet handhaven, kan de vraag nog worden gesteld of behandeling deel moet blijven uitmaken van het zorgzwaartepakket. Een negatief antwoord op deze vraag betekent niet dat behandeling niet meer moet worden geleverd, maar dat behandeling niet meer

deel uitmaakt van het integrale zorgpakket. Dit betekent dat de mate van benodigde behandeling los van het zorgzwaartepakket wordt vastgesteld. Indien de behandeling wordt bekostigd uit de AWBZ, is het CIZ de aangewezen instantie om de behoefte aan behandeling te indiceren. Indien de behandeling wordt bekostigd uit de Zorgverzekeringswet, betekent dit dat de huisarts de cliënt eerst zal moeten doorverwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde dan wel de huisarts zelf verwijst de cliënt vervolgens ook door naar de paramedici. De specialist ouderengeneeskunde of de huisarts fungeert hierbij als hoofdbehandelaar.

De mogelijkheid om behandeling uit het zorgzwaartepakket te halen, lijkt in eerste instantie wellicht vreemd. Immers, bij de invoering van zorgzwaartepakketten is juist gekozen voor integrale pakketten. Echter, wanneer men kijkt naar de functie behandeling, dan verschilt deze in één belangrijk opzicht van de andere functies verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding. Dit verschil is dat de onderlinge inwisselbaarheid van verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding niet geldt voor behandeling. Een instelling moet de behandelingsbudgetten en uitgaven van de verschillende cliënten tegen elkaar uitwisselen om uit te komen. Er zullen cliënten zijn die heel veel behandeling nodig hebben. Dit betekent niet dat zij dan geen aanspraak meer kunnen maken op de andere functies. Je kunt de cliënt immers niet zijn benodigde geneesmiddelen ontzeggen. Hetzelfde geldt voor de andere behandelingscomponenten. De instelling komt uiteindelijk budgettair uit, doordat de ene cliënt veel minder gebruikmaakt van bepaalde behandelingscomponenten dan de andere cliënt. Bij de andere functies geldt dat deze op cliëntniveau inwisselbaar zijn. Wil de cliënt meer persoonlijke verzorging, dan moet hij genoeg nemen met minder begeleiding.

Er kleeft ook een aantal nadelen aan een zorgzwaartepakket exclusief behandeling. De behandeling moet apart worden bekostigd, dit zorgt voor een toename van de administratieve lasten. Een andere belangrijke verandering is dat instellingen, zorgkantoren en het CIZ opnieuw te maken krijgen met een verandering in de bekostiging. Er wordt deels afgestapt van het denken in integrale pakketten, dit kan er ook voor zorgen dat de discussie omtrent zorgzwaarteprofielen en bijbehorende pakketten weer wordt heropend.

**Tabel 4.3 Voor- en nadelen van een zorgzwaartepakket exclusief behandeling**

Huidige toelating voor behandeling afschaffen	
Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandeling is in tegenstelling tot de andere functies niet inwisselbaar.</li> <li>- Bekostiging wordt echt persoonsvolgend door behandeling apart te indiceren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administratieve lasten nemen toe.</li> <li>- Er wordt afgestapt van het denken in integrale pakketten.</li> <li>- De discussie omtrent zorgzwaarteprofielen en bijbehorende pakketten wordt weer heropend.</li> </ul>

Eindoordeel: Gezien de waarde die het veld en het ministerie van VWS hechten aan het centraal stellen van de cliënt en de beperkte inwisselbaarheid van behandeling tegen andere functies, lijkt het logisch om behandeling uit het zorgzwaartepakket te halen. Een dergelijke beslissing opent echter wel weer de discussie rondom de vastgestelde zorgzwaarteprofielen en bijbehorende pakketten. Daarnaast worden betrokkenen opnieuw geconfronteerd met een wijziging in de bekostiging. Voordat een beslissing wordt genomen, is het goed om eerst de betrokkenen te vragen naar hun voorkeur.

#### 4.4 De toekomst: alternatieven voor de financiering van behandeling

Er zijn grofweg drie alternatieven voor de financiering van behandeling. Deze alternatieven hebben met elkaar gemeen dat de zorgvraag van de cliënt leidend is. Dit betekent dat er een einde komt aan het huidige systeem van toelatingen voor behandeling gekoppeld aan verblijf, waaraan de bekostiging van behandeling momenteel gekoppeld is.

- Alternatieven De drie alternatieven zijn:
1. Alle behandeling financieren via de AWBZ.
  2. Alle behandeling financieren via de Zorgverzekeringswet (Zvw).
  3. Mengvormen: behandeling wordt zowel vanuit de AWBZ als Zvw gefinancierd.
    - a. Behandeling aan cliënten met lagere ZZP'en financieren vanuit AWBZ en behandeling aan cliënten met hogere ZZP'en financieren vanuit de Zvw.
    - b. Behandeling opsplitsen: artikel 8 naar AWBZ en artikel 15 (gedeeltelijk) naar Zvw en Wmo.

Behalve de genoemde mengvormen, zijn er nog andere mengvormen mogelijk. Deze andere mengvormen laten we voor de overzichtelijkheid buiten beschouwing. Hierna volgt een uitgebreidere beschrijving van de alternatieven waarin ook wordt ingegaan op de uitgangspunten en vereisten van de alternatieven.

### **Alternatief 1: alle behandeling naar de AWBZ**

Het uitgangspunt van dit alternatief is dat alle behandeling, zowel artikel 8 als 15, wordt bekostigd vanuit de AWBZ. Dit betekent dat zodra een cliënt een verblijfsindicatie ontvangt en voor opname in een intramurale instelling kiest, zijn/haar benodigde behandeling wordt bekostigd vanuit de AWBZ. Dit betekent dat in alle zorgzwaartepakketten een bedrag voor behandeling wordt opgenomen. Voor de lagere zorgzwaartepakketten 1 en 2, geldt dat het bedrag alleen bedoeld is voor artikel 15 behandeling. De instelling voegt dit bedrag toe aan zijn begroting en betaalt hier vervolgens alle behandelingskosten hieruit. Dit betekent dus dat de gemaakte huisartskosten, kosten voor specialisten ouderengeneeskunde/artsen voor verstandelijk gehandicapten, farmaceutische kosten, kosten aan hulpmiddelen et cetera, allemaal uit het instellingsbudget betaald dienen te worden. De Zvw is alleen nog aan zet als een cliënt opgenomen moet worden in het ziekenhuis.

Voor mensen met een ZZZ3 indicatie of die ervoor kiezen om thuis te wonen (het scheiden van wonen en zorg), geldt dat in hun pakket artikel 8-behandeling is opgenomen. Zij kunnen voor de rest van de zorg terecht bij de huisarts, die wordt bekostigd via de Zvw. Het idee erachter is dat deze mensen ervoor kiezen om nog zoveel mogelijk 'normaal' te leven. Een eigen huisarts past hier ook bij.

Vereisten:

- Er dient een overheveling van gelden van de Zvw naar de AWBZ plaats te vinden.
- Huisartsen, paramedici, farmaceuten, instellingen en cliënten moeten over deze verandering duidelijk worden geïnformeerd. De kosten die aan artikel 8 en 15 behandeling worden gemaakt, moeten ten laste komen van de AWBZ. Dit betekent dat er geen rekeningen meer naar de zorgverzekeraar moeten worden gestuurd.

### **Alternatief 2: alle behandeling naar de Zvw**

Het uitgangspunt van dit alternatief is dat alle behandeling, zowel artikel 8 als 15, wordt bekostigd vanuit de Zvw. Dit betekent dat de behandeling van cliënten met een verblijfsindicatie altijd wordt bekostigd vanuit de Zvw. De behandeling, zoals deze nu in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ omschreven staat, moet dan een soortgelijke aanspraak worden in de Zvw. Dit betekent dat behandeling uit het zorgzwaartepakket wordt gehaald.

Een logische vervolgstap is om ook de behandeling aan cliënten zonder verblijfsindicatie te bekostigen via de Zvw. Alle behandeling wordt dan bekostigd vanuit de Zvw.

Vereisten:

- Er dient een overheveling van gelden van de AWBZ naar de Zvw plaats te vinden.
- Behandeling wordt uit het zorgzwaartepakket gehaald.
- AWBZ behandeling dient een aanspraak te worden in de Zvw. Nu kunnen alleen de algemeen medische verrichtingen van een specialist ouderengeneeskunde en monodisciplinaire paramedische zorg (gedeeltelijk) bekostigd worden vanuit de Zvw-basisverzekering. Met het opnemen van deze aanspraak is het ook mogelijk om de inzet van een avg, specialist ouderengeneeskunde en multidisciplinaire paramedische zorg te bekostigen vanuit de Zvw.
- Er moeten wellicht bijbehorende DBC's ontwikkeld worden.

**Alternatief 3a: splitsing bij ZZP leggen**

Het uitgangspunt van dit alternatief is dat de cliënten met complexere en zwaardere aandoeningen een totaalpakket geleverd krijgen vanuit de AWBZ. De cliënten met minder complexe en zware aandoeningen kunnen voor hun behandeling terecht bij de Zvw. Veel van deze cliënten beschikken vaak nog over een huisarts die de algemeen medische zorg kan leveren. Cliënten die geen huisarts meer hebben, maar een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten, hoeven nu niet ineens van arts te wisselen. Zij kunnen voor hun algemeen medische zorg terecht bij hun specialist ouderengeneeskunde of avg. De kosten voor de inzet van een specialist ouderengeneeskunde en avg moeten gedeclareerd worden op de Zvw. Daarnaast dient de inzet van multidisciplinaire paramedische zorg bekostigd te kunnen worden uit de Zvw.

Stel dat de grens bij ZZP5 wordt gelegd, dan betekent dit dat:

- Er niets verandert voor cliënten met een ZZP1- of ZZP2-indicatie. In hun pakketten is geen AWBZ-behandeling opgenomen. De algemeen medische hulp wordt bekostigd vanuit de Zvw.
- Voor cliënten met een ZZP3- of ZZP4-indicatie geldt dat zij voor hun behandeling terecht kunnen bij de Zvw.
- Voor cliënten met een ZZP5-indicatie of hoger geldt dat zij voor hun behandeling terecht kunnen bij de AWBZ.

Vereisten:

- Er is sprake van een tweetal overhevelingen, één van de AWBZ naar de Zvw (behandeling aan ZZP3- en ZZP4-cliënten) en één van de Zvw naar de AWBZ (behandeling aan cliënten met een ZZP5- of hogere indicatie, die nu op een plek zonder toelating voor behandeling zitten).
- Er dient te worden bepaald vanaf welk zorgzwaartepakket het pakket een totaalpakket moet zijn waaruit zowel artikel 8- als artikel 15-behandeling kan worden bekostigd.
- Voor de lagere pakketten dienen nieuwe prijzen te worden bepaald.

- Zorg door een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten aan cliënten met een ZZP4-indicatie of lager, dient te kunnen worden bekostigd uit de Zorgverkeringswet.
- Artikel 8 AWBZ behandeling dient een aanspraak te worden in de Zvw. Nu kunnen alleen de algemeen medische verrichtingen van een specialist ouderengeneeskunde en monodisciplinaire paramedische zorg (gedeeltelijk) worden bekostigd vanuit de Zvw-basisverzekering.
- Er moeten wellicht bijbehorende DBC's ontwikkeld worden.
- De zorgverzekeraar moet inzicht hebben in de indicaties van haar verzekerden om zo dubbele declaraties te voorkomen.

### **Alternatief 3b: behandeling opsplitsen**

Het uitgangspunt van dit alternatief is dat niet alle behandeling bekostigd dient te worden uit de AWBZ. Bepaalde onderdelen van behandeling kunnen beter vanuit de Zvw dan wel uit de Wmo worden bekostigd. Bij deze optie wordt dus afgezien van behandeling als totaalpakket. De cliënten met minder complexe en zware aandoeningen kunnen voor hun behandeling terecht bij de Zvw. Voor de uitwerking van deze optie gaan we ervan uit dat de scheiding als volgt is: artikel 8 behandeling wordt bekostigd vanuit de AWBZ en artikel 15-behandeling vanuit de Zvw. Een andere scheiding kan zijn om artikel 8 en artikel 15a en 15b te bekostigen vanuit de AWBZ en de overige onderdelen vanuit de Zvw dan wel Wmo. In dat geval wordt er voor gekozen om alleen de materiele zorggebonden kosten te bekostigen vanuit de Zvw en de Wmo.

Vereisten:

- Er dient te worden bepaald welke onderdelen van behandeling bekostigd dienen te worden vanuit de AWBZ en welke onderdelen vanuit de Zvw.
- Het onderscheid in behandeling dient voor alle betrokkenen duidelijk te zijn. Hiermee moet het risico op dubbele declaraties worden verkleind.

## **4.5 Toetsing van de alternatieven**

De consequenties van de alternatieven worden duidelijk door de alternatieven te toetsen op een aantal criteria. Door de verschillende alternatieven te toetsen op de criteria, kan ook een afweging worden gemaakt.

Op basis van de gesprekken met de verschillende partijen en het ministerie van VWS, heeft RegioPlan de volgende criteria onderscheiden:

- Toegankelijkheid van behandeling: de mate waarin cliënten toegang hebben tot AWBZ behandeling. We gaan er hierbij van uit dat dit grotendeels wordt bepaald door het budget dat per cliënt beschikbaar is voor AWBZ behandeling.
- Zorgvraag centraal: de mate waarin de zorgvraag leidend is voor de hoeveelheid zorg die bekostigd wordt.

- Beheersbaarheid van de AWBZ: het gaat hier om de financiële beheersbaarheid van de AWBZ.
- Eenduidigheid in bekostiging: zorg en welzijn worden nu bekostigd vanuit verschillende bekostigingssystemen (Wmo, AWBZ en Zvw), dit leidt vaak tot onduidelijkheid. Met dit criterium toetsten we de mate waarin de alternatieven eenduidigheid in bekostiging bevorderen.
- Voortzetting ingezet beleid: in hoeverre komen de alternatieven overeen met reeds ingezet beleid?
- Minimalisatie risico dubbele bekostiging: in welke mate zorgen de alternatieven ervoor dat het risico op dubbele bekostiging (voorbeeld: declareren van behandeling bij de Zvw, terwijl de instelling het volledige budget van behandeling krijgt vanuit de AWBZ) wordt geminimaliseerd.
- Regie uit één hand: in welke mate is het mogelijk dat de zorgregie vanuit één hand komt (één hoofbehandelaar)?
- Financiële gevolgen voor cliënt: welke gevolgen hebben de alternatieven voor de cliënt.
- Gevolgen voor personeel: welke gevolgen hebben de alternatieven voor het personeel (denk aan administratieve verplichtingen)?
- Budgettaire ruimte instellingen: wat zijn de financiële gevolgen voor de instelling, neemt de budgettaire ruimte bij de verschillende alternatieven juist toe of af?
- Minimalisatie nieuwe organisatorische vereisten instellingen: wat zijn de organisatorische gevolgen voor de instellingen? Wanneer een alternatief hier positief op scoort, betekent dit dat er minder organisatorische veranderingen nodig zijn dan wanneer een alternatief hier negatief op scoort.
- Draagvlak: in hoeverre bestaat er voor elk van de alternatieven draagvlak?
- Praktische haalbaarheid: het gaat hier met name om de snelheid waarbij de alternatieven ingevoerd kunnen worden.
- Minimalisatie administratieve lasten: nemen de administratieve lasten toe of af bij de verschillende alternatieven? Wanneer een alternatief hier positief op scoort, betekent dat een alternatief minder administratieve lasten tot gevolg heeft dan wanneer een alternatief hier negatief op scoort.

De scores op deze criteria hangen voor een groot deel samen met de wijze waarop de alternatieven worden ingevoerd. Om toch iets te kunnen zeggen over de scores hanteren we een aantal veronderstellingen:

- De omvang van de benodigde behandeling is juist ingeschat in de zorgprofielen;
- Het bedrag dat aan behandeling is gekoppeld, is eveneens correct;
- Het benodigde bedrag voor behandeling is beschikbaar voor alle cliënten die hiervoor in aanmerking komen, ongeacht de keuze voor de Zvw, AWBZ of een mengvorm.

In de navolgende tabel is voor elk alternatief de score op de criteria in vergelijking tot de nuloptie (niets doen) weergegeven.

**Tabel 4.4 Toetsing van de alternatieven**

Criteria	Nul-optie	Alle BH AWBZ	Alle BH Zvw	Mengvorm a: splitsing bij ZPP leggen ZPP3 ZPP 5		Mengvorm b: BH uit elkaar halen
Toegankelijkheid van behandeling	=	+	+	+	+	+
Zorgvraag centraal	=	+	+	+	+	+
Beheersbaarheid van de AWBZ	=	--	++	-	+	-
Eenduidigheid in bekostiging	=	+/-	+/-	=	=	-
Voortzetting ingezet beleid	=	-	++	+	++	+
Minimalisatie dubbele bekostiging	=	+	++	--	-	-
Regie uit één hand	=	=	=	=	=	=
Financiële gevolgen voor cliënt	=	=	?	?	?	=
Gevolgen voor behandelaars	=	=	-	--	--	--
Budgettaire ruimte instellingen	=	+/-	+	+/=	+/=	+
Minimalisatie org. vereisten instellingen	=	-	+	-	-	-
Draagvlak	=	+++	++	+	+	-
Praktische haalbaarheid	=	-	-	-	-	-
Totaaloordeel	=	++	++	=	+	?

Uit deze tabel volgt dat het geheel overhevelen van behandeling naar de AWBZ of de Zvw de voorkeur verdient. In de volgende paragraaf wordt de toelichting op de scores weergegeven. De splitsing leggen bij ZPP5 is ook nog een te overwegen mogelijkheid. De criteria zijn nu allemaal als even belangrijk beschouwd. Het is aan het ministerie van VWS om aan de criteria gewicht toe te kennen en tot een definitieve keuze te komen.

Alle vier de alternatieven hebben met elkaar gemeen dat ze niet van de ene op de andere dag realiseerbaar zijn. Voor de korte termijn kunnen de praktijkoplossingen worden gehanteerd die instellingen momenteel al toepassen: ofwel een toelating voor behandeling aanvragen of behandeling extramuraal inkopen. De visie omtrent de financiering van behandeling dient zo snel mogelijk op hoofdlijnen geformuleerd te worden, omdat dan ook een duidelijke voorkeur voor één van beide kortetermijnoplossingen uitgesproken kan worden.



Indien gekozen wordt voor optie 1, 'alles financieren via de AWBZ', dan betekent dit dat alle behandeling uiteindelijk naar de AWBZ gaat. Toelatingen aanvragen voor behandeling is met deze langetermijnvisie dan de beste optie, omdat dan de behandeling eveneens onder de AWBZ valt. Indien wordt gekozen om alle behandeling via de Zvw te bekostigen, dan is dit geen handige kortetermijnoptie, aangezien de omvang van de toekomstige overheveling naar de Zvw en daarmee de complexiteit alleen maar toeneemt.

## 4.6 Toelichting op de scores

### *Toegankelijkheid van behandeling en centraal stellen zorgvraag:*

In de huidige situatie geldt dat de behandeling die deel uitmaakt van ZZP'en 3 of hoger, niet integraal wordt bekostigd wanneer cliënten kiezen voor een instelling zonder toelating voor behandeling gekoppeld aan verblijf. Voor alle geschetste alternatieven geldt dat het systeem van toelatingen komt te vervallen en dat daarmee het onderscheid in instellingen met een toelating voor behandeling en zonder komt te vervallen. Dit betekent dat de zorgvraag van de cliënt leidend wordt voor het wel of niet ontvangen van behandeling en dat de benodigde behandeling via de AWBZ dan wel de Zvw wordt bekostigd, ongeacht de instelling waar de cliënt verblijft.

### *Beheersbaarheid van de AWBZ:*

Voor alle alternatieven geldt dat de zorgvraag van de cliënt leidend wordt voor het wel of niet ontvangen van behandeling. Daarnaast gelden de hiervoor genoemde veronderstellingen. Voor de AWBZ kunnen de financiële gevolgen van de vier alternatieven als volgt worden ingeschat (zie bijlagen 8 tot en met 11):

**Tabel 4.5 Ruwe schatting van meerkosten (in miljoenen euro's)**

	<b>Alle behandeling financieren via AWBZ</b>	<b>Alle behandeling financiering via Zvw</b>	<b>Mengvorm a: splitsing bij ZZP 3 leggen</b>	<b>Mengvorm a: splitsing bij ZZP 5 leggen</b>	<b>Mengvorm b: 8 uit AWBZ en 15 uit Zvw</b>
V&V	+ € 485,5	- € 604,4	+ € 411,9	+ € 126,9	+ € 230,4
LG	+ € 18,7	- € 13,5	+ € 15,7	+ € 5,3	+ € 7,3
VG	+ € 183,1	- € 419,8	+ € 167,5	- € 53,1	+ € 64,6
Totaal	+ € 687,3	- € 1.037,8	+ € 595,1	+ € 79,1	+ € 302,3

Opgetekend moet worden dat dit een ruwe schatting betreft. Wel blijkt hieruit dat het alternatief waarbij alle behandeling vanuit de AWBZ wordt bekostigd, leidt tot de hoogste meerkosten. Dit was ook te verwachten aangezien de Zvw bij dit alternatief helemaal niet meer aan zet is voor de bekostiging van behandeling. Alleen de behandeling in het ziekenhuis komt nog voor rekening van de Zvw. Uiteraard is het alternatief om alle behandeling naar de Zvw over te hevelen het meest gunstig voor de financiële beheersbaarheid van de

AWBZ. Indien er wordt gekozen voor de mengvorm waarbij de splitsing bij ZZP3 ligt, dan zijn de meerkosten niet veel minder in vergelijking tot het alternatief waarbij alle behandeling gefinancierd wordt via de AWBZ.

#### *Eenduidigheid in de bekostiging*

De mate van eenduidigheid in de bekostiging kan vanuit twee verschillende invalshoeken worden beoordeeld:

De bekostiging is eenduidig wanneer de totale zorg, benodigd om aan de zorgvraag van de cliënt te voldoen, uit een bekostigingssysteem wordt gefinancierd.

De bekostiging is eenduidig wanneer een bepaald type zorg, in dit geval behandeling, altijd wordt bekostigd uit hetzelfde bekostigingssysteem.

Vanuit de eerste invalshoek geredeneerd, scoort alternatief 1, 'alle behandeling financieren vanuit de AWBZ', het beste. Het gaat hier om een kwetsbare groep cliënten, waaraan alle zorg vanuit de AWBZ wordt gefinancierd. Vanuit het tweede perspectief scoort dit alternatief een stuk minder. Eerstelijnsbehandeling wordt normaliter uit de Zvw bekostigd. Vanuit dit perspectief komt het de eenduidigheid niet ten goede, dat deze behandeling aan cliënten in een instelling weer uit een ander bekostigingssysteem bekostigd wordt. Voor het alternatief ,waarbij alle behandeling wordt gefinancierd vanuit de Zvw, geldt een tegenovergestelde redenering.

#### *Voortzetting ingezet beleid*

Recentelijk heeft VWS besloten om de behandeling in de GGZ grotendeels over te hevelen naar de Zvw. Daarnaast heeft VWS besloten om verpleging en de behandelingscomponent van ziekenhuisverplaatste zorg, palliatieve zorg en revalidatiezorg onder te brengen bij de Zvw. Als je deze ontwikkeling zou voortzetten, zou op den duur alle behandeling naar de Zvw gaan. In het kader hiervan scoren de alternatieven waarbij behandeling (deels) naar de Zvw gaat, beter dan het alternatief waarbij juist alle behandeling vanuit de AWBZ wordt bekostigd.

#### *Minimalisatie risico op dubbele bekostiging*

Alternatief 1 'alle behandeling vanuit de AWBZ' en alternatief 2 'alle behandeling vanuit de Zvw' scoren op dit criterium het best. Indien alle behandeling uit één bekostigingssysteem wordt bekostigd, is het risico op dubbele bekostiging een stuk lager dan wanneer er twee bekostigingssystemen aan zet zijn. 'Alle behandeling bekostigen vanuit de Zvw' scoort beter dan 'alle behandeling vanuit de AWBZ' aangezien bij de laatste variant het voor zorgverzekeraars wel duidelijk moet zijn of een cliënt een verblijfsindicatie heeft. Dit is nu nog niet duidelijk voor zorgverzekeraars.

### *'Regie uit één hand'*

In alle varianten moet georganiseerd kunnen worden dat er één hoofdbehandelaar is. Het zou niet moeten uitmaken hoe de inzet van deze hoofdbehandelaar wordt bekostigd.

### *Financiële gevolgen voor cliënt*

Indien de gehele zorg vanuit de AWBZ wordt bekostigd, zullen de gevolgen voor de cliënt minimaal zijn. De cliënt betaalt al een eigen bijdrage voor intramurale zorg en hoeft geen bijdrage daarbovenop te betalen. Voor de alternatieven waarbij de Zvw deels aan zet is, zijn de gevolgen in dit stadium moeilijk te overzien. Het ligt er hierbij aan of de behandeling vanuit de basisverzekering kan worden bekostigd. Gezien het kwetsbare karakter van de groep cliënten waar het hier om gaat, verdient het aanbeveling om hier kritisch naar te kijken. Het kan niet de bedoeling zijn dat aan deze groep cliënten de toegang tot paramedische behandeling wordt ontzegd, doordat hiervoor een aanvullende verzekering noodzakelijk is.

### *Gevolgen voor behandelaars*

Het alternatief waarbij alle behandeling vanuit de AWBZ wordt bekostigd, scoort hier het beste op, aangezien behandelaars van dit alternatief weinig gevolgen ondervinden. Nu wordt de inzet van specialisten ouderengeneeskunde en avg's ook door de instelling (AWBZ) bekostigd. Dit blijft hetzelfde wanneer alle behandeling vanuit de AWBZ wordt bekostigd. Met name de mengvormen scoren negatief op dit criterium. De verklaring hiervoor is dat deze alternatieven meer administratieve lasten met zich meenemen. De behandelaar moet zich bewust zijn van de indicatie van de cliënt dan wel het type behandeling dat hij levert. In de eerste mengvorm dient hij zijn kosten voor behandeling aan cliënten met een lage ZZP te declareren bij de Zvw en voor cliënten met een hoge ZZP te declareren bij de instelling (AWBZ).

### *Budgettaire ruimte voor instellingen*

In de huidige situatie geldt dat instellingen zonder toelating voor behandeling nu geen bekostiging voor behandeling van cliënten met een ZZP3-indicatie of hoger ontvangen, maar wel geacht worden deze te leveren. Voor de alternatieven geldt dat behandeling altijd wordt bekostigd. Deze redenering volgend, zouden instellingen er budgettair gezien op vooruit moeten gaan. Voor het alternatief 'alle behandeling naar de AWBZ' geldt echter dat de instelling weliswaar meer bekostiging ontvangt, maar hiervan ook meer moet bekostigen. De instelling moet bij dit alternatief immers ook de algemeen medische zorg en de geneesmiddelen aan hun cliënten leveren. In het geval dat een instelling veel cliënten met dure medicijnen (bijvoorbeeld medicijnen voor Parkinsonpatiënten) heeft, kan dit budgettair gezien wel eens nadelig zijn. Indien alle behandeling bekostigd wordt uit de Zvw, gaan met name instellingen die nu niet bekostigd worden voor behandeling maar wel geacht worden behandeling te leveren, er op vooruit. Hetzelfde geldt voor instellingen die nu verantwoordelijk zijn voor de levering van artikel 15-behandeling en met

name instellingen die cliënten hebben met dure medicijnen en die om veel inzet van behandelaars vragen.

*Minimalisatie organisatorische vereisten instelling*

Indien alle behandeling vanuit de AWBZ wordt bekostigd, betekent dit dat de instelling verantwoordelijk wordt voor de levering van alle behandeling aan alle cliënten. Met name voor instellingen die nu geen toelating voor behandeling hebben, betekent dit een grote organisatorische verandering.

*Draagvlak*

Uit de gesprekken komt naar voren dat het vooral van belang is om behandeling als onderdeel van een integraal pakket te zien. De voorkeur van de meeste gesprekspartners gaat daarom naar de financiering van behandeling vanuit de AWBZ. Wel kan een knip in ZZP'en gemaakt worden. Hierbij gaat dan de voorkeur uit om de knip bij ZZP3 te leggen. Vanaf ZZP3 is er behandeling in het zorgprofiel opgenomen. Het heeft dan ook de voorkeur om de behandeling aan cliënten met ZZP3 of hoger te bekostigen vanuit de AWBZ. Voor ZZP1 en ZZP2 geldt dat hier geen behandeling is opgenomen. De huisarts is doorgaans goed in staat om de behandeling aan deze cliënten te leveren. Huisartsenzorg komt normaliter ten laste van de Zvw en zou ook in deze gevallen ten laste moeten komen van de Zvw.

*Praktische haalbaarheid*

Voor alle vier de alternatieven geldt dat er een overheveling van gelden noodzakelijk is. Een dergelijke operatie kost tijd en is daardoor niet op korte termijn realiseerbaar. De praktische haalbaarheid scoort daarmee op alle alternatieven negatief.

## **BIJLAGEN**



## BIJLAGE 1

### Gesprekspartners

#### Branche- en cliëntenorganisaties

- Marthijn Laterveer, LOC
- Rob Wiewel, Verenso
- Kees Weevers, IVVU
- Hans Cosijnse en Anneke Oldhoff, VGN
- Constance Beeker, ActiZ
- Arjen Lousse, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten.

#### Uitvoeringsorganen ministerie VWS

- Anne Cornelissen en Marijke Zomer, NZa
- Hans Waasdorp, CIBG
- Rona Bosman, CIZ

#### Instellingen:

- René Verfaillie, RK Zorgcentrum Bernardus Osira
- Henri Plagge, Lunet zorg

#### Overig:

- Marijke Verbeek, ZN
- Fons Hopman, CVZ

#### Betrokken medewerkers ministerie VWS:

- Roland Beukers
- Renate Hinfelaar-Van Huizen
- Martijn Verbeek
- Harm Jan Klaassens





**BIJLAGE 2**
**ZZP-prijzen 2009 (Beleidsregel CA-379)**
**Tabel B2.1 Totaalwaarde per dag**

ZZP	Niet toegelaten voor behandeling		Toegelaten voor behandeling	
	Exclusief DB	Inclusief DB	Exclusief DB	Inclusief DB
1VV		57,44		61,98
2VV		73,35		77,90
3VV		88,79		111,06
4VV		101,34		123,61
5VV		138,86		162,28
6VV		138,90		162,32
7VV		163,51		193,70
8VV		190,57		220,76
9VV		135,18		192,49
10VV		208,45		238,65
1VG	61,17	93,18	67,09	99,10
2VG	77,19	109,20	83,10	115,11
3VG	90,93	122,94	110,35	142,36
4VG	103,41	135,42	122,84	154,85
5VG	134,76	178,53	155,01	198,79
6VG	117,51	161,29	137,78	181,56
7VG			172,62	246,64
1LG	84,64	120,63	90,56	126,54
2LG	113,03	145,80	118,94	151,72
3LG	99,69	135,68	131,58	167,57
4LG	115,70	148,47	147,59	180,35
5LG	136,02	172,01	169,29	205,29
6LG	149,51	182,27	182,79	215,50
7LG	166,88	194,36	200,16	227,64



**BIJLAGE 3**
**Onderbouwing huidige kosten behandeling**
**Tabel B3.1 Onderbouwing huidige kosten behandeling**

	Aantal cliënten met pakket incl. behandeling	Kosten Behandeling per dag		Huidige kosten (kosten BH * 365 aantal cliënten met BH)		
		Achtergrond	Voorgrond	Achtergrond	Voorgrond	Totaal
VV1	278		€4,38		€444.601	€444.601
VV2	410		€4,38		€656.159	€656.159
VV3	1.231	€1,54	€23,02	€691.680	€10.339.272	€11.030.952
VV4	3.275	€1,54	€23,02	€1.840.882	€27.517.602	€29.358.484
VV5	29.776	€1,65	€24,24	€17.932.345	€263.442.453	€281.374.798
VV6	12.447	€1,65	€24,24	€7.495.991	€110.122.926	€117.618.917
VV7	11.161	€1,64	€30,76	€6.681.162	€125.312.518	€131.993.680
VV8	1.972	€1,64	€30,76	€1.180.237	€22.136.649	€23.316.887
VV10 (palliatief)	733	€1,64	€30,77	€439.035	€8.237.252	€8.676.287
<b>Totaal VV</b>	<b>61.283</b>			<b>€36.261.332</b>	<b>€568.209.432</b>	<b>€604.470.764</b>

  

	Aantal cliënten met pakket incl. behandeling	Kosten behandeling per dag		Huidige kosten (kosten BH * 365 * aantal cliënten met BH)	
		Achtergrond	Voorgrond	Achtergrond	Voorgrond
LG1	100		€5,71		€207.489
LG2	94		€5,71		€195.782
LG3	112		€19,24		€785.857
LG4	340		€19,24		€2.388.185
LG5	188		€20,08		€1.375.891
LG6	606		€20,09		€4.441.376
LG7	565		€20,09		€4.139.762
<b>Totaal LG</b>	<b>2.003</b>				<b>€13.534.343</b>

  

	Aantal cliënten met pakket incl. behandeling	Kosten behandeling		Huidige kosten (kosten BH * 365 * aantal cliënten met BH)	
		Achtergrond	Voorgrond	Achtergrond	Voorgrond
VG1	467		€5,71		€972.493
VG2	1.052		€5,71		€2.191.949
VG3	4.062		€31,74		€47.056.835
VG4	4.944		€31,74		€57.281.527
VG5	13.830		€33,13		€167.239.213
VG6	7.248		€33,13		€87.640.677
VG7	4.748		€33,13		€57.414.820
<b>Totaal VG</b>	<b>36.350</b>				<b>€419.797.515</b>
<b>TOTAAL</b>	<b>99.636</b>				<b>€1.037.802.622</b>

Bron: NZa, ZZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; bewerking Regioplan.



## BIJLAGE 4

### Ter illustratie

**Tabel B4.1 Ter illustratie: berekening aantal paramedici**

Financiering/kosten	Euro's
Totale financiering behandeling	1.037.802.622
Kosten specialisten ouderengeneeskunde (=1161 * 100.000)	116.100.000
Kosten artsen verstandelijk gehandicapten (= 175 * 100.000)	17.500.000
Kosten materiële zorggebonden kosten (= 4,38 * 61.283 V&V-cliënten) + 5,71 * 2003 (LG-cliënten) + 5,71 * 36.350)	177.907.356
Subtotaal kosten	311.507.356
Budget voor paramedici	726.295.266
Loonkosten per paramedicus	75.000
Aantal paramedici (budget/loonkosten)	9.684

Bron: NZa, ZZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; Prismant, 2009; <http://medischcontact.artsennet.nl/blad/> Tijdschriftartikel/Artsentekort-soms-nijpend.htm; bewerking Regioplan.

**Tabel B4.2 Ter illustratie: berekening caseload**

Variabelen	
Aantal paramedici	9.684
Aantal cliënten, excl. revalidatie in V&V, LG en VG	99.636
Aantal cliënten per paramedicus	10,3 (= 99.636 / 9.684)
Aantal uur per cliënt (40-urige werkweek/aantal cliënten per paramedicus)	3,9 (= 10.3 / 40)
Aantal specialisten ouderengeneeskunde	1.161
Aantal V&V-cliënten, excl. revalidatie	61.283
Aantal cliënten per verpleeghuisarts	52,7 (= 61.283 / 1.161)
Aantal avg's	175
Aantal cliënten avg	38.354
Aantal cliënten per avg	219,2 (= 38.354 / 175)

Bron: NZa, ZZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; Prismant, 2009; <http://medischcontact.artsennet.nl/blad/> Tijdschriftartikel/Artsentekort-soms-nijpend.htm; bewerking Regioplan.



**BIJLAGE 5**
**Scenario B, er worden toelatingen voor behandeling  
aangevraagd**
**Tabel B5.1 Meerkosten scenario B voor cliënten met een V&V-indicatie**

<b>SCENARIO B1, 25% krijgt toelating</b>								
	<b>Totaal</b>			<b>Kosten BH per dag</b>		<b>Meerkosten, bij ZZP 3 altijd inclusief (kosten BH * 365 * aantal cliënten zonder BH * 25%)</b>		
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>25%</b>	<b>Art. 15</b>	<b>Art. 8</b>	<b>Art. 15</b>	<b>Art. 8</b>	<b>Totaal</b>
VV1	278	22.221		4,54				
VV2	410	21.505		4,54				
VV3	1.231	14.988	3.747	4,54	17,72	6.209.071	24.234.523	30.443.593
VV4	3.275	15.724	3.931	4,54	17,72	6.514.212	25.425.513	31.939.725
VV5	29.776	8.119	2.030	4,54	18,87	3.363.304	13.979.196	17.342.501
VV6	12.447	6.818	1.704	4,54	18,87	2.824.412	11.739.353	14.563.765
VV7	11.161	2.743	686	4,54	25,64	1.136.290	6.417.288	7.553.579
VV8	1.972	322	81	4,54	25,64	133.595	754.488	888.083
VV10	733	192	48	4,54	25,64	79.491	448.931	528.422
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>	<b>12.227</b>			<b>20.260.375</b>	<b>82.999.292</b>	<b>103.259.668</b>
<b>SCENARIO B2, 50% krijgt toelating</b>								
	<b>Totaal</b>			<b>Kosten BH per dag</b>		<b>Meerkosten, bij ZZP 3 altijd inclusief (kosten BH * 365 * aantal cliënten zonder BH * 50%)</b>		
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>50%</b>	<b>Art. 15</b>	<b>Art. 8</b>	<b>Art. 15</b>	<b>Art. 8</b>	<b>Totaal</b>
VV1	278	22.221		4,54				
VV2	410	21.505		4,54				
VV3	1.231	14.988	7.494	4,54	17,72	12.418.141	48.469.045	60.887.187
VV4	3.275	15.724	7.862	4,54	17,72	13.028.423	50.851.027	63.879.450
VV5	29.776	8.119	4.059	4,54	18,87	6.726.609	27.958.393	34.685.001
VV6	12.447	6.818	3.409	4,54	18,87	5.648.825	23.478.705	29.127.530
VV7	11.161	2.743	1.371	4,54	25,64	2.272.581	12.834.576	15.107.157
VV8	1.972	322	161	4,54	25,64	267.190	1.508.976	1.776.166
VV10	733	192	96	4,54	25,64	158.982	897.862	1.056.843
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>	<b>24.453</b>			<b>40.520.751</b>	<b>165.998.585</b>	<b>206.519.336</b>
<b>SCENARIO B3, 100% krijgt toelating</b>								
	<b>Totaal</b>			<b>Kosten BH per dag</b>		<b>Meerkosten, bij ZZP 3 altijd inclusief (kosten BH * 365 * aantal cliënten zonder BH)</b>		
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>100%</b>	<b>Art. 15</b>	<b>Art. 8</b>	<b>Art. 15</b>	<b>Art. 8</b>	<b>Totaal</b>
VV1	278	22.221		4,54				
VV2	410	21.505		4,54				
VV3	1.231	14.988	14.988	4,54	17,72	24.836.283	96.938.091	121.774.374
VV4	3.275	15.724	15.724	4,54	17,72	26.056.847	101.702.054	127.758.901
VV5	29.776	8.119	8.119	4,54	18,87	13.453.217	55.916.786	69.370.003
VV6	12.447	6.818	6.818	4,54	18,87	11.297.649	46.957.411	58.255.060
VV7	11.161	2.743	2.743	4,54	25,64	4.545.162	25.669.153	30.214.315
VV8	1.972	322	322	4,54	25,64	534.380	3.017.953	3.552.333
VV10	733	192	192	4,54	25,64	317.963	1.795.723	2.113.686
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>	<b>48.906</b>			<b>81.041.502</b>	<b>331.997.170</b>	<b>413.038.671</b>

**Tabel B5.2 Meerkosten scenario B voor cliënten met een LG-indicatie**

<b>SCENARIO B1, 25% krijgt toelating</b>						
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>50%</b>	<b>Kosten BH per dag</b>	<b>Kosten BH per jaar</b>	<b>Meerkosten</b>
LG1	100	451		5,71	2.084	0
LG2	94	759		5,71	2.084	0
LG3	112	289	72	19,24	7.023	506.738
LG4	340	749	187	19,24	7.023	1.315.357
LG5	188	200	50	20,08	7.329	366.179
LG6	606	665	166	20,09	7.333	1.219.307
LG7	565	344	86	20,09	7.333	630.595
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>	<b>562</b>			<b>4.038.176</b>
<b>SCENARIO B2, 50% krijgt toelating</b>						
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>50%</b>	<b>Kosten BH per dag</b>	<b>Kosten BH per jaar</b>	<b>Meerkosten</b>
LG1	100	451		5,71	2.084	0
LG2	94	759		5,71	2.084	0
LG3	112	289	144	19,24	7.023	1.013.477
LG4	340	749	375	19,24	7.023	2.630.714
LG5	188	200	100	20,08	7.329	732.358
LG6	606	665	333	20,09	7.333	2.438.615
LG7	565	344	172	20,09	7.333	1.261.190
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>	<b>1.124</b>			<b>8.076.353</b>
<b>SCENARIO B3, 100% krijgt toelating</b>						
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>50%</b>	<b>Kosten BH per dag</b>	<b>Kosten BH per jaar</b>	<b>Meerkosten</b>
LG1	100	451		5,71	2.084	0
LG2	94	759		5,71	2.084	0
LG3	112	289	289	19,24	7.023	2.026.953
LG4	340	749	749	19,24	7.023	5.261.428
LG5	188	200	200	20,08	7.329	1.464.716
LG6	606	665	665	20,09	7.333	4.877.229
LG7	565	344	344	20,09	7.333	2.522.380
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>	<b>2.248</b>			<b>16.152.706</b>

**Tabel B5.3 Meerkosten scenario B voor cliënten met een VG-indicatie**

<b>SCENARIO B1, 25% krijgt toelating</b>						
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>50%</b>	<b>Kosten BH per dag</b>	<b>Kosten BH per jaar</b>	<b>Meerkosten</b>
VG1	467	1.940		5,71	2.084	0
VG2	1.052	4.040		5,71	2.084	0
VG3	4.062	6.727	1.682	19,24	7.023	11.810.580
VG4	4.944	3.310	827	19,24	7.023	5.810.778
VG5	13.830	1.573	393	20,08	7.329	2.882.449
VG6	7.248	2.924	731	20,09	7.333	5.361.011
VG7	4.748	0	0	20,09	7.333	0
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>	<b>3.634</b>			<b>25.864.818</b>



Vervolg tabel B5.3 Meerkosten scenario B voor cliënten met een VG indicatie.

SCENARIO B2, 50% krijgt toelating						
	Met BH	Zonder BH	50%	Kosten BH per dag	Kosten BH per jaar	Meerkosten
VG1	467	1.940		5,71	2.084	0
VG2	1.052	4.040		5,71	2.084	0
VG3	4.062	6.727	3.364	19,24	7.023	23.621.160
VG4	4.944	3.310	1.655	19,24	7.023	11.621.556
VG5	13.830	1.573	787	20,08	7.329	5.764.898
VG6	7.248	2.924	1.462	20,09	7.333	10.722.023
VG7	4.748	0	0	20,09	7.333	0
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>	<b>7.268</b>			<b>51.729.636</b>
SCENARIO B3, 100% krijgt toelating						
	Met BH	Zonder BH	50%	Kosten BH per dag	Kosten BH per jaar	Meerkosten
VG1	467	1.940		5,71	2.084	0
VG2	1.052	4.040		5,71	2.084	0
VG3	4.062	6.727	6.727	19,24	7.023	47.242.319
VG4	4.944	3.310	3.310	19,24	7.023	23.243.112
VG5	13.830	1.573	1.573	20,08	7.329	11.529.795
VG6	7.248	2.924	2.924	20,09	7.333	21.444.046
VG7	4.748	0	0	20,09	7.333	0
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>	<b>14.535</b>			<b>103.459.273</b>

Bron tabellen: NZa, ZZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; HHM, Behandeling in de ZZP's, 2009; bewerking Regioplan.



**BIJLAGE 6**
**Scenario C, er wordt extramuraal behandeling ingekocht**
**Tabel B6.1 Meerkosten scenario C voor cliënten met een V&V-indicatie.**

<b>SCENARIO C1, 25% vraagt extramuraal behandeling aan</b>								
	<b>Totaal</b>			<b>Inzet BH per week</b>		<b>Meerkosten, bij ZZP 3 altijd inclusief</b>		
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>25%</b>	<b>Basis, 104,79 per uur</b>	<b>Paramedici, 55,79 per uur</b>	<b>(inzet BH per week * tarief BH * 52 * aantal cliënten zonder BH * 25%)</b>		
						<b>Basis</b>	<b>Paramedici</b>	<b>Totaal</b>
VV1	278	22.221						
VV2	410	21.505						
VV3	1.231	14.988	3.747	0,5 uur	1 uur	10.226.251	10.870.201	21.096.452
VV4	3.275	15.724	3.931	0,5 uur	1 uur	10.728.813	11.404.411	22.133.224
VV5	29.776	8.119	2.030	0,5 uur	1 uur	5.539.314	5.888.127	11.427.441
VV6	12.447	6.818	1.704	0,5 uur	1 uur	4.651.767	4.944.690	9.596.457
VV7	11.161	2.743	686	0,5 uur	1 uur	1.871.454	1.989.300	3.860.755
VV8	1.972	322	81	0,5 uur	1 uur	220.029	233.884	453.914
VV10	733	192	48	0,5 uur	1 uur	130.920	139.164	270.085
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>	<b>12.227</b>			<b>33.368.549</b>	<b>35.469.778</b>	<b>68.838.327</b>
<b>SCENARIO C2, 50% vraagt extramuraal behandeling aan</b>								
	<b>Totaal</b>			<b>Inzet BH per week</b>		<b>Inzet BH per week</b>		
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>50%</b>	<b>Basis, 104,79 per uur</b>	<b>Paramedici, 55,79 per uur</b>	<b>(inzet BH per week * tarief BH * 52 * aantal cliënten zonder BH * 50%)</b>		
						<b>Basis</b>	<b>Paramedici</b>	<b>Totaal</b>
VV1	278	22.221						
VV2	410	21.505						
VV3	1.231	14.988	7.494	0,5 uur	1 uur	20.452.501	21.740.403	42.192.904
VV4	3.275	15.724	7.862	0,5 uur	1 uur	21.457.627	22.808.822	44.266.449
VV5	29.776	8.119	4.059	0,5 uur	1 uur	11.078.628	11.776.253	22.854.882
VV6	12.447	6.818	3.409	0,5 uur	1 uur	9.303.534	9.889.380	19.192.914
VV7	11.161	2.743	1.371	0,5 uur	1 uur	3.742.908	3.978.601	7.721.509
VV8	1.972	322	161	0,5 uur	1 uur	440.058	467.769	907.827
VV10	733	192	96	0,5 uur	1 uur	261.841	278.329	540.169
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>	<b>24.453</b>			<b>66.737.097</b>	<b>70.939.557</b>	<b>137.676.654</b>
<b>SCENARIO C3, 100% vraagt extramuraal behandeling aan</b>								
	<b>Totaal</b>			<b>Inzet BH per week</b>		<b>Inzet BH per week</b>		
	<b>Met BH</b>	<b>Zonder BH</b>	<b>100%</b>	<b>Basis, 104,79 per uur</b>	<b>Paramedici, 55,79 per uur</b>	<b>(inzet BH per week * tarief BH * 52 * aantal cliënten zonder BH * 100%)</b>		
						<b>Basis</b>	<b>Paramedici</b>	<b>Totaal</b>
VV1	278	22.221						
VV2	410	21.505						
VV3	1.231	14.988	14.988	0,5 uur	1 uur	40.905.003	43.480.806	84.385.808
VV4	3.275	15.724	15.724	0,5 uur	1 uur	42.915.254	45.617.643	88.532.897
VV5	29.776	8.119	8.119	0,5 uur	1 uur	22.157.256	23.552.507	45.709.763
VV6	12.447	6.818	6.818	0,5 uur	1 uur	18.607.067	19.778.761	38.385.828
VV7	11.161	2.743	2.743	0,5 uur	1 uur	7.485.817	7.957.201	15.443.018
VV8	1.972	322	322	0,5 uur	1 uur	880.116	935.538	1.815.654
VV10	733	192	192	0,5 uur	1 uur	523.681	556.658	1.080.339
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>	<b>48.906</b>			<b>133.474.194</b>	<b>141.879.114</b>	<b>275.353.308</b>

**Tabel B6.2 Meerkosten scenario C voor cliënten met een LG-indicatie.**

<b>SCENARIO C1, 25% vraagt extramurale behandeling aan</b>								
	Met BH	Zonder BH	25%	Inzet BH per week		Meerkosten, bij ZZP 3 altijd inclusief (inzet BH per week * tarief BH * 52 * aantal cliënten zonder BH * 25%)		
				Basis, 104,79 per uur	Paramedici, 55,79 per uur	Basis	Paramedici	Totaal
LG1	100	451	113					
LG2	94	759	190					
LG3	112	289	72	0,5 uur	1 uur	196.936	209.337	406.272
LG4	340	749	187	0,5 uur	1 uur	511.192	543.382	1.054.574
LG5	188	200	50	0,5 uur	1 uur	136.356	144.943	281.299
LG6	606	665	166	0,5 uur	1 uur	453.815	482.392	936.207
LG7	565	344	86	0,5 uur	1 uur	234.702	249.481	484.183
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>	<b>562</b>			<b>1.533.001</b>	<b>1.629.535</b>	<b>3.162.536</b>
<b>SCENARIO C2, 50% vraagt extramurale behandeling aan</b>								
	Totaal			Inzet BH per week		Inzet BH per week (inzet BH per week * tarief BH * 52 * aantal cliënten zonder BH * 50%)		
	Met BH	Zonder BH	50%	Basis, 104,79 per uur	Paramedici, 55,79 per uur	Basis	Paramedici	Totaal
LG1	100	451						
LG2	94	759						
LG3	112	289	144	0,5 uur	1 uur	393.871	418.674	812.545
LG4	340	749	375	0,5 uur	1 uur	1.022.385	1.086.764	2.109.149
LG5	188	200	100	0,5 uur	1 uur	272.713	289.885	562.598
LG6	606	665	333	0,5 uur	1 uur	907.630	964.784	1.872.414
LG7	565	344	172	0,5 uur	1 uur	469.403	498.962	968.365
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>	<b>1.123</b>			<b>3.066.002</b>	<b>3.259.069</b>	<b>6.325.071</b>
<b>SCENARIO C3, 100% vraagt extramurale behandeling aan</b>								
	Totaal			Inzet BH per week		Inzet BH per week (inzet BH per week * tarief BH * 52 * aantal cliënten zonder BH * 100%)		
	Met BH	Zonder BH	100%	Basis, 104,79 per uur	Paramedici, 55,79 per uur	Basis	Paramedici	Totaal
LG1	100	451						
LG2	94	759						
LG3	112	289	289	0,5 uur	1 uur	787.743	837.347	1.625.090
LG4	340	749	749	0,5 uur	1 uur	2.044.769	2.173.529	4.218.298
LG5	188	200	200	0,5 uur	1 uur	545.425	579.771	1.125.196
LG6	606	665	665	0,5 uur	1 uur	1.815.260	1.929.568	3.744.828
LG7	565	344	344	0,5 uur	1 uur	938.807	997.924	1.936.731
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>	<b>2.247</b>			<b>6.132.004</b>	<b>6.518.139</b>	<b>12.650.143</b>

**Tabel B6.3 Meerkosten scenario C voor cliënten met een VG-indicatie.**

<b>SCENARIO C1, 25% vraagt extramurale behandeling aan</b>								
	Met BH	Zonder BH	25%	Inzet BH per week		Meerkosten, bij ZZP 3 altijd inclusief (inzet BH per week * tarief BH * 52 * aantal cliënten zonder BH * 25%)		
				Basis, 104,79 per uur	Paramedici 55,79 per uur	Basis	Paramedici	Totaal
VG1	467	1.940						
VG2	1.052	4.040						
VG3	4.062	6.727	1.682	0,5 uur	1 uur	4.589.991	4.879.024	9.469.015
VG4	4.944	3.310	827	0,5 uur	1 uur	2.258.265	2.400.469	4.658.734
VG5	13.830	1.573	393	0,5 uur	1 uur	1.073.355	1.140.945	2.214.301
VG6	7.248	2.924	731	0,5 uur	1 uur	1.995.320	2.120.966	4.116.285
VG7	4.748	0	0	0,5 uur	1 uur	0	0	0
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>	<b>3.634</b>			<b>9.916.931</b>	<b>10.541.404</b>	<b>20.458.335</b>
<b>SCENARIO C2, 50% vraagt extramurale behandeling aan</b>								
	Met BH	Zonder BH	50%	Inzet BH per week		Inzet BH per week (inzet BH per week * tarief BH * 52 * aantal cliënten zonder BH * 50%)		
				Basis, 104,79 per uur	Paramedici, 55,79 per uur	Basis	Paramedici	Totaal
VG1	467	1.940						
VG2	1.052	4.040						
VG3	4.062	6.727	3.364	0,5 uur	1 uur	9.179.982	9.758.049	18.938.031
VG4	4.944	3.310	1.655	0,5 uur	1 uur	4.516.530	4.800.937	9.317.467
VG5	13.830	1.573	787	0,5 uur	1 uur	2.146.711	2.281.890	4.428.601
VG6	7.248	2.924	1.462	0,5 uur	1 uur	3.990.639	4.241.931	8.232.571
VG7	4.748	0	0	0,5 uur	1 uur	0	0	0
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>	<b>7.267</b>			<b>19.833.862</b>	<b>21.082.808</b>	<b>40.916.670</b>
<b>SCENARIO C3, 100% vraagt extramurale behandeling aan</b>								
	Met BH	Zonder BH	100%	Inzet BH per week		Inzet BH per week (inzet BH per week * tarief BH * 52 * aantal cliënten zonder BH * 100%)		
				Basis, 104,79 per uur	Paramedici, 55,79 per uur	Basis	Paramedici	Totaal
VG1	467	1.940						
VG2	1.052	4.040						
VG3	4.062	6.727	6.727	0,5 uur	1 uur	18.359.964	19.516.098	37.876.062
VG4	4.944	3.310	3.310	0,5 uur	1 uur	9.033.060	9.601.875	18.634.935
VG5	13.830	1.573	1.573	0,5 uur	1 uur	4.293.422	4.563.780	8.857.202
VG6	7.248	2.924	2.924	0,5 uur	1 uur	7.981.279	8.483.863	16.465.141
VG7	4.748	0	0	0,5 uur	1 uur	0	0	0
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>	<b>14.534</b>			<b>39.667.724</b>	<b>42.165.616</b>	<b>81.833.340</b>

Bron tabellen: NZa, ZZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; HHM, Behandeling in de ZZP's, 2009; bewerking Regioplan.



**BIJLAGE 7**
**Scenario D, mengvormen**
**Tabel B7.1 Meerkosten scenario D voor cliënten met een V&V-indicatie.**

<b>SCENARIO D1, 25% krijgt toelating en 25% toelating voor behandeling</b>							
<b><u>Meerkosten 25% toelating</u></b>			<b><u>Meerkosten 25% extramuraal</u></b>				
<b>Art. 15</b>	<b>Art. 8</b>	<b>Subtotaal</b>	<b>BH</b>		<b>Subtotaal</b>	<b>Totaal</b>	
			<b>BH basis</b>	<b>paramedisch</b>			
VV1							
VV2							
VV3	6.209.071	24.234.523	30.443.593	10.226.251	10.870.201	21.096.452	51.540.046
VV4	6.514.212	25.425.513	31.939.725	10.728.813	11.404.411	22.133.224	54.072.950
VV5	3.363.304	13.979.196	17.342.501	5.539.314	5.888.127	11.427.441	28.769.941
VV6	2.824.412	11.739.353	14.563.765	4.651.767	4.944.690	9.596.457	24.160.222
VV7	1.136.290	6.417.288	7.553.579	1.871.454	1.989.300	3.860.755	11.414.333
VV8	133.595	754.488	888.083	220.029	233.884	453.914	1.341.997
VV10	79.491	448.931	528.422	130.920	139.164	270.085	798.506
<b>Totaal</b>	<b>20.732.785</b>	<b>88.489.234</b>	<b>109.222.019</b>	<b>33.368.549</b>	<b>35.469.778</b>	<b>68.838.327</b>	<b>172.097.995</b>
<b>SCENARIO D2, 50% krijgt toelating en 50% extramuraal</b>							
<b><u>Meerkosten 50% toelating</u></b>			<b><u>Meerkosten 50% extramuraal</u></b>				
<b>Art. 15</b>	<b>Art. 8</b>	<b>Subtotaal</b>	<b>BH</b>		<b>Subtotaal</b>	<b>Totaal</b>	
			<b>BH basis</b>	<b>paramedisch</b>			
VV1							
VV2							
VV3	12.418.141	48.469.045	60.887.187	20.452.501	21.740.403	42.192.904	103.080.091
VV4	13.028.423	50.851.027	63.879.450	21.457.627	22.808.822	44.266.449	108.145.899
VV5	6.726.609	27.958.393	34.685.001	11.078.628	11.776.253	22.854.882	57.539.883
VV6	5.648.825	23.478.705	29.127.530	9.303.534	9.889.381	19.192.914	48.320.444
VV7	2.272.581	12.834.576	15.107.157	3.742.908	3.978.601	7.721.509	22.828.666
VV8	267.190	1.508.976	1.776.166	440.058	467.769	907.827	2.683.994
VV10	158.982	897.862	1.056.843	261.841	278.329	540.169	1.597.013
<b>Totaal</b>	<b>41.465.570</b>	<b>176.978.468</b>	<b>218.444.039</b>	<b>66.737.097</b>	<b>70.939.557</b>	<b>137.676.654</b>	<b>344.195.990</b>

**Tabel B7.2 Meerkosten scenario D voor cliënten met een LG-indicatie.**

<b>SCENARIO D1, 25% krijgt toelating en 25% toelating voor behandeling</b>					
	<u>Meerkosten</u>	<u>Meerkosten 25% extramuraal</u>			<b>Totaal</b>
	<b>25% toelating</b>	<b>BH</b>		<b>Subtotaal</b>	
		<b>BH basis</b>	<b>paramedisch</b>		
LG1	0				
LG2	0				
LG3	506.738	196.936	209.337	406.272	913.011
LG4	1.315.357	511.192	543.382	1.054.574	2.369.932
LG5	366.179	136.356	144.943	281.299	647.478
LG6	1.219.307	453.815	482.392	936.207	2.155.514
LG7	630.595	234.702	249.481	484.183	1.114.778
<b>Totaal</b>	<b>4.038.176</b>	<b>1.533.001</b>	<b>1.629.535</b>	<b>3.162.536</b>	<b>7.200.712</b>
<b>SCENARIO D2, 50% krijgt toelating en 50% extramuraal</b>					
	<u>Meerkosten</u>	<u>Meerkosten 50% extramuraal</u>			<b>Totaal</b>
	<b>50% toelating</b>	<b>BH</b>		<b>Subtotaal</b>	
		<b>BH basis</b>	<b>paramedisch</b>		
LG1	0				0,00
LG2	0				0,00
LG3	1.013.477	393.871	418.674	812.545	1.826.021
LG4	2.630.714	1.022.385	1.086.764	2.109.149	4.739.863
LG5	732.358	272.713	289.885	562.598	1.294.956
LG6	2.438.615	907.630	964.784	1.872.414	4.311.029
LG7	1.261.190	469.403	498.962	968.365	2.229.555
<b>Totaal</b>	<b>8.076.353</b>	<b>3.066.002</b>	<b>3.259.069</b>	<b>6.325.071</b>	<b>14.401.424</b>

**Tabel B7.3 Meerkosten scenario D voor cliënten met een VG-indicatie.**

<b>SCENARIO D1, 25% krijgt toelating en 25% toelating voor behandeling</b>					
	<u>Meerkosten</u>	<u>Meerkosten 25% extramuraal</u>			<b>Totaal</b>
	<b>25% toelating</b>	<b>BH</b>		<b>Subtotaal</b>	
		<b>BH basis</b>	<b>paramedisch</b>		
VG1	0				
VG2	0				
VG3	11.810.580	4.589.991	4.879.024	9.469.015	21.279.595
VG4	5.810.778	2.258.265	2.400.469	4.658.734	10.469.512
VG5	2.882.449	1.073.355	1.140.945	2.214.301	5.096.749
VG6	5.361.011	1.995.320	2.120.966	4.116.285	9.477.297
VG7	0	0	0	0	0
<b>Totaal</b>	<b>25.864.818</b>	<b>9.916.931</b>	<b>10.541.404</b>	<b>20.458.335</b>	<b>46.323.153</b>
<b>SCENARIO D2, 50% krijgt toelating en 50% extramuraal</b>					
	<u>Meerkosten</u>	<u>Meerkosten 50% extramuraal</u>			<b>Totaal</b>
	<b>50% toelating</b>	<b>BH</b>		<b>Subtotaal</b>	
		<b>BH basis</b>	<b>paramedisch</b>		
VG1	0				
VG2	0				
VG3	23.621.160	9.179.982	9.758.049	18.938.031	42.559.190
VG4	11.621.556	4.516.530	4.800.937	9.317.467	20.939.023
VG5	5.764.898	2.146.711	2.281.890	4.428.601	10.193.499
VG6	10.722.023	3.990.639	4.241.931	8.232.571	18.954.594
VG7	0	0	0	0	0
<b>Totaal</b>	<b>51.729.636</b>	<b>19.833.862</b>	<b>21.082.808</b>	<b>40.916.670</b>	<b>92.646.306</b>

Bron tabellen: NZa, ZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; HHM, Behandeling in de ZP's, 2009; bewerking Regioplan.



## BIJLAGE 8

### Alles naar de AWBZ

Tabel B8.1 Ter illustratie: berekening aantal paramedici

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag		Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)		
	Met BH	Zonder BH	Art. 15	Art. 8	Art. 15	Art. 8	Totaal
VV1	278	22.221	4,54		36.822.412		36.822.412
VV2	410	21.505	4,54		35.636.690		35.636.690
VV3	1.231	14.988	4,54	17,72	24.836.283	96.938.091	121.774.374
VV4	3.275	15.724	4,54	17,72	26.056.847	101.702.054	127.758.901
VV5	29.776	8.119	4,54	18,87	13.453.217	55.916.786	69.370.003
VV6	12.447	6.818	4,54	18,87	11.297.649	46.957.411	58.255.060
VV7	11.161	2.743	4,54	25,64	4.545.162	25.669.153	30.214.315
VV8	1.972	322	4,54	25,64	534.380	3.017.953	3.552.333
VV10	733	192	4,54	25,64	317.963	1.795.723	2.113.686
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>			<b>153.500.604</b>	<b>331.997.170</b>	<b>485.497.773</b>

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag	Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)
	Met BH	Zonder BH	Voorgrond	Voorgrond
LG1	100	451	5,71	939.812
LG2	94	759	5,71	1.582.355
LG3	112	289	19,24	2.026.953
LG4	340	749	19,24	5.261.428
LG5	188	200	20,08	1.464.716
LG6	606	665	20,09	4.877.229
LG7	565	344	20,09	2.522.380
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>		<b>18.674.874</b>

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag	Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)
	Met BH	Zonder BH	Voorgrond	Voorgrond
VG1	467	1.940	5,71	4.042.601
VG2	1.052	4.040	5,71	8.420.674
VG3	4.062	6.727	31,74	77.935.094
VG4	4.944	3.310	31,74	38.343.886
VG5	13.830	1.573	33,13	19.023.014
VG6	7.248	2.924	33,13	35.362.929
VG7	4.748	0	33,13	0
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>		<b>183.128.199</b>

Bron: NZa, ZZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; HHM, Behandeling in de ZZP's, 2009; bewerking Regioplan.



**BIJLAGE 9**
**Grens bij ZP3**
**Tabel B9.1 Meerkosten, wanneer grens bij ZP3 gelegd wordt.**

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag		Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)		
	Met BH	Zonder BH	Art. 15	Art. 8	Art. 15	Art. 8	Totaal
VV1	278	22.221	4,54		-460.842		-460.842
VV2	410	21.505	4,54		-680.128		-680.128
VV3	1.231	14.988	4,54	17,72	24.836.283	96.938.091	121.774.374
VV4	3.275	15.724	4,54	17,72	26.056.847	101.702.054	127.758.901
VV5	29.776	8.119	4,54	18,87	13.453.217	55.916.786	69.370.003
VV6	12.447	6.818	4,54	18,87	11.297.649	46.957.411	58.255.060
VV7	11.161	2.743	4,54	25,64	4.545.162	25.669.153	30.214.315
VV8	1.972	322	4,54	25,64	534.380	3.017.953	3.552.333
VV10	733	192	4,54	25,64	317.963	1.795.723	2.113.686
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>			<b>79.900.532</b>	<b>331.997.170</b>	<b>411.897.701</b>

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag	Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)
	Met BH	Zonder BH	Voorgrond	Voorgrond
LG1	100	451	5,71	-207.489
LG2	94	759	5,71	-195.782
LG3	112	289	19,24	2.026.953
LG4	340	749	19,24	5.261.428
LG5	188	200	20,08	1.464.716
LG6	606	665	20,09	4.877.229
LG7	565	344	20,09	2.522.380
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>		<b>15.749.434</b>

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag	Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)
	Met BH	Zonder BH	Voorgrond	Voorgrond
VG1	467	1.940	5,71	-972.493
VG2	1.052	4.040	5,71	-2.191.949
VG3	4.062	6.727	31,74	77.935.094
VG4	4.944	3.310	31,74	38.343.886
VG5	13.830	1.573	33,13	19.023.014
VG6	7.248	2.924	33,13	35.362.929
VG7	4.748	0	33,13	0
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>		<b>167.500.482</b>

Bron: NZa, ZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; HHM, Behandeling in de ZP's, 2009; bewerking Regioplan.



**BIJLAGE 10**
**Grens bij ZZP5**
**Tabel B10.1 Meerkosten, wanneer grens bij ZZP5 gelegd wordt.**

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag		Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)		
	Met BH	Zonder BH	Art. 15	Art. 8	Art. 15	Art. 8	Totaal
VV1	278	22.221	4,54		-460.842		-460.842
VV2	410	21.505	4,54		-680.128		-680.128
VV3	1.231	14.988	4,54	17,72	-2.039.109	-7.958.814	-9.997.923
VV4	3.275	15.724	4,54	17,72	-5.427.016	-21.182.098	-26.609.114
VV5	29.776	8.119	4,54	18,87	13.453.217	55.916.786	69.370.003
VV6	12.447	6.818	4,54	18,87	11.297.649	46.957.411	58.255.060
VV7	11.161	2.743	4,54	25,64	4.545.162	25.669.153	30.214.315
VV8	1.972	322	4,54	25,64	534.380	3.017.953	3.552.333
VV10	733	192	4,54	25,64	317.963	1.795.723	2.113.686
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>			<b>22.682.247</b>	<b>104.216.113</b>	<b>126.898.360</b>

  

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag	Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)
	Met BH	Zonder BH	Voorgrond	Voorgrond
LG1	100	451	5,71	-207.489
LG2	94	759	5,71	-195.782
LG3	112	289	19,24	-785.857
LG4	340	749	19,24	-2.388.185
LG5	188	200	20,08	1.464.716
LG6	606	665	20,09	4.877.229
LG7	565	344	20,09	2.522.380
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>		<b>5.287.011</b>

  

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag	Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)
	Met BH	Zonder BH	Voorgrond	Voorgrond
VG1	467	1.940	5,71	-972.493
VG2	1.052	4.040	5,71	-2.191.949
VG3	4.062	6.727	31,74	-47.056.835
VG4	4.944	3.310	31,74	-57.281.527
VG5	13.830	1.573	33,13	19.023.014
VG6	7.248	2.924	33,13	35.362.929
VG7	4.748	0	33,13	0
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>		<b>-53.116.861</b>

Bron: NZa, ZZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; HHM, Behandeling in de ZZP's, 2009; bewerking Regioplan.



**BIJLAGE 11**
**Behandeling 8 naar AWBZ en 15 naar Zvw**
**Tabel B11.1 Meerkosten, behandeling 8 naar AWBZ en 15 naar Zvw**

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag		Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)		
	Met BH	Zonder BH	Art. 15	Art. 8	Art. 15	Art. 8	Totaal
VV1	278	22.221	4,54		-460.842		-460.842
VV2	410	21.505	4,54		-680.128		-680.128
VV3	1.231	14.988	4,54	17,72	-2.039.109	96.938.091	94.898.981
VV4	3.275	15.724	4,54	17,72	-5.427.016	101.702.054	96.275.038
VV5	29.776	8.119	4,54	18,87	-49.341.120	55.916.786	6.575.666
VV6	12.447	6.818	4,54	18,87	-20.625.334	46.957.411	26.332.077
VV7	11.161	2.743	4,54	25,64	-18.495.411	25.669.153	7.173.742
VV8	1.972	322	4,54	25,64	-3.267.243	3.017.953	-249.290
VV10	733	192	4,54	25,64	-1.215.376	1.795.723	580.347
<b>Totaal</b>	<b>61.283</b>	<b>92.632</b>			<b>-101.551.578</b>	<b>331.997.170</b>	<b>230.445.592</b>

  

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag	Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)		
	Met BH	Zonder BH	Voorgrond	Art. 15	Art. 8	Totaal
LG1	100	451	5,71	-207.489	0	-207.489
LG2	94	759	5,71	-195.782	0	-195.782
LG3	112	289	19,24	-233.225	1.425.442	1.192.218
LG4	340	749	19,24	-708.760	3.700.067	2.991.307
LG5	188	200	20,08	-391.252	1.048.235	656.983
LG6	606	665	20,09	-1.262.332	3.491.118	2.228.786
LG7	565	344	20,09	-1.176.607	1.805.518	628.911
<b>Totaal</b>	<b>2.003</b>	<b>3.457</b>		<b>-4.175.448</b>	<b>11.470.380</b>	<b>7.294.933</b>

  

Indicatie	Aantal cliënten		Kosten BH per dag	Meerkosten (kosten BH*365 * aantal cliënten zonder BH)		
	Met BH	Zonder BH	Voorgrond	Art. 15	Art. 8	Totaal
VG1	467	1.940	5,71	-972.493		-972.493
VG2	1.052	4.040	5,71	-2.191.949		-2.191.949
VG3	4.062	6.727	31,74	-8.465.486	63.914.635	55.449.149
VG4	4.944	3.310	31,74	-10.304.900	31.445.853	21.140.953
VG5	13.830	1.573	33,13	-28.823.903	15.744.372	-13.079.531
VG6	7.248	2.924	33,13	-15.104.988	29.268.081	14.163.092
VG7	4.748	0	33,13	-9.895.521	0	-9.895.521
<b>Totaal</b>	<b>36.350</b>	<b>20.514</b>		<b>-75.759.241</b>	<b>140.372.940</b>	<b>64.613.699</b>

Bron: NZa, ZZP-peildatum-1 mei 2009; rondgerekende prijzen (inclusief extra middelen kwaliteit) prijspeil 31/12/2008; HHM, Behandeling in de ZZP's, 2009; bewerking Regioplan.

