



Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 12 december 2011, nr. Z/VU-3096864, houdende wijziging van de Regeling zorgaanspraken AWBZ

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 2, vierde lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgaanspraken wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 1a wordt gewijzigd als volgt:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.
2. Er wordt een lid toegevoegd luidende:
 2. De verzekerde heeft aanspraak op meer zorg dan waarop hij op grond van het eerste lid aanspraak heeft, voor zover naar het oordeel van de zorgverzekeraar meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg en:
 - a. de verzekerde die is aangewezen op zorgzwaartepakket VG-5, VG-7, VG-8, LG-5, LG-7, ZG-3 auditief, ZG-5 visueel, LVG-4, LVG-5 of SGLVG een behoefte aan zorg heeft die minimaal 25% hoger is dan de in dat zorgzwaartepakket opgenomen zorg, of
 - b. de behoefte aan zorg tevens bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie.

B

In bijlage 2 wordt 'ZZP 9 VV' vervangen door:



Clïentprofiel

Bij deze cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. In aansluiting op deze interventie is behoefte aan revaliderende behandeling zoals die door (of onder regie van) specialisten ouderengeneeskunde wordt uitgevoerd en die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfssetting (meestal 2-6 maanden) met een therapeutisch leefklimaat. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt wordt gerevalideerd heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, complicaties en er kan sprake zijn van een verminderde leer- en trainbaarheid.

De begeleiding bij *sociale redzaamheid* is primair gericht op het weer oppakken van allerlei zaken. De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hulp, toezicht en sturing nodig, met name als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie.

Ten aanzien van de *ADL* is in het begin veelal sprake van overname van zorg. In de loop van de tijd neemt deze zorgbehoefte meestal af. Bij de overgang naar huis/beschut wonen met oproepbare wacht is de vereiste advisering en instructie nodig.

Ten aanzien van de *mobilititeit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek grotendeels.

In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig, die gedurende de herstelperiode zal afnemen.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek* of *psychiatrische problematiek*.

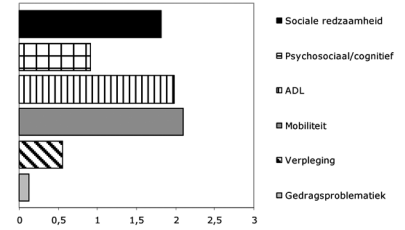
De *aard van het begeleidingsdoel* is ontwikkelingsgericht. De behandeldoelen zijn erop gericht, dat de cliënt op verantwoorde wijze zelfstandig kan wonen (thuis of in het verzorgingshuis).

Het *beperkingenbeeld* in het kader van de revalidatie vermindert snel.

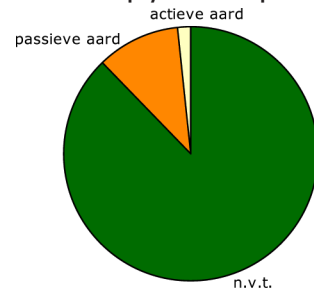
De cliënten hebben een tijdelijke behoefte aan (extra) behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren. Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is.

De *dominante grondslag* is een somatische of soms psychogeriatrische ziekte/aandoening.

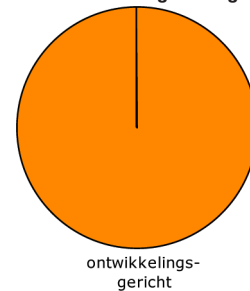
Gemiddelde scores beperkingen)



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 18,0 tot 22,0 uur
	ja	ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd verblijf.
 Nachtdienst: wakende wacht.
 Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.



Clïëntprofiel

Bij deze cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. Voorafgaand aan de interventie ontvingen (vrijwel) alle cliënten uit deze groep reeds behandeling in combinatie met verblijf. In aansluiting op de interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die aanvullende integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt (aanvullende) behandeling ontvangt heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, complicaties en verminderde leer- en trainbaarheid. Herstel tot het niveau van functioneren van vóór de acute aandoening wordt nagestreefd.

Aanvullend op de herstelgerichte behandeling kan functionele diagnostiek noodzakelijk zijn. Deze aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het beperkingenniveau van de cliënt, het onderzoeken welke behandel-doelen haalbaar zijn en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren van de verzekerde voor zover mogelijk, voorkomen van verergering van beperkingen en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid).

De cliënten hebben ten aanzien van *sociale redzaamheid* op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwerfgedrag. De cliënten hebben geen grip meer op hun eigen doen en laten. Cliënten hebben ten aanzien van de verschillende *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie, geheugen en denken. Er is vaak sprake van desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon. Ten aanzien van *ADL* hebben cliënten op alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en kleden.

Ten aanzien van *mobilititeit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek substantieel.

In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig.

De cliënten kunnen soms gedragproblematiek vertonen. Dit betreft met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie.

Meestal is geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

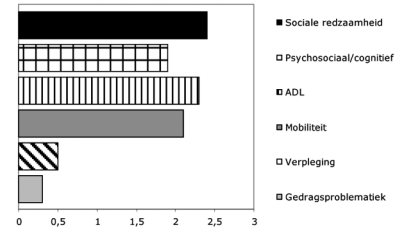
De aard van het *begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie, soms op ontwikkeling of begeleiding bij achteruitgang.

Het *beperkingenbeeld* van de cliënt verandert langzaam.

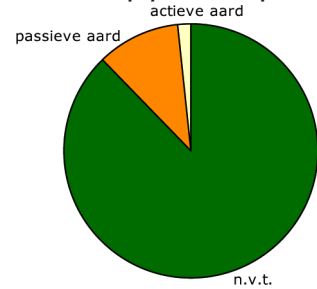
De cliënten hebben een tijdelijke behoefte (2-6 maanden)aan extra behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren. Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is.

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

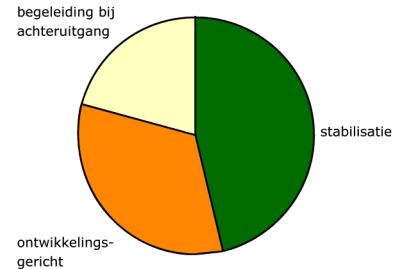
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg			Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.
	ja	Ja	Ja		Inclusief dagbesteding: 18,0 tot 22,0 uur

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd verblijf.
 Nachtdienst: wakende wacht.
 Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2012.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
 M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner.*



TOELICHTING

1. Algemeen

1.1. Inleiding

Met deze regeling is de Regeling zorgaanspraken AWBZ (Rza) per 1 januari 2012 gewijzigd.

De wijzigingen betreffen allereerst het regelen van aanspraak op meer zorg bovenop de zorg die is opgenomen in een zorgzwaartepakket (ZZP).

Met het regelen van aanspraak op meer zorg is uitvoering gegeven aan hetgeen in de toelichting op de ministeriële regeling van 7 december 2010, Z/VU-3037764, houdende wijziging van de Regeling zorgaanspraken AWBZ in verband met het nader regelen van de aanspraak op verblijf en de neonatale hielprik en enkele technische aanpassingen voornemen (Stcrt. 2010, 20014) is aangekondigd. Op deze maatregel wordt verder ingegaan in punt 2 van het algemene deel en vervolgens in het artikelsgewijze deel van deze toelichting.

Verder betreffen de wijzigingen het aanpassen van bijlage 2 van de Rza. Hierop wordt verder in het artikelsgewijze deel van deze toelichting ingegaan.

1.2. Meer zorg

Onder meer vanwege de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) van 28 oktober 2009 (09/4232 AWBZ-VV; LJN BK4423) zijn met het Besluit van 2 november 2010, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering, het Besluit uitbreiding en beperking werkings sfeer WMG, het Besluit zorgaanspraken AWBZ, het Zorgindicatiebesluit, het Bijdragebesluit zorg, het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten en het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten in verband met diverse maatregelen 2011 (Stb. 764; hierna: het wijzigingsbesluit) het Bza en het Zorgindicatiebesluit aangepast. In onder meer die uitspraak en in de uitspraak van de CRvB van 29 september 2010 (09/1799 AWBZ; LJN BO1797) voerde de aanvrager aan dat de behoefte aan zorg groter was dan de zorg waarin het ZZP voorzag. In deze gevallen heeft de CRvB geoordeeld dat het indiceren in ZZP's – omdat daarbij wordt geabstraheerd van de concrete individuele zorgbehoefte – zich niet verdraagt met het Bza en het Zorgindicatiebesluit, zoals deze besluiten op het tijdstip van de uitspraken luiden.

In verband met het oordeel van de CRvB heeft het wijzigingsbesluit met ingang van 1 januari 2011 de in artikelen 9, eerste en tweede lid, en 13, tweede lid van het Bza omschreven zorgvormen 'verblijf' en 'voortgezet verblijf' dusdanig anders omschreven dat duidelijk is dat de aanspraak samen gaat met een pakket aan zorg en niet meer uitgaat van de losse zorgfuncties persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling. Daarmee is de aanspraak op zorg duidelijker gekoppeld aan de ZZP's. In de nota van toelichting op het wijzigingsbesluit is aangegeven dat de ZZP's, ter invulling van de aanspraak op verblijf/voortgezet verblijf met samenhangende zorg en op grond van artikel 2, vierde lid, van het Bza bij ministeriële regeling zullen worden omschreven en dat in die ministeriële regeling tevens de uitzonderingen geregeld zullen worden voor de cliënten die meer zorg met verblijf nodig hebben dan past binnen de ZZP-systematiek.

Met het wijzigingsbesluit is tevens het Zorgindicatiebesluit aangepast om duidelijk tot uitdrukking te brengen dat indien er sprake is van een indicatie voor verblijf of voortgezet verblijf geen losse zorgfuncties in het indicatiebesluit worden aangegeven, maar de samenhangende zorg. Bij de opstelling van het wijzigingsbesluit werd verondersteld dat het CIZ zo nodig ook de extra zorg zou indiceren.

Tot de inwerkingtreding van dit besluit was de financiering van zorg voor AWBZ-cliënten waarbij er sprake is van een uitzonderlijke situatie uitsluitend geregeld in beleidsregels van de NZa, namelijk de beleidsregels 'toeslag extreme zorgzwaarte' en de toeslag 'bekostiging bijzonder zorgplan'. Of van een uitzonderlijke situatie sprake is, wordt niet getoetst door het CIZ maar door het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). De procedure tot nu toe is dat een aanvraag gezamenlijk door de zorgaanbieder en het zorgkantoor namens de zorgverzekeraar wordt ingediend bij de NZa voor verwerking in het budget van een toeslag voor klanten met een extreme zorgbehoefte. Dit verzoek wordt gehonoreerd als er een positief advies is van het CCE.

Daarnaast heeft de NZa beleidsregels vastgesteld met toeslagen die aanvullend zijn op basisprestatiebeschrijvingen van de ZZP, nl. de beleidsregel 'prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten'. Het gaat hier om toeslagen voor bepaalde aspecten van zorg, bijvoorbeeld een toeslag Huntington voor deskundig personeel, specifieke geneesmiddelen, speciale voeding en dergelijke. Een ander voorbeeld is een toeslag voor gespecialiseerde epilepsiezorg. Of er van bijzondere zorg waarvoor een toeslag geldt, sprake is, wordt in de huidige uitvoeringspraktijk niet beoordeeld door het CIZ. Betrokken cliënten hebben een indicatiebesluit waarin alleen staat voor welk ZZP de cliënt in aanmerking komt.



Ook de subsidie voor het persoonsgebonden budget (pgb) kent een uitzondering indien er sprake is van een uitzonderlijke situatie. Het zorgkantoor kan dan van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) toestemming krijgen een hoger pgb vast te stellen. Dit wordt dan door het zorgkantoor opgenomen in de pgb-beschikking voor de cliënt.

De hiervoor genoemde ministeriële regeling van 7 december 2010 waarin de samenhangende zorg in de Regeling zorgaanspraken AWBZ (Rza) nader is omschreven is met ingang van 1 januari 2011 in werking getreden. De nadere omschrijving houdt in dat geregeld is dat de verzekerde is aangewezen op verblijf of op voortgezet verblijf die is opgenomen in het ZZP, behorend bij het cliëntprofiel waarin hij het best past. Tevens zijn de ZZP's in bijlage 2 van de Rza opgenomen.

Samen met het CIZ, de NZa en het CVZ is bezien of het mogelijk is per 1 januari 2011 in de Rza voor de hiervoor bedoelde uitzonderlijke situaties een extra aanspraak bovenop het ZZP te regelen. Dat bleek niet mogelijk te zijn. Er is geconcludeerd dat het hier gaat om complexe materie waaruit niet op zeer korte termijn een eenduidige formulering van de uitzonderingen is te destilleren. Daarnaast was relevant dat het voor het CIZ niet mogelijk zou zijn om per 1 januari 2011 nieuwe taken met betrekking tot de indicatiestelling op te pakken. Dat gold des te meer voor de onderhavige complexe materie. Daarom is indertijd afgesproken vooralsnog de aansprakenregeling in de Rza beperkt te houden tot ZZP's en de huidige oplossing van uitzonderlijke situaties, via uitsluitend de bekostiging, te handhaven. Verder was de afspraak dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2011 samen met het CIZ, de NZa en het CVZ aan een passende oplossing in de Rza zou gaan werken.

Het vorenstaande betekende dat, anders dan in de nota van toelichting op het hiervoor genoemde besluit van 2 november 2010 is aangegeven, in 2011 in de Rza niet de aanspraak op extra zorg ingeval van een uitzonderlijke situatie is geregeld. Dat betekende ook dat het CIZ in 2011 niet voor deze extra zorg is gaan indiceren, maar dat het CIZ in het indicatiebesluit uitsluitend aangeeft voor welk ZZP de cliënt in aanmerking komt.

Zoals afgesproken, is in 2011 aan een oplossing gewerkt. Bij de discussie is ook de CCE betrokken geweest. Daarbij is de huidige bekostiging met toeslagen op de ZZP-bekostiging als uitgangspunt genomen. Per toeslag is met betrokken partijen bekeken of er aanvullende zorg is opgenomen in de betreffende toeslag, bijvoorbeeld meerzorg in verband met gespecialiseerde epilepsiezorg of beademingszorg. Als er sprake is van meer zorg in de toeslagen dan is dit opgenomen in onderhavige regeling.

Overigens zijn er ook toeslagen op de ZZP-bekostiging die geen betrekking hebben op meer zorg, maar op speciaal deskundig (duurder) personeel, specifieke geneesmiddelen, speciale voeding en dergelijke. Een voorbeeld is de toeslag Huntington. Voor een dergelijke toeslag is geen regeling in de Rza getroffen, omdat het geen extra zorg betreft.

Met de onderhavige regeling is de aanspraak op de meer zorg per 1 januari 2012 in het Rza geregeld, zodanig dat is aangesloten bij de huidige bekostiging van meer zorg in uitzonderlijke situaties. In het artikelsgewijze deel van deze toelichting wordt hier verder op ingegaan.

2. Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A

Het nieuwe tweede lid, onderdeel a, van artikel 1a van de Rza heeft betrekking op de zogenoemde extreme zorgbehoefte waarvoor, zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, de toeslag extreme zorgbehoefte geldt. Van meer zorg kan alleen sprake zijn als er een zorgbehoefte is die 25% of meer is dan de in desbetreffende ZZP opgenomen zorg. Dit criterium sluit aan bij de normen in de NZa beleidsregel 'Toeslag extreme zorgzwaarte' (CA-300-491). Bij dit criterium dient in ieder geval vermeld te worden dat de zzp-systematiek uitgaat van clientprofielen die zijn gebaseerd op gemiddelden over een populatie. Ook dient te worden vermeld dat bij het ontwerp van de ZZP-systematiek is uitgegaan van een bandbreedte van tien procent. Dat betekent dat op de in het zorgzwaartepakket opgenomen hoeveelheid uren zorg een bandbreedte van tien procent van toepassing is naar beneden en naar boven. Een ZZP waarin gemiddeld twintig uren per week samenhangende zorg is opgenomen, sluit dus aan bij een zorgbehoefte van acg18 tot 22 uur per week. In de bijlage bij deze regeling is de zorgomvang van de ZZP's inclusief bandbreedte van 10% vermeld. De NZa beleidsregel 'Toeslag extreme zorgzwaarte' (CA-300-491) hanteert een financieel drempelbedrag van 20% voor toegang tot de aanvullende financiering. Deze drempel is ingevoerd met inachtneming van het gegeven dat de ZZP-systematiek een persoonsvolgende systematiek is die uitgaat van doelmatige levering door zorgaanbieders aan een populatie van dicht bij elkaar wonende cliënten. Daarbij is binnen de bekostiging van de instelling enige ruimte om de iets meer uren dan gemiddelde zorgomvang voor de ene cliënt te compenseren met iets minder dan gemiddelde zorgomvang voor de andere cliënt, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg voor individuele cliënten. De drempel heeft tot doel dat alleen voor instellingsbewoners die substantieel meer uren dan gemiddeld zorg nodig hebben dan opgenomen in het ZZP (inclusief bandbreedte)



aanvullende zorg en financiering daarvan mogelijk is. De doelmatige uitvoering van de AWBZ is er niet mee gediend dat voor elke cliënt die slechts beperkt meer zorg nodig heeft binnen de ZZP-systematiek aanspraak kan maken op aanvullende zorg.

Omdat niet alle kosten zijn gebaseerd op een prijs per uur, komt de drempel gemeten in uren iets hoger uit dan de financiële drempel van 20%, namelijk op ongeveer 25% extra urenomvang. De zorgomvang van de ZZP's wordt inclusief bandbreedte van 10% vermeld. De 25% extra urenomvang wordt berekend vanaf het midden van de bandbreedte. Bij een ZZP met een zorgbehoefte van 18 tot 22 uur wordt de drempel van 25% extra urenomvang dus gerekend vanaf 20 uur.

Conform de huidige beleidsregel van de NZa geldt de aanvullende aanspraak alleen voor de hoogste ZZP's binnen de reeksen ZZP's in de gehandicaptenzorg. Het betreft ZZP's in de verstandelijk gehandicaptenzorg (ZZP VG 5,7 en 8, ZZP LVG 4 en 5 en ZZP SGLVG), de lichamelijk gehandicaptenzorg (ZZP LG 5 en 7), zorg voor auditief gehandicapten (ZZP ZG-3 auditief) en zorg voor visueel gehandicapten (ZZP ZG-5 visueel).

Het nieuwe tweede lid, onderdeel b, van artikel 1a van de Regeling zorgaanspraken AWBZ regelt meer zorg in het geval dat de verzekerde die aanspraak heeft op een ZZP tevens behoefte heeft aan gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie. Op deze extra zorg is de NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten (CA-300-476) van toepassing. Met het nieuwe tweede lid, onderdeel b, van artikel 1a wordt de huidige praktijk voortgezet.

Bij het opstellen van de Rza is de huidige uitvoeringspraktijk met toeslagen op de ZZP-bekostiging als uitgangspunt genomen. De meer zorg die is opgenomen in de toeslagen is nu ook opgenomen in de Rza. Of er van bijzondere zorg waarvoor een toeslag geldt, sprake is, wordt in de huidige uitvoeringspraktijk niet beoordeeld door het CIZ, maar door de betrokken instelling die zo nodig de CCE inschakelt.

De aanhef van het tweede lid vermeldt dat het gaat om het oordeel van de zorgverzekeraar (in casu zorgkantoor) of er sprake is van aanspraak op meer zorg dan in de in dat lid vermelde ZZP's is aangegeven. Dit past in zijn normale rol om te contracteren voor AWBZ-zorg opdat de verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding kan brengen.

Voor uitzonderlijke situaties met probleemgedrag, zal het zorgkantoor moeten beoordelen of het oordeel van de instelling met het advies van de CCE aanleiding geeft tot meer zorg. Doorgaans zal het zorgkantoor dat oordeel volgen.

Evenals voor overige AWBZ-zorg is niet geregeld dat de verzekerde voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op meer zorg vooraf toestemming van de zorgverzekeraar hoeft te hebben.

Artikel I, onderdeel B

Met deze regeling is het in bijlage 2 opgenomen ZZP VV 9 vervangen door een ZZP 9a VV en een ZZP 9b VV. De reden hiervoor is de beoogde overheveling van de geriatrische revalidatiezorg per 1 januari 2013. Per die datum wordt het ZZP VV 9a overgeheveld naar de zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner.*