

Signalering

# Evaluatie Extreme zorgzwaarte

Beleidsregel Toeslag extreme zorgzwaarte



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>2. Uitgangspunten Toeslag extreme zorgzwaarte</b>	<b>9</b>
2.1 Aanleiding	9
2.2 Doel van de regeling	9
2.3 Welke cliënten betreft het?	9
2.4 Welke voorwaarden worden gesteld?	9
2.5 Bekostiging	10
<b>3. Toename beroep op de toeslag Extreme Zorgzwaarte</b>	<b>11</b>
3.1 Inleiding	11
3.2 Verwachtingen	12
3.3 Ontwikkeling van overheidsbeleid	13
3.4 Ontwikkelingen in de GHZ	15
3.4.1 Financiële middelen	15
3.4.2 Behandelmethoden	16
3.5 Conclusies	16
<b>4. Proces van aanvraag tot toekenning</b>	<b>19</b>
4.1 Inleiding	19
4.2 Juridisch kader	19
4.3 Proces van aanvraag tot toekenning	19
4.4 Handhaafbaarheid	20
4.5 Knelpunten in de procedure	21
4.6 Conclusies	22
<b>5. Aanknopingspunten voor structurele bekostiging</b>	<b>23</b>
5.1 Inleiding	23
5.2 Mogelijkheden voor het ontwikkelen van een ZZP	23
5.2.1 De omvang per cliëntgroep	23
5.2.2 De variatie van de inzet van middelen	24
5.3 Conclusies	24
<b>6. Toekomstperspectief en opstellen regeling voor V&amp;V/GGZ</b>	<b>25</b>



## Vooraf

Binnen de sector gehandicaptenzorg (GHZ) bestaat sinds 2005 de beleidsregel 'Extreme zorgbehoefte'; sinds 2010 is dit de beleidsregel 'Toeslag extreme zorgzwaarte'. Op basis van deze beleidsregel worden de kosten van individuele zorgvragers die uitstijgen boven een bepaald drempelbedrag vergoed. Het betreft een toeslag, bovenop de reguliere bekostiging. De regeling is alleen opengesteld voor cliënten met bepaalde indicaties GHZ (aanvankelijk alleen voor zorgaanbieders binnen de sector GHZ).

De sectoren V&V en GGZ hebben verzocht de beleidsregel 'Extreme zorgzwaarte' AWBZ-breed in te zetten. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de beleidsregel 'extreme zorgzwaarte' geëvalueerd. Hierbij is het proces van aanvraag tot toekenning van de toeslag extreme zorgzwaarte geanalyseerd en is gezocht naar verklaringen voor het toegenomen beroep hierop. De evaluatie wordt u hierbij aangeboden.

Gezien het doel van de toeslag, het in uitzonderlijke gevallen bekostigen van zorg die niet binnen de reguliere beleidsregels kan worden opgevangen, is er geen reden de toeslag te beperken tot alleen de GHZ. Uit de evaluatie zijn echter een aantal aandachtspunten naar voren gekomen. De NZa acht nader onderzoek op deze punten wenselijk, alvorens de regeling AWBZ-breed open te stellen. Met het oog op een eventuele invoering heeft de NZa de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) daarom geadviseerd een dergelijk onderzoek nog in 2011 te verrichten.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan  
lid Raad van Bestuur



## 1. Inleiding

Binnen de sector gehandicaptenzorg (GHZ) bestaat sinds 2005 de beleidsregel 'Extreme zorgbehoefte'; sinds 2010 is dit de beleidsregel 'Toeslag extreme zorgzwaarte'. Op basis van deze beleidsregel worden de kosten van individuele zorgvragers die uitstijgen boven een bepaald drempelbedrag vergoed. Het betreft een toeslag, bovenop de reguliere bekostiging. De regeling is alleen opengesteld voor cliënten met bepaalde indicaties GHZ (aanvankelijk alleen voor zorgaanbieders binnen de sector GHZ).

Een steeds grotere groep GHZ cliënten wordt aanvullend bekostigd op basis van de toeslag extreme zorgzwaarte. Omdat de vraag speelt of deze toeslag ook toegankelijk moet worden gemaakt voor V&V en GGZ, is het beleid extreme zorgzwaarte op drie punten geëvalueerd.

- Waarom is het beroep op de toeslag extreme zorgzwaarte de afgelopen jaren exponentieel toegenomen?
- Hoe verloopt het proces van aanvraag tot toekenning, zijn er knelpunten, en is de procedure op deze wijze handhaafbaar?
- Zijn er aanknopingspunten voor een structurele bekostiging van de cliënten die nu een beroep doen op de toeslag extreme zorgzwaarte?

De evaluatie gaat nadrukkelijk niet in op de vraag of de omstandigheden van cliënten verbeteren door toepassing van de regeling. Deze toetsing zal aan de orde komen in een evaluatie die het CCE uitvoert naar de kwaliteit van bestaan van cliënten met een toeslag extreme zorgzwaarte.

Voordat tot beantwoording van de gestelde vragen kan worden overgegaan, volgt hieronder eerst een overzicht van de uitgangspunten van de beleidsregel 'Toeslag extreme zorgzwaarte'. Daarna worden de hierboven gestelde vragen behandeld, gevolgd door conclusies. Eventuele verbeterpunten worden niet meegenomen in deze evaluatie, maar maken onderdeel uit van nieuw deelproject met betrekking tot Extreme zorgzwaarte binnen het project 'ZZP onderhoud'.



## 2. Uitgangspunten Toeslag extreme zorgzwaarte

### 2.1 Aanleiding

In 2004 is door de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de brancheorganisaties van zorgaanbieders het Convenant AWBZ voor de jaren 2005 tot en met 2007 afgesloten. Hierin is opgenomen dat 'het CTG/ZAio voor cliënten die gelet op hun extreme zorgzwaarte niet passen in de reguliere bekostigingssystematiek een oplossing zal bieden (via bijvoorbeeld een aparte hardheidsclausule of beleidsregel)<sup>1</sup>.

Naar aanleiding hiervan heeft het CTG/ZAio de beleidsregel 'Toeslag extreme zorgbehoefte' opgesteld, na overleg met het CCE, de VGN en ZN.

### 2.2 Doel van de regeling

Het doel van deze regeling is de zorgbehoefte te financieren voor die cliënten voor wie de kosten van zorgverlening van zodanige omvang zijn, dat deze niet meer binnen de reguliere beleidsregels opgevangen kunnen worden. Voor zover deze kosten verband houden met extra personele inzet, bijvoorbeeld één-op-één begeleiding, kan de zorgaanbieder een toeslag aanvragen op grond van de beleidsregel 'extreme zorgzwaarte'.

### 2.3 Welke cliënten betreft het?

Cliënten waarvoor de toeslag extreme zorgzwaarte wordt aangevraagd zijn cliënten met de zwaarste ZZP's binnen de GHZ. Het betreft vaak ZZP VG 7 indicaties en mensen met gedragsproblemen (SGLVG en SGEVG). Maar ook wanneer extra verzorging nodig is (bijvoorbeeld bij LG 7 indicatie) kan de toeslag worden aangevraagd. Behalve extra uren verzorging of begeleiding kan het ook bekostiging betreffen van meer gespecialiseerd en daarmee duurder personeel.

### 2.4 Welke voorwaarden worden gesteld?

De voorwaarden die worden gesteld om in aanmerking te komen voor de toeslag zijn sinds 2005 herhaaldelijk aangepast. Om voor het jaar 2010 een beroep te kunnen doen op de Beleidsregel extreme zorgzwaarte moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- het verzoek wordt ondersteund door het zorgkantoor;
- de cliënt is geïndiceerd voor een van de zwaarste ZZP's binnen de GHZ (VG5, VG7, LG5, LG7, LVG4, LVG5, SGLVG, ZG-aud 3, ZG-vis 5);
- de cliënt verblijft bij een zorgaanbieder die is toegelaten voor verblijf;
- de vastgestelde uren meerzorg bedragen minimaal 120% van het aantal uren zorg dat de cliënt krijgt op basis van zijn ZPP (drempelbedrag);
- het Centrum voor Consultatie en expertise (hierna: CCE) geeft een positief advies met betrekking tot de gevraagde meerzorg<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Convenant AWBZ 2005-2007, artikel 11 lid 2

<sup>2</sup> De rol van het CCE wordt in de omschrijving van de procedure nader toegelicht.

Met de invoering van de ZZP bekostiging in 2009 is ook de beleidsregel Extreme zorgbehoefte gewijzigd. De belangrijkste wijzigingen zijn:

- Het verzwarencriterium is komen te vervallen. De regeling werd alleen opengesteld voor nieuwe cliënten of cliënten die ten opzichte van 2004 aantoonbaar zwaarder waren geworden in hun zorgvraag. De overige cliënten konden een beroep doen op reeds bestaande regelingen (hardheidsclausule, bestendig beleid of zorg op maat).
- Alleen voor cliënten die in de hoogste ZZP per subsector zijn geïndiceerd (met enkele hierboven genoemde uitzonderingen) kan een toeslag aangevraagd worden. Voor de invoering van de ZZP's kon voor alle GHZ cliënten een toeslag aangevraagd worden als de kosten boven een bepaald drempelbedrag uitkwamen.
- De totale kosten, die betrekking hebben op de extreme zorgvraag, komen voor vergoeding in aanmerking (met een bandbreedte van 10%). Voorheen kwam alleen het verschil tussen de totale kosten en het drempelbedrag voor vergoeding in aanmerking.

## 2.5 Bekostiging

De contracteerruimte is het totaal bedrag – exclusief enige geormerkte gelden – dat maximaal beschikbaar is voor het maken van productieafspraken tussen zorgkantoor en gecontracteerde zorgaanbieders. Per zorgkantoorregio is er een 'eigen' financiële ruimte. Met de introductie van de contracteerruimte wordt beoogd de zorgkantoren meer verantwoordelijkheid te geven voor een 'doelmatige zorginkoop'. Voor bepaalde vormen van meerzorg in AWBZ-instellingen wordt op landelijk niveau een budget geormerkt. De NZa beoordeelt of de productieafspraken op landelijk niveau binnen de contracteerruimte blijven en corrigeert overschrijdingen naar rato. Voor extreme zorgzwaarte werd in 2006 een budget geormerkt van € 37 mln. Wanneer het budget werd overschreden, werd dit door VWS aangevuld. In 2008 bedroeg het beschikbaar gestelde budget reeds € 57,6 mln. Dit is exclusief index en kosten in verband met bezwaren etc.

In 2008 werden de berekeningen voor het nieuwe bekostigingsmodel gemaakt. Voor alle deelsectoren in de AWBZ-zorg werd 2% van de beschikbare macromiddelen (inclusief de bestaande regelingen als Zorg op Maat t.w.v. € 15 mln.) gereserveerd voor het oplossen van knelpunten die zich voordoen bij de introductie van het nieuwe bekostigingsmodel. Binnen de GHZ werd dit ingezet voor de bekostiging van de nieuwe regeling extreme zorgzwaarte, bovenop het reeds beschikbare budget. In 2010 is een budget beschikbaar van € 151 mln<sup>3</sup>. Naar verwachting zou dit voldoende zijn voor structurele bekostiging. Met eventuele benodigde aanvulling van het budget wordt niet langer rekening gehouden.

---

<sup>3</sup> Totaal aangevraagd structureel budget. Van de beschikbare € 163 mln. is in 2010 eenmalig € 12 mln. gereserveerd voor de overgangsregeling LG dagbesteding.

### 3. Toename beroep op de toeslag Extreme Zorgzwaarte

#### 3.1 Inleiding

Sinds de start van de regeling is het beroep dat zorgaanbieders op de Beleidsregel extreme zorgzwaarte doen alleen maar toegenomen. De totale kosten zijn daarmee gestegen van € 37 miljoen in 2006 tot € 148 miljoen in 2010. Hierbij valt op dat met name het aantal vastgestelde toeslagen ieder jaar toeneemt: van 611 in 2006 tot 2.368 cliënten in 2010. Het gemiddelde bedrag per toeslag blijft ongeveer gelijk.

**Tabel 1. Toename kosten extreme zorgzwaarte sinds 2006**

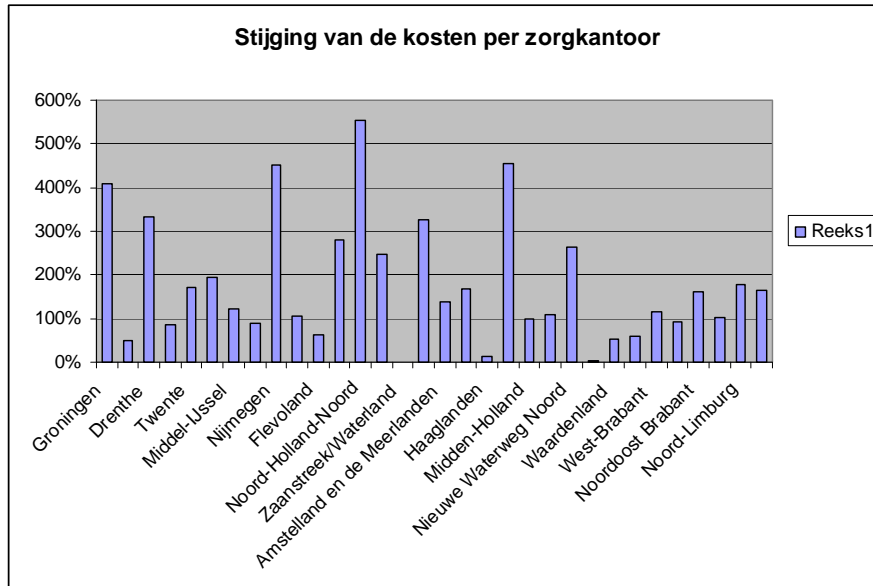
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Totale kosten	€ 2,1 mln	€ 38,2 mln	€ 54,2 mln	€ 71,5 mln	€ 87,6 mln	Circa € 148,4* mln
Aantal vastgestelde toeslagen	Circa 25	617	867	1.174	1.492	2.368
Gemiddelde bedrag per cliënt	Circa € 90 duizend	€ 61,9 duizend	€ 62,5 duizend	€ 60,9 duizend	€ 58,7 duizend	€ 64,1** duizend
Aantal instellingen	9	74	87	89	91	113

\*) 2010 betreft het totaal aangevraagd structureel budget. Het budget en het aantal cliënten kan in verband met nacalculatie 2010 en eventuele bezwaren nog veranderen.

\*\*) Per 1 januari 2010 is het drempelbedrag van € 90.000,- komen te vervallen. Mits een bepaalde indieningdrempel wordt behaald, worden vanaf 1 januari 2010 alle meerkosten voor extreme zorgzwaarte vergoed.

Alle zorgkantorregio's hebben te maken met een groei van het aantal toeslagen extreme zorgzwaarte. In vier regio's is de toename echter meer dan drie miljoen euro. Het betreft de regio's Drenthe, Stedendriehoek, Nijmegen, en Zuid-Holland Noord. In deze vier regio's is sprake van een verdubbeling of verdrievoudiging van het aantal toeslagen extreme zorgzwaarte per zorgaanbieder. In deze regio's zijn een aantal zorgaanbieders gevestigd die zich richten op cliënten met hogere zorgzwaartes (onder meer 's Heeren Loo, stichting Philadelphia en Hoeve Boschoord).

Tabel 2. Stijging van de kosten per zorgkantoren



Voor de toename van het aantal toeslagen extreme zorgzwaarte zijn verschillende verklaringen mogelijk, met name ten aanzien van de ontwikkeling van het overheidsbeleid en de ontwikkelingen in de GHZ sector zelf. Op deze ontwikkelingen wordt hieronder nader ingegaan, na een schets van de verwachtingen zoals deze bij de start van de regeling bestonden.

### 3.2 Verwachtingen

De beleidsregel werd in 2005 opgesteld voor cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, waarvoor gold dat de kosten inzake de zorgverlening van dusdanige omvang waren dat deze niet binnen de reguliere beleidsregels opgevangen konden worden. Het doel was adequate bekostiging te realiseren, waarmee passende zorg en intensieve begeleiding kon worden geleverd om de kwaliteit van leven van cliënten met een extreme zorgbehoefte te bevorderen.

Met het openstellen van de beleidsregel was de omvang van de groep cliënten die mogelijk een beroep konden doen op de toeslag niet bekend. Wel werd er een budgettair plafond ingesteld, in 2006 werd er € 37 miljoen gereserveerd binnen de contractruimte. In de praktijk werd dit plafond bij overschrijding steeds aangepast.

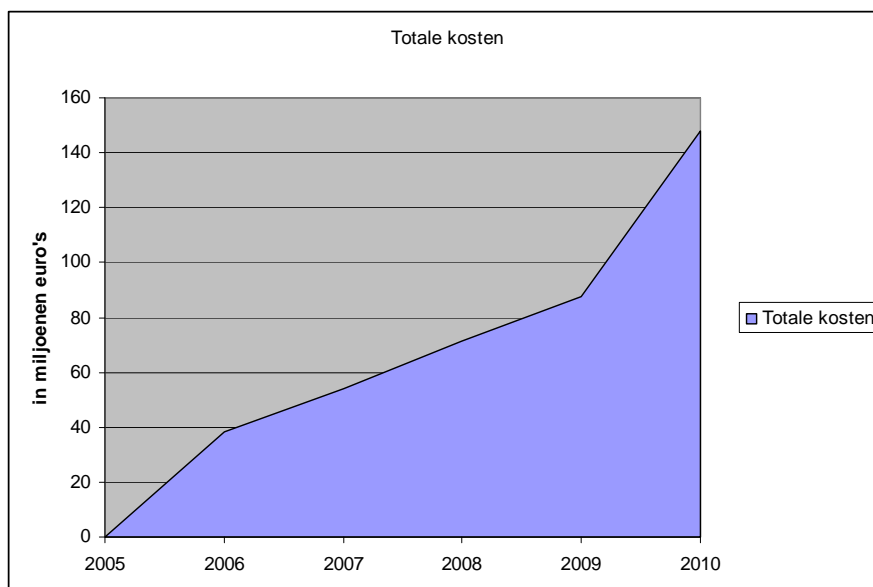
Er bestonden wel schattingen van de omvang van de groep gehandicapten waarvoor de toeslag extreme zorgzwaarte kon worden aangevraagd. Het college Bouw geeft in haar rapport van 2001 aan dat het om 800 tot 1100 cliënten zou gaan. In 'Uit de kou?' (januari 1997) van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland werd geconstateerd dat in Nederland circa 760 mensen met een lichte verstandelijke handicap aanhoudend zeer tot extreem ernstig probleemgedrag vertonen. In 'Tussen Wal en Schip' (september 1996) werd berekend dat ongeveer 760 mensen aanhoudend zeer tot extreem ernstige gedragsproblemen hebben. Deze groep zou al een aantal jaren redelijk constant zijn. Met de publicatie van de foto's van Jolanda Venema in 1988 kwam er een golf van commentaar op de gehandicaptenzorg; toen werd geschat dat er zo'n 2500 verstandelijk gehandicapten in Nederland in een soortgelijke situatie als Venema verkeerden.

Uit deze destijds bestaande schattingen kan worden geconcludeerd dat er geen eenduidig cijfermateriaal bestond bij de start van het beleid met betrekking tot extreme zorgzwaarte. Er bestond geen goed onderbouwd beeld van het aantal cliënten dat een beroep op de regeling zou kunnen doen.

Bij de voorsortering op de invoering van de zorgzwaartebekostiging is de regeling opnieuw onder de loep genomen. Op dat moment werden er wel inschattingen gemaakt van het aantal cliënten dat mogelijk een beroep op de toeslag zou kunnen doen. Het CCE schatte dat dit maximaal 1-2 % van de cliëntenpopulatie in de AWBZ zou zijn. Uit het rapport van het CIZ<sup>4</sup> (2007) is op te maken, dat zorgaanbieders verwachtten dat voor 15% van de cliënten met een ZZP VG7 indicatie een beroep gedaan zou worden op de toeslag (ongeveer 1.000 cliënten).

Ook de NZa maakte in 2008 een inschatting van het te verwachten gebruik van de regeling. Ervan uitgaande dat alleen de hoogste ZZP's voor de toeslag in aanmerking zouden komen, becijferde de NZa het maximale aantal GHZ cliënten dat een beroep op de regeling zou kunnen doen in 2017. Dit zou in totaal circa € 149 mln. kosten. Naar verwachting zou er binnen de GHZ voldoende ruimte bestaan om de groei van het aantal cliënten met een extreme zorgzwaarte binnen de beschikbare macromiddelen op te vangen.

Onderstaande grafiek geeft de toename weer van het beroep op de beleidsregel extreme zorgzwaarte sinds de start in 2005. De verwachtingen van de NZa met betrekking tot aantal het cliënten en de daarmee gemoeide gelden zijn in 2010 gerealiseerd. Het CCE geeft aan de betreffende cliëntgroep inmiddels in beeld te hebben. Het is echter onduidelijk of het aantal cliënten dat een beroep doet op de toeslag vanaf 2011 nog verder zal toenemen.



### 3.3 Ontwikkeling van overheidsbeleid

De beleidsregel extreme zorgzwaarte is sinds de start in 2005 op veel punten gewijzigd. Daarnaast is in 2009 de zorgzwaartebekostiging ingevoerd. Deze wijzigingen hebben effect gehad voor de groep cliënten

<sup>4</sup> Rapportage Controle ZZP score, oktober 2007

waarvoor de toeslag extreme zorgzwaarte kon worden aangevraagd. De ontwikkelingen worden daarom hieronder nader omschreven.

Onder de oude bekostiging was de toeslag alleen beschikbaar indien de reguliere beleidsregels inclusief eventueel voor de betreffende cliënt ingecalculerde hardheidsclausule, bestendig beleid en/of zorg-op-maat-gelden, niet voldoende waren. Er gold een drempelbedrag van € 150.000,-. Alleen de kosten boven dit drempelbedrag kwamen voor vergoeding in aanmerking. Dit drempelbedrag is met ingang van 2006 verlaagd naar € 90.000,-. Het effect was groot: in 2005 deden slechts enkele instellingen een beroep op de regeling, maar in 2006 een onverwacht groot aantal zorgaanbieders. Het CTG/Zaio heeft daarop in overleg met VGN, ZN, en CCE en de afspraak gemaakt dat zorgkantoren vanaf dat moment kritisch toe zien op instellingen die meer dan 5% van hun cliënten als extreem zorgbehoefstig aanmelden. Dit blijkt reële beheersmaatregel want de zorgaanbieders die zich specifiek richten op cliënten met extreme zorgzwaartes overschrijden dit percentage.

Per 2006 is ook het verzwaringscriterium ingevoerd: de toeslag was alleen beschikbaar voor nieuwe cliënten. Reeds opgenomen cliënten die met een dusdanige toename van de zorgzwaarte werden geconfronteerd dat er feitelijk een nieuwe situatie ontstond, werden ook als nieuwe cliënten aangemerkt. Om voor de toeslag in aanmerking te komen moet de zorgaanbieder een individueel zorgplan voor de cliënt opstellen. Dit zorgplan kan naast de werkelijke situatie ook betrekking hebben op de gewenste situatie.

Vooruitlopend op de invoering van zorgzwaartebekostiging, werden zorgaanbieders voor intramurale zorg begin 2007 verzocht hun cliënten 'te scoren' in termen van zorgzwaartepakketten (ZZP's). Hiermee is een beeld verkregen van de verdeling van de zorgzwaarte van de cliënten, die verbleven in een instelling voor AWBZ-zorg. Op basis van deze indicaties werden de nieuwe ZZP prijzen door de NZa berekend. De zorgaanbieders verkregen hiermee ook zelf een beter beeld van de zwaarte en de zorgvraag van hun eigen cliënten<sup>5</sup>. Uit het recent uitgebrachte HHM-rapport 'werken met ZZPs' blijkt dat door de invoering van zorgzwaartebekostiging de wensen en de behoeftes van de cliënt bovendien meer centraal zijn komen te staan.

De mogelijkheid om ZZP VG7 af te kunnen spreken – ongeacht de indicatie van de betreffende cliënt – wordt in 2009 gekoppeld aan het hebben van een SGLVG plaats (in eerste instantie kon voor alle cliënten als VG 7 gescoord of geïndiceerd waren VG 7 worden afgesproken). Om irreële situaties te voorkomen – het aantal SGLVG plaatsen was sinds maart 2003 bevroren – kunnen vanaf dat moment weer SGLVG plaatsen worden aangevraagd en toegekend. Dit heeft bijna een verdubbeling van het aantal SGLVG plaatsen tot gevolg, van 4.393 in 2005 tot 8.541 in 2010.

Sinds de invoering van de zorgzwaartebekostiging is het drempelbedrag voor de toeslag extreme zorgzwaarte gewijzigd. De indieningsdrempel bedraagt vanaf 2009 120% van het beleidsregelbedrag dat hoort bij de betreffende ZZP. Waar voorheen alleen de kosten boven het drempelbedrag voor vergoeding in aanmerking kwamen, geldt vanaf 2009 een vergoedingsdrempel van 110% (bijna de volledige kosten voor meerzorg worden vergoed, met een bandbreedte van 10%).

---

<sup>5</sup> 'Werken met ZZP's', HHM, Casemix en Q-talent.

Tegelijkertijd wordt een beroep op de regeling beperkt tot alleen de hoogste ZZP's<sup>6</sup>.

In 2010 wordt de regeling verruimd: naast alleen cliënten in de zwaarste ZZP's, wordt de regeling ook opengesteld voor cliënten met een ZZP LG5 en VG 5. Cliënten met deze indicaties zitten feitelijk al in de hoogste ZZP van de reeks; bij VG6 en VG7 is gedragsproblematiek een bijkomend kenmerk, deze ZZP's hebben daarmee betrekking op een andere cliëntgroep. Bovendien is verblijf in een GHZ instelling niet langer een vereiste en vervalt het verzwaringscriterium: ook voor cliënten die sinds 2004 geen substantiële verandering van zorgbehoefte hebben doorgemaakt kan een beroep worden gedaan op de regeling extreme zorgzwaarte.

Behalve bovenstaande aanpassingen zijn de eisen die aan het toekennen van de toeslag worden gesteld sinds 2006 steeds duidelijker in de beleidsregel omschreven. Tegelijkertijd geven zorgaanbieders aan steeds meer ervaring te hebben met de wijze van aanvragen. In de eerste jaren zijn relatief veel aanvragen op formele gronden afgewezen. Inmiddels zijn steeds meer aanvragen compleet en goed onderbouwd, en lijken er minder aanvragen te moeten worden afgewezen op formele gronden<sup>7</sup>.

### 3.4 Ontwikkelingen in de GHZ

Naast de ontwikkelingen in overheidsbeleid, heeft ook de GHZ een ontwikkeling doorgemaakt die van invloed is op de bekostiging. Vanaf de jaren '80 is er steeds meer aandacht voor gedragsproblemen bij verstandelijk gehandicapten. Dit uit zich in het beschikbaar stellen van financiële middelen en in de ontwikkeling van behandelmethoden (met name: pogingen om vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen

#### 3.4.1 Financiële middelen

Voor de invoering van de beleidsregel extreme zorgzwaarte kon voor verstandelijk gehandicapten op basis van de regeling SGLVG/SGEVG<sup>8</sup> een toeslag worden verkregen. Instellingen konden bij het College Bouw een aanvraag doen om een reguliere plaats binnen de instelling om te zetten in een SGLVG plaats voor behandeling of voor verblijf. Hieraan waren ook extra gelden verbonden.

Veel van de gedragsproblematiek bij SGLVG en met name SVEVG was volgens het Bouwcollege in 2001 toe te schrijven aan onvoldoende (intensieve) aandacht en begeleiding, en aan verveling. Dit werd veroorzaakt door een tekort aan mogelijkheden om voor deze doelgroepen extra middelen (vertaald in personele inzet) in het instellingsbudget te verkrijgen. In de praktijk werden de SGLVG plaatsen dan ook gebruikt voor zowel SGLVG cliënten als voor cliënten met de SGEVG indicatie. Niet voor alle cliënten met de indicatie SGLVG of SVEVG was bovendien een SGLVG plaats beschikbaar, en in maart 2003 werd het aantal SGLVG plaatsen bevroren. Vanaf dat moment konden alleen voor nieuwe AWBZ-cliënten nog SGLVG plaatsen worden gecreëerd. De behoefte aan extra financiële middelen bleef echter bestaan<sup>9</sup>. Andere

<sup>6</sup> Uit onderzoek van de NZa bleek dat 89% van de toeslagen werden toegekend aan cliënten in de hoogste ZZP's.

<sup>7</sup> Afwijzingen worden bijgehouden door de NZa. Het is echter niet duidelijk of alle afwijzingen bij de NZa worden gemeld.

<sup>8</sup> Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt en Sterk Gedragsgestoord Ernstig Verstandelijk Gehandicapt.

<sup>9</sup> Dit blijkt onder andere uit een uitspraak van de Raad van State d.d. 6 februari 2008, inzake de weigering van de staatssecretaris van VWS in 2006 om aan de Stichting

regelingen, zoals de hardheidsclausule, bestendig beleid, en mogelijkheden tot substitutie en Zorg op Maat voorzagen niet volledig in deze behoefte.

### 3.4.2 Behandelmethoden

In 2008 deed de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een vervolgonderzoek naar het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Eén van de conclusies was dat mensen met een verstandelijke beperking te vaak en te snel werden vastgebonden, opgesloten of gedragsbeïnvloedende medicamenten kregen toegediend. De IGZ sloot daarop een convenant met allerlei organisaties van instellingen en beroepsverenigingen uit de zorg om vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen.

Een alternatief voor vrijheidsbeperking is intensieve individuele begeleiding, waarmee cliënten meer controle krijgen over hun eigen bestaan. Dit past bij de heersende opvattingen over emancipatie van mensen met een verstandelijke beperking. Uit gesprekken met zorgaanbieders komt naar voren dat de toeslag extreme zorgzwaarte de inzet van extra begeleiding mogelijk maakt. Ook de VGN geeft aan dat de kwaliteit van zorg in de afgelopen jaren verbeterd, met als gevolg dat er minder vrijheidsbeperkende maatregelen hoeven te worden genomen. De effectiviteit van de toeslag extreme zorgzwaarte komt aan de orde in de inhoudelijk evaluatie van het CCE in 2011.

In het kader van het programma Zorg voor Beter (sinds 2007) heeft het CCE met Vilans en de NVVA (tegenwoordig Verenso, beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters) voor de tweede keer het Verbetertraject Probleemgedrag uitgevoerd. Met dit programma wil het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een extra kwaliteitsimpuls geven aan de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurende geestelijke gezondheidszorg. Cliënten vertonen soms gedrag dat problemen voor henzelf, hun omgeving of de medewerkers oplevert. Bijvoorbeeld agressie, roepen, extreem claimen of klagen. Voor verzorgenden is het moeilijk hier mee om te gaan en voor medebewoners kan het storend zijn. In het Verbetertraject Probleemgedrag zoeken instellingen en experts naar andere manieren om met probleemgedrag van cliënten om te gaan<sup>10</sup>.

### 3.5 Conclusies

Op basis van bovenstaande beschrijvingen van het beleid sinds 2005, het beleid in de jaren daarvoor en de ontwikkelingen in de GHZ kunnen de volgende verklaringen worden aangegeven voor de toename van het beroep op de toeslag extreme zorgzwaarte:

- 2006: het verlagen van het drempelbedrag van € 150.000,- naar € 90.000,- had een onmiddellijk gevolg. De gemiddelde toeslag per cliënt bedroeg € 60.000,-. Weinig cliënten hadden een zo zware zorgvraag dat de oude drempel gehaald werd.
- 2007: zorgaanbieders werden in de periode van november 2006 tot januari 2007 verzocht hun cliënten te indiceren in ZZP's. Hiermee werd de zwaarte van cliënten inzichtelijk, evenals de zorg die iedere individuele cliënt nodig had. Daarmee ontstond meer zicht op de specifieke behoeften van en mogelijkheden voor de cliënten.

---

Fatima toelatingswijziging te verlenen voor tien Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten-verblijfplaatsen.

<sup>10</sup> CCE Jaaroverzicht 2008

- 2009: Invoering ZZP bekostiging. In het nieuwe bekostigingssysteem is minder ruimte voor interne substitutie, en worden regels steeds strakker gehanteerd. De drempelberekening wordt gewijzigd. Voor zwaardere cliënten die eerder door de instelling zelf konden worden bekostigd, wordt een toeslag aangevraagd.
- 2010: Einde van hardheidsclausule, bestendigbeleid en zorg op maat per 1 januari van dat jaar. Voor cliënten die niet passen binnen de reguliere bekostiging staat alleen nog de toeslag extreme zorgzwaarte open. Andere maatregelen zijn afschaffen van het verzwaringscriterium en openstellen van de regeling voor een bepaald aantal lagere ZZP's. Deze verruiming wordt per direct gebruikt. Een groot aantal nieuwe cliënten doet een beroep op de toeslag.
- De aanvraag van de toeslag in verband met een extreme zorgvraag wordt uitgebreid getoetst. Tenminste één zorgaanbieder heeft aangegeven dat er door de jaren heen meer ervaring is opgedaan met het juist opstellen en indienen van aanvragen. Dit blijkt ook uit het afnemende aantal afwijzingen en negatieve CCE adviezen door de jaren heen.
- Algemeen: de GHZ sector is in ontwikkeling. Actieve begeleiding van cliënten op basis van gelijkwaardigheid heeft de voorkeur boven beheersmaatregelen als isoleren of vastbinden. Voor zwaar gehandicapten betekent dit dat er veel één-op-één begeleiding nodig is, hetgeen niet uit de reguliere bekostiging gehaald kan worden. Wel bestaat er discussie over de vraag of deze intensieve begeleiding zowel zorginhoudelijk als met het oog op de kosteneffectiviteit altijd de juiste oplossing is. Dit punt wordt meegenomen in de evaluatie van het CCE.
- Het budget wordt ieder jaar aangevuld indien het niet voldoende blijkt om alle aanvragen te bekostigen. Daarmee vervalt de druk om het aantal aanvragen te beperken.
- Tenslotte kan nog worden opgemerkt dat er voor de invoering van de zorgzwaartebekostiging weinig zicht was op de omvang van het aantal cliënten dat mogelijk een beroep zou kunnen doen op de regeling. Tegelijkertijd stonden de bestaande regelingen onder druk. Op basis van deze gegevens had wellicht een betere inschatting gemaakt kunnen worden van het beroep dat op de toeslag extreme zorgzwaarte zou worden gedaan.



## 4. Proces van aanvraag tot toekenning

### 4.1 Inleiding

Om een toeslag wegens extreme zorgzwaarte te krijgen, moeten een aantal stappen worden genomen. De toekenning vraagt veel tijd en inspanning van de zorgaanbieder, het CCE en de NZa. Hoe dit proces verloopt en welke knelpunten zich hierbij voordoen wordt hieronder nader omschreven. Om de rechtmatigheid van de regeling te toetsen wordt deze ook in de juridische context van de AWBZ geplaatst. In paragraaf 4.5 worden de knelpunten in het huidige proces weergegeven

### 4.2 Juridisch kader

Op basis van uitspraken van de Centrale Raad van Beroep, is het Besluit Zorgaanspraken AWBZ gewijzigd. In plaats van aanspraken op functies zijn per 1 januari 2011 de zorgzwaartepakketten als aanspraken opgenomen. Hiermee heeft het Ministerie van VWS de wetgeving aangepast op het bestendig beleid, het CIZ indiceert ook alleen in zorgzwaartepakketten.

Voor uitzonderlijke situaties waarin de ZZP-systematiek geen oplossing biedt, moet nog een oplossing gevonden worden. De Staatssecretaris van VWS heeft aangegeven in 2011 aan passende oplossing binnen de aanspraken te gaan werken<sup>11</sup>. Zolang deze oplossing niet is gerealiseerd, genieten de allerswaksten binnen de samenleving, cliënten die meer zorg nodig hebben dan op basis van het ZZP wordt vergoed, onvoldoende rechtsbescherming. Hoewel de bekostiging geregeld is, kan er op bepaalde vormen van meerzorg geen aanspraak worden gemaakt. Dit betreft naast de toeslag voor extreme zorgzwaarte ook de toeslag voor ademhalingsondersteuning en de toeslag voor epilepsie.

### 4.3 Proces van aanvraag tot toekenning

Wanneer een cliënt een dusdanige zorgvraag heeft dat dit niet meer uit zijn ZZP bekostigd kan worden, kan de zorgaanbieder waar deze cliënt verblijft bij de NZa een vergoeding voor de meerkosten aanvragen op basis van de beleidsregel 'Extreme Zorgzwaarte'. Hieronder volgt een beschrijving van de hiertoe te nemen stappen.

- De zorgaanbieder doet een aanvraag altijd gezamenlijk met het zorgkantoor. Het zorgkantoor toetst of de aanvraag voldoet aan de gestelde formele en financiële voorwaarden. Bij brief van april 2010 heeft de NZa de zorgkantoren nogmaals expliciet op deze verantwoordelijkheid gewezen.
- De zorgaanbieder stelt een zorgplan op dat zorginhoudelijk en financieel goed is onderbouwd. Daarnaast geeft de zorgaanbieder in het door de NZa ontwikkelde sjabloon aan hoeveel uren meerzorg gewenst zijn, of in werkelijkheid reeds worden gegeven.
- De hoogte van de meerzorg dient objectief te worden vastgesteld. Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) beschikt over de expertise om een gefundeerde uitspraak te doen over de noodzaak én de hoogte van de aangevraagde meerzorg. De zorgaanbieder moet daarom altijd een advies vragen bij het CCE. De zorgaanbieder stuurt de aanvraag, formeel en financieel getoetst door het zorgkantoor, daarvoor naar het CCE. De beoordeling van het CCE richt zich

<sup>11</sup> TK 2010-2011, 29 689, nr. 314

uitsluitend op de zorginhoudelijke aspecten van een aanvraag en gaat in op de volgende drie aandachtspunten:

- Is er sprake van een extreme zorgbehoefte?
- Beschikt de zorgaanbieder over een voldoende onderbouwd individueel zorgplan voor de betreffende cliënt?
- Zijn de in het sjabloon berekende uren meerzorg en de onderverdeling daarvan in de diverse AWBZ-functies passend bij het geaccordeerde zorgplan?
- Het CCE stelt voor de zorgaanbieder een uitgebreide rapportage op, waarin wordt ingegaan op de zorgzwaarte van de cliënt. De zorgaanbieder betaalt hiervoor een bijdrage van € 950,-, onafhankelijk van de uitkomst van het advies. Het CCE hanteert een minimale doorlooptijd van drie maanden vanaf het moment dat de volledige aanvraag binnen is tot aan het uitbrengen van het advies.
- Nadat het CCE een advies heeft gegeven, stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar de NZa. De aanvraag bestaat uit het NZa-sjabloon en de samenvatting en conclusie van het CCE advies. Het individuele zorgplan wordt niet bij de aanvraag gevoegd. De toeslag wordt vervolgens door de NZa berekend aan de hand van de in het sjabloon vastgestelde en door het CCE geaccordeerde uren meerzorg. Hiervoor worden de door de NZa vastgestelde uurprijzen per AWBZ-functie gebruikt.
- Het CCE advies is minimaal één jaar en maximaal vijf jaar geldig, afhankelijk van de (verwachte) stabiliteit rond de client. Wanneer een cliënt een herindicatie van het CIZ krijgt, moet ook het CCE een nieuw advies uitbrengen. Na het verstrijken van de geldigheidsduur of na een herindicatie van het CIZ moet de zorgaanbieder een nieuwe aanvraag indienen. Hoewel het CCE advies voor maximaal vijf jaar wordt gegeven, moet de zorgaanbieder wel jaarlijks op basis van het NZa sjabloon de toeslag opnieuw aanvragen.
- De aanvraag kan uitsluitend in de normale budgettrondes in november (productieafspraken dan wel herschikking) worden ingediend. Het totale kostenbeslag van de regeling Extreme Zorgzwaarte zal kort na het verstrijken van de indieningstermijn getoetst worden aan de op landelijk niveau hiervoor beschikbaar gestelde middelen. Bij overschrijding hiervan worden de aanvragen evenredig gekort.
- De toeslag wordt opgenomen in de rekenstaat van de zorgaanbieder en volgens afspraken met het zorgkantoor uitgekeerd.
- Het zorgkantoor ziet er vervolgens op toe dat de toeslag conform het door het CCE geaccordeerde zorgplan wordt ingezet.

#### 4.4 Handhaafbaarheid

Een aanvraag voor de toeslag extreme zorgzwaarte wordt zowel vooraf (bij de aanvraag) als achteraf (na inzet van de middelen) gecontroleerd. Hierbij hebben zowel het betreffende CCE en zorgkantoor als de NZa een rol. Zorgkantoren hebben de taak de ingediende aanvragen aan de financiële en formele eisen te toetsen. Bij brief van 29 april 2010 zijn de zorgkantoren hier door de NZa nogmaals op gewezen. In de praktijk is deze toets per zorgkantoor verschillend.

In verband met de privacy van cliënten is de controle ook vaak lastig; zorginkopers mogen de dossiers en zorgplannen van cliënten bijvoorbeeld niet inzien. Daarnaast betreft het in veel gevallen een aanvraag voor gewenste zorg. Het zorgkantoor heeft niet de expertise om deze aanvragen te kunnen toetsen. Tot slot komt het voor dat indien een zorgkantoor een verzoek afwijst, de instelling wel akkoord krijgt bij een ander zorgkantoor. Deze mogelijkheid verzwakt de controlerende positie van zorgkantoren. Voor het CCE is het echter van belang dat een

zorgkantoor de aanvraag kritisch beoordeelt, met name wanneer een zorgaanbieder de toeslag aanvraagt voor meerdere cliënten. Dit kan schelen in de werklust (het doen van toetsingen en advies uitbrengen) voor het CCE.

De controles achteraf kunnen wel door het zorgkantoor worden uitgevoerd. Gecontroleerd wordt dan of de zorg die is aangevraagd ook daadwerkelijk geleverd is. Hierbij is van belang dat de zorgaanbieder alles registreert, en dat het zorgplan in overeenstemming met de werkelijkheid is opgesteld. In de praktijk blijkt dat dit niet altijd het geval is. Bovendien maakt het feit dat een CCE advies tot vijf jaar geldig kan zijn de controles achteraf lastig. Wanneer de cliënt zich ontwikkelt (meer- of minder zorg), komt het CCE advies niet meer overeen met de werkelijke situatie. Zorgkantoren vermoeden dat er veel zorg niet wordt gerealiseerd, terwijl dat van tevoren door het CCE wellicht optimaler had kunnen worden ingeschat. De controles achteraf kosten de zorgkantoren veel capaciteit, en worden om die reden niet jaarlijks uitgevoerd.

#### 4.5 Knelpunten in de procedure

Het aanvragen van een toeslag Extreme Zorgzwaarte brengt veel administratieve lasten met zich mee voor zorgaanbieders. Gezien de hoogte van de toeslagen wordt de uitgebreide procedure echter over het algemeen wel wenselijk geacht. De toetsing door het CCE wordt door zorgaanbieders positief beoordeeld, de expertise van het CCE zelfs zeer gewaardeerd. In bovenstaande procedure zijn echter ook enkele punten voor verbetering vatbaar. De knelpunten worden hieronder genoemd en toegelicht, in de volgorde van de te volgen procedure. Tevens worden de juridische bezwaren bij de huidige regeling aangegeven. Voor zover de knelpunten bij de NZa liggen, worden deze opgepakt als een nieuw deelproject met betrekking tot Extreme zorgzwaarte binnen het project 'ZZP onderhoud'.

- De rolverdeling tussen zorgkantoren en CCE is niet voldoende duidelijk en verschilt per regio. De verantwoordelijkheden en werkwijzen zijn niet overal duidelijk en transparant.
- In de gehele procedure hangt veel af van uitvoering door de betrokken personen. Dit geldt zowel voor het zorgkantoor (check vooraf en materiële controle achteraf) als het CCE (toetsingen worden gedaan door consultants die zelf werkzaam zijn in de GHZ). Er zijn geen protocollen of richtlijnen voor advisering, het proces is daarmee weinig transparant<sup>12</sup>.
- Het opnemen van een dagprogramma kan de benodigde begeleiding inzichtelijk maken. Dit is echter niet een vereiste op basis van de beleidsregel. Wel geeft het CCE op haar website een toelichting op de vereisten en aandachtspunten bij een aanvraag voor de toeslag extreme zorgzwaarte.
- Het sjabloon waarin de zorgaanbieder de uren meerzorg aangeeft wordt ingewikkeld gevonden door zorgaanbieders. Het gevolg is dat de sjablonen niet eenduidig worden ingevuld. Ook worden er nog veel fouten gemaakt; indirecte uren worden ook in rekening gebracht of er zitten dubbelingen in het totaal aantal uren dagbesteding en verblijf. Het aantal uren meerzorg is daardoor lastig te berekenen.
- Hoewel het advies van het CCE maximaal vijf jaar geldig kan zijn, moet het aantal uren meerzorg ieder jaar opnieuw bij de NZa worden aangevraagd. Hiervoor moet jaarlijks opnieuw het sjabloon worden ingevuld. Dit wordt als bureaucratisch ervaren.

<sup>12</sup> Om de onafhankelijkheid van consultants te benadrukken overweegt het CCE een aparte toetsingsorganisatie in te richten.

- De vertaalslag van het zorgplan naar de daarbij behorende financiën stuit in de praktijk op problemen. De zorgaanbieder geeft de uren meerzorg aan, dit wordt getoetst door het CCE, de NZa controleert of de berekening van het totaal aantal uren meerzorg klopt. Zorgkantoren constateren vervolgens bij controles achteraf dat er veel wordt toegewezen dat niet wordt gerealiseerd.
- Een aanvraag voor extreme zorgzwaarte kan sinds 2009 maar één keer per jaar worden gedaan. Dit heeft tot gevolg dat het CCE in de maanden hieraan voorafgaand met capaciteitsproblemen te maken krijgt. Als gevolg daarvan kan het voorkomen dat aanvragen op formele gronden afgewezen (CCE advies ontbreekt wegens gebrek aan capaciteit), terwijl een toeslag wel gerechtvaardigd zou zijn.
- Indien de aanvraag formeel niet in orde is, heeft het CCE geen andere (sanctie)mogelijkheid dan deze af te wijzen. Dit heeft direct gevolgen voor de cliënt, die de benodigde zorg dan niet kan ontvangen.
- Indien een zorgaanbieder het niet eens is met een door het CCE afgegeven advies, kan hiertegen bezwaar worden ingediend bij het CCE. Het CCE zorgt dan voor een tweede toetsing, door een andere consulent. Dit is vaak niet meer te realiseren binnen de termijn om het budget bij de NZa aan te vragen.

#### 4.6 Conclusies

Op basis van bovenstaande beschrijvingen van het proces van aanvraag tot toekenning van de Toeslag extreme zorgzwaarte en de daarbij genoemde knelpunten, kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

- Het proces van aanvraag tot toewijzing vraagt veel tijd en inspanning van het CCE, zorgkantoren en de NZa. Met betrekking tot het sjabloon en de verwerking hiervan zou een efficiëntieslag gemaakt kunnen worden.
- De rolverdeling tussen de NZa, het CCE de Zorgkantoren is onduidelijk. Met name bij de aanvraag en toewijzing van de toeslag is het onduidelijk wie welke verantwoordelijkheid heeft en of dit reëel is.
- Checks and balances zijn niet verankerd. Er wordt niet voldoende gecontroleerd of en hoe het advies van het CCE wordt opgevolgd<sup>13</sup>. Effecten van de toeslag worden niet gemeten. Er zijn geen richtlijnen of protocollen voor het op eenduidige wijze vaststellen van de toeslag.
- Er zijn verschillende verbeterpunten in het administratieve proces (sjabloon, verwerking van gegevens, communicatie met CCE en andere partijen, privacy van cliënten in het kader van de wet persoonsgegevens, indieningstermijn en datum waarop het advies van het CCE verloopt).
- Het beleid is onvoldoende wettelijk verankerd. De rechtsbescherming van cliënten is daarmee in het geding (aanspraak op meerzorg is niet opgenomen in het Besluit zorganspraken AWBZ).

---

<sup>13</sup> De evaluatie van het CCE zal hierop ingaan.

## 5. Aanknopingspunten voor structurele bekostiging

### 5.1 Inleiding

Het aantal cliënten dat een beroep doet op de toeslag extreme zorgzwaarte is in de loop van de jaren flink gestegen, van 1,4% van alle cliënten op een GHZ behandelplaats in 2005 tot 4,4,% in 2010. Bij de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten was het uitgangspunt dat meer dan 95% van de cliënten in de cliëntprofielen van de ZZP's paste. Binnen de gehele AWBZ is dit uitgangspunt reëel gebleken. Ook binnen de GHZ volstaan de ZZP's voor 95% van de cliënten. Door de toename van het aantal cliënten met een extreme zorgvraag komt de ondergrens van 95% passendheid wel in zicht. De vraag kan gesteld worden of de toeslag extreme zorgzwaarte nog een adequaat instrument is om een extreme zorgvraag te bekostigen. In deze paragraaf wordt daarom ingegaan op de vraag of er aanknopingspunten zijn voor het ontwikkelen van structurele bekostiging in de intramurale ABWZ: een nieuwe ZZP.

### 5.2 Mogelijkheden voor het ontwikkelen van een ZZP

Mogelijk kan een deel van de cliënten die de toeslag extreme zorgzwaarte ontvangt, worden ondergebracht in een nieuw te ontwikkelen ZZP. Hiervoor gelden twee randvoorwaarden:

- De cliëntgroep moet een zekere omvang hebben;
- De variatie in inzet van middelen binnen de cliëntgroep mag niet te groot zijn.

Deze randvoorwaarden worden gesteld omdat sprake is van een cliëntvolgende bekostiging. Dit betekent dat er tussen cliënten weinig mogelijkheden zijn tot substitutie van middelen. Binnen een bepaalde cliëntgroep moet de zorg dan ook financieel-economisch verantwoord geleverd kunnen worden.

#### 5.2.1 De omvang per cliëntgroep

##### *De omvang per cliëntgroep*

De omvang van de cliëntgroep moet een zekere grootte hebben; er moeten voldoende cliënten zijn met hetzelfde cliëntprofiel. Om te beoordelen of de groep cliënten met extreme zorgzwaarte hieraan voldoet, is gekeken naar het aantal cliënten in 2010. In dit jaar zijn 992 nieuwe toeslagen extreme zorgzwaarte toegekend, naast de 1492 bestaande toeslagen. Tevens is nagegaan in welke ZZP's de nieuwe cliënten geïndiceerd zijn. De onderverdeling naar indicaties is als volgt:

Indicatie	Aantal nieuwe cliënten in 2010
1 SGLVG	26
3 ZG aud	17
4 LVG	2
5 LVG	3
5 VG	147
5 ZG vis	2
7 LG	27
7 VG	768

Als deze aantallen geëxtrapoleerd worden naar de totale aanvragen voor extreme zorgvraag, dan komt het aantal cliënten met een indicatie voor 7 VG en een toeslag extreme zorgvraag uit op ongeveer 1.820 cliënten.

De groepen cliënten waarvoor ZZP's zijn ontwikkeld variëren in grootte van 181 (4 ZG) tot 13.053 (5VG)<sup>14</sup>. Gemiddeld worden 2.582 cliënten in een GHZ pakket geïndiceerd. Op basis van deze aantallen lijken er bekostigingstechnisch mogelijkheden te zijn om een nieuw ZZP te ontwikkelen. Het aantal cliënten met een VG 7 indicatie en een toeslag extreme zorgzwaarte (1.820) ligt onder het gemiddelde, maar is qua omvang voldoende voor een nieuw ZZP pakket.

### 5.2.2 De variatie van de inzet van middelen

De toeslag extreme zorgzwaarte kent geen maximum en varieert per cliënt van € 380,00 euro tot € 565.000 euro per jaar. Dit betekent dat ook de spreiding van uren meerzorg waarvoor de toeslag wordt aangevraagd, aanzienlijk is. De grote variatie in zorginhoud lijkt daarmee een probleem te gaan opleveren voor de kostenhomogeniteit in een nieuw te ontwikkelen ZZP.

## 5.3 Conclusies

Gezien het aantal toegekende toeslagen extreme zorgzwaarte zou de ontwikkeling van een apart ZZP gerechtvaardigd kunnen zijn. De grote verschillen in de hoogte van de toeslagen maakt echter dat er geen reëel ZZP ontwikkeld kan worden, op basis waarvan iedere cliënt de benodigde zorg op een financieel-economisch verantwoorde wijze kan ontvangen. De NZa ziet derhalve geen aanknopingspunten om een deel van de toeslag extreme zorgzwaarte op te nemen in een ZZP.

---

<sup>14</sup> Voor de berekening van het aantal cliënten is uitgegaan van het aantal afgesproken dagen/365.

## 6. Toekomstperspectief en opstellen regeling voor V&V/GGZ

Vanuit de sectoren V&V en GGZ komt het verzoek de beleidsregel 'Extreme zorgzwaarte' ook open te stellen voor V&V en GGZ cliënten. Op basis van deze evaluatie kan niet worden beoordeeld of dit gerechtvaardigd is. Bij een onderzoek naar deze vraag kunnen de lessons learned uit deze evaluatie wel worden meegenomen. Het betreft de volgende punten:

- Om een onverwachte toename van het gebruik van de regeling en daarmee gemoede gelden te voorkomen dient een onderzoek te worden gedaan naar de mogelijke omvang van de cliëntgroep die een beroep kan doen op de regeling. Ook dienen de beoordelingscriteria helder te zijn. Op basis daarvan kan een inventarisatie worden gemaakt van de kosten van openstelling van de regeling voor V&V en GGZ. Op dit moment is onvoldoende duidelijk om welke cliënten binnen de sectoren V&V en GGZ het gaat.
- De GHZ heeft bij de start van de huidige regeling 2% van het macro kader beschikbaar gesteld. Het is echter voor de sectoren V&V en GGZ niet acceptabel nog eens rond te rekenen en de budgetten met 2% te verlagen.
- Het verdient aanbeveling uitvoerbare beheersmaatregelen te verbinden aan de toeslag. Bijvoorbeeld een plafond aan het beschikbare budget.
- Het proces van aanvraag en toekenning dient te worden verhelderd. In het huidige proces zijn de verantwoordelijkheden onvoldoende duidelijk. Bovendien zijn er verschillende verbeterpunten in het administratieve proces gewenst voor een groter aantal aanvragen behandeld kan worden.
- De vraag of de omstandigheden van cliënten die een toeslag ontvangen daadwerkelijk verbeteren zou eerst beantwoord moeten worden. Deze vraag komt aan de orde in de evaluatie van het CCE.
- Het huidige beleid is onvoldoende wettelijk verankerd (aanspraak op meerzorg is niet opgenomen in het Besluit zorgaanspraken AWBZ). De rechtsbescherming van cliënten is daarmee in het geding.