

Gespecialiseerde epilepsiezorg in de ZZP-systematiek

Enschede, 8 juni 2010
PB/10/1550/zbec

drs. Peter Bakker
drs. Alette van Dijk-Jonkman
ir. Hinke van der Werf

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	4
2. Werkwijze	6
2.1 Profielen	6
2.2 Geleverde woonzorg, dagbesteding en behandeling	6
2.3 Berekenen kosten epilepsiecentra	7
2.4 Toetsen uitkomsten bij externe deskundigen	7
2.5 Bepalen oplossingsrichtingen	7
3. Passendheid profielen	8
3.1 Bespreken casussen	8
3.2 Conclusie passendheid profielen	9
3.3 Toeleiding naar profielen	9
4. Geleverde woonzorg, dagbesteding en behandeling	11
4.1 Steekproef en representativiteit	11
4.2 Herallocatie	12
4.3 Inzet woonzorgpersoneel per cliënt	12
4.4 Ingezette uren woonzorg per ZZP	13
4.5 Ingezette dagbesteding	14
4.6 Ingezette behandeling	16
4.7 Totale inzet van zorg	17
5. Kosten van zorglevering	20
5.1 Volumecomponent	20
5.2 Prijscomponent	20
6. Oplossingsrichtingen	24
6.1 Aanpassen zorgzwaartescorelijst, aanpassen ZZP's en introductie nieuw ZZP	24
6.2 Introductie epilepsietoeslag	24

Samenvatting

Vanaf 1 januari 2009 is de zorgzwaartebekostiging ingevoerd. Zorgaanbieders in de langdurende zorg krijgen hierdoor per cliënt een bedrag afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt. Door de gespecialiseerde epilepsiecentra SEIN en Kempenhaeghe is aangegeven dat de zorgzwaartefinanciering niet past bij de specifieke cliëntgroep die in de instellingen verblijft. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft daarom aan bureau HHM gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de passendheid van de ZPZ-systematiek voor de cliënten in de epilepsiecentra.

De cliënten die verblijven in de epilepsiecentra hebben voornamelijk ZPZ's met de grondslag verstandelijke handicap. In enkele gevallen wordt een andere grondslag gekozen. De ZPZ's die de cliënten op dit moment hebben zijn de pakketten die het meest recht doen aan de zorgbehoefte van de cliënt, alhoewel daarbij wel een epilepsiecomponent wordt gemist. Verder is door de epilepsiecentra en het CIZ opgemerkt dat de zorgbehoefte van cliënten in de periode voor, tijdens en na een aanval in aard en omvang af kan wijken van het ZPZ. Het scoren van een 'zwaarder' ZPZ om deze onvoorspelbare extra zorg op te vangen wordt niet als een werkbare oplossing gezien. Die werkwijze levert wel meer uren op, maar gaat ten koste van de herkenbaarheid van het profiel.

Wanneer we kijken naar de zorg die wordt geleverd aan de cliënten in de epilepsiecentra ligt deze voor alle ZPZ's hoger dan de normen die de NZa hanteert bij de tariefbepaling. Gemiddeld wordt 7 uur woonzorg meer geboden. Deze extra zorg varieert per ZPZ, bij de lagere ZPZ's wordt er minder extra zorg ingezet dan bij de hogere ZPZ's. De geleverde omvang dagbesteding en behandeling sluit aan op de NZa-normen.

De kosten van de epilepsiecentra liggen structureel hoger dan de kosten van reguliere instellingen in de gehandicaptenzorg. Deze extra kosten hebben drie oorzaken, namelijk:

- extra uren zorg die worden ingezet;
- hogere deskundigheid van personeel dat wordt ingezet;
- hogere materiële kosten (verblijf, zorggebonden materialen et cetera).

Om de extra kosten van de zorg in epilepsiecentra te dekken adviseren wij een toeslag voor epilepsiecliënten te ontwikkelen. Deze toeslag kan bovenop de reguliere ZPZ's worden geïndiceerd. We zien deze oplossing als de meest geschikte manier om de gespecialiseerde epilepsiezorg in de ZPZ-systematiek in te passen. Het aanpassen van de ZPZ's of het ontwikkelen van een nieuw ZPZ zijn geen werkbare opties voor deze relatief kleine cliëntgroep.

Om de toeslag cliëntvolgend te maken, zoals het systeem van zorgzwaartebekostiging bedoeld is, is het noodzakelijk dat het CIZ criteria heeft waarmee bij cliënten de noodzaak voor een epilepsiecomponent kan worden bepaald. Ook moet het zorgkantoor instrumenten in handen krijgen om de gespecialiseerde epilepsiezorg gericht in te kopen, zodat alleen die zorgaanbieders die gespecialiseerde epilepsiezorg kunnen leveren in aanmerking komen voor declaratie van de toeslag.

1. Inleiding

Vanaf 1 januari 2009 is de financiering van langdurige verblijfszorg (AWBZ) veranderd. Er is namelijk een start gemaakt met de invoering van zorgzwaartebekostiging. Hierdoor krijgen zorgaanbieders een tarief per cliënt dat is gebaseerd op de zorgzwaarte van de cliënt. Dit is een grote verandering ten opzichte van de oude financiering waarbij instellingen betaald kregen voor de beschikbare capaciteit.

Op basis van onderzoek dat bureau HHM in de periode 2004-2006 heeft uitgevoerd zijn 52 zorgzwaartepakketten ontwikkeld. Ier pakket geeft een beschrijving van de zorgbehoefte van de cliënt, dit is gebaseerd op beperkingenscores die ook worden gehanteerd bij de indicatiestelling. Voor ieder pakket is bepaald welke omvang in zorg bij de zorgbehoefte past. Op basis daarvan is vervolgens door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een tarief per pakket bepaald.

Bij de ontwikkeling van de ZZP's is vanuit de gespecialiseerde epilepsie-instellingen (SEIN en Kempenhaeghe) het signaal ontvangen dat de systematiek niet passend is voor hun doelgroep. De instellingen geven aan dat de specialistische epilepsiezorg die zij bieden onvoldoende terugkomt in de huidige ZZP's. Volgens de instellingen heeft dit vooral betrekking op de volgende elementen:

- onvoorspelbaarheid van zorg;
- deskundigheid van het woonzorgpersoneel;
- inhoud en omvang van dagbesteding;
- inhoud en omvang van behandeling.

Vanwege bovenstaande signalen heeft bureau HHM in opdracht van de NZa een onderzoek uitgevoerd. In het onderzoek zijn gegevens verzameld over de aard en omvang van de zorg voor de verschillende cliëntencategorieën van de gespecialiseerde epilepsiecentra. Het doel van het onderzoek is de gespecialiseerde epilepsiezorg in te passen in de ZZP-systematiek. In deze rapportage beschrijven wij de bevindingen van het onderzoek.

Onderzoeksvragen

Zoals gezegd is het doel van het onderzoek om de gespecialiseerde epilepsiezorg in te passen in de ZZP-systematiek. Hiertoe beantwoorden wij de volgende onderzoeksvragen:

- In hoeverre wijkt de zorglevering aan cliënten af van de beschrijving van de zorgbehoefte uit de zorgzwaarteprofielen?
- In hoeverre is er een verschil tussen de werkelijk geleverde zorg en beschikbare zorgtijd uit de ZZP's?
- Welke oplossingsrichtingen zijn mogelijk bij de geconstateerde knelpunten?

Leeswijzer

Hoofdstuk twee van deze rapportage beschrijft de werkwijze die we bij de uitvoering van het onderzoek hebben gehanteerd. In hoofdstuk drie beantwoorden we de eerste onderzoeksvraag over de passendheid van de ZZP's en de toeleiding naar de ZZP's. De tweede onderzoeksvraag over de huidige inzet van woonzorg, dagbesteding en behandeling komt in hoofdstuk vier aan de orde. In hoofdstuk vijf

beschrijven we elementen die van invloed zijn op de kosten die de epilepsiecentra maken. Dit onderdeel is van belang om uiteindelijk de laatste onderzoeksvraag te beantwoorden over de mogelijke oplossingsrichtingen. Deze oplossingsrichtingen beschrijven we in het afsluitende hoofdstuk zes van deze rapportage.

2. Werkwijze

Het doel van het onderzoek is om cliënten die langdurig in de gespecialiseerde epilepsiecentra verblijven in te passen in de ZZP-systematiek. Hiervoor hebben we vijf belangrijke stappen gezet, namelijk:

- passendheid van de profielen en toeleiding naar de profielen onderzoeken;
- inzicht krijgen in de huidige levering van woonzorg, dagbesteding en behandeling;
- berekenen kosten van de geleverde zorg;
- inzicht krijgen in elementen die kostenverhogend werken voor de gespecialiseerde epilepsiecentra;
- oplossingsrichtingen schetsen.

Medewerking externe partijen

Om het onderzoek op een goede manier vorm te kunnen geven was medewerking van externe partijen van groot belang. Het gaat hierbij om de medewerking van de twee gespecialiseerde epilepsie-instellingen, SEIN en Kempenhaeghe. De beide epilepsiecentra zijn vanaf de start van het onderzoek betrokken bij de uitvoering van het onderzoek en de aanlevering van gegevens. Daarnaast is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) betrokken bij het onderdeel dat zich richt op de passendheid van de profielen en de toeleiding daarheen. Het CIZ is immers de partij die landelijk bepaalt in welke ZZP's cliënten terecht komen.

2.1 Profielen

We zijn het onderzoek gestart met het verkrijgen van inzicht in passende zorgprofielen voor de cliënten die langdurig verblijven binnen de epilepsiecentra. Uitgangspunt voor dit deel van het onderzoek waren de bestaande profielen met als grondslag verstandelijke handicap. Naast de passendheid van de profielen hebben we bekeken hoe de toeleiding naar de profielen verloopt.

Om zicht te krijgen op de passendheid van de bestaande profielen en de toeleiding naar de ZZP's is een expertbijeenkomst georganiseerd. Aan de bijeenkomst namen vertegenwoordigers van de epilepsiecentra (inhoudelijk deskundigen), indicatiestellers een beleidsmedewerker en arts van het CIZ en een arts van de NZa deel. Van de bijeenkomst is een verslag gemaakt dat is voorgelegd aan de deelnemers. Het verslag en de reactie hierop vormen de basis voor hoofdstuk drie van deze rapportage.

2.2 Geleverde woonzorg, dagbesteding en behandeling

Nadat is vastgesteld met welke profielen het onderzoek verder zou gaan is bij de epilepsiecentra geïnventariseerd welke zorg aan cliënten wordt geboden. Daarbij hebben beide zorgaanbieders elk over circa de helft van de cliënten die bij hen verblijven gegevens aangeleverd. Het ging daarbij om gegevens over de beschikbare formatie, de inzet van behandeling (met als basis het eerder door bureau HHM uitgevoerde onderzoek naar tijdbesteding behandelaars in de gehandicaptenzorg) en het gebruik van dagbesteding. De gegevens zijn verzameld met behulp van een Excel-bestand waar per afdeling gegevens ingevuld moesten worden. Dit format is

tijdens een bezoek aan de epilepsiecentra toegelicht om de betrouwbaarheid van de gegevens te bevorderen. De uitkomsten van deze analyse leggen we terug bij de epilepsiecentra om hen vroegtijdig te consulteren over de uitkomsten. Daardoor kunnen we eventuele onjuistheden direct corrigeren en krijgen we beter inzicht in mogelijke verklaringen voor de gevonden uitkomsten.

2.3 Berekenen kosten epilepsiecentra

Naast de gegevens over de werkelijk ingezette zorg zijn door de epilepsiecentra gegevens aangeleverd over de kosten die met de zorglevering gemoeid zijn. Hierbij valt te denken aan productiviteit van groepen medewerkers en de FWG-inschaling. Op basis van deze gegevens zijn de kosten voor de componenten woonzorg, dagbesteding en behandeling voor de verschillende ZP's bepaald. De resultaten van deze analyse beschrijven we in hoofdstuk vijf van dit onderzoek.

Daarnaast is door de epilepsiecentra aangegeven dat er een aantal elementen te benoemen zijn die zorgen voor hogere kosten dan in de reguliere gehandicaptenzorg het geval is. Daarbij valt te denken aan de kosten voor materiaal die hoger zijn, de inzet van extra opleidingen (hulp bij aanvallen) en het gebruik van domotica. Door de epilepsiecentra is aangegeven welke aspecten zorgen voor extra kosten, ook is aangegeven hoe hoog de extra kosten voor de instellingen zijn. In hoofdstuk vijf beschrijven we de resultaten van dit onderzoeksdeel.

2.4 Toetsen uitkomsten bij externe deskundigen

De uitkomsten van de analyses over de inzet van zorg hebben we getoetst bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Het CCE richt zich op advisering en begeleiding van zorgaanbieders die zorg leveren aan cliënten met een bijzondere zorgvraag. Het CCE doet dit op individueel niveau (consultatie van cliënten) maar beschikt ook over expertise op centrale thema's. Deze kennis probeert zij zoveel mogelijk te verspreiden onder betrokken zorgaanbieders.

Bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) hebben we nagevraagd of het CVZ beschikt over richtlijnen voor het bepalen van de 'passende' hoeveelheid zorg. Dergelijke richtlijnen bleken daar niet voorhanden.

De "Richtlijn diagnostiek en behandeling van epilepsie" van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie heeft met name betrekking op behandelprotocollen. Ook daaruit valt niets over een passende/noodzakelijke omvang van de zorg af te leiden.

2.5 Bepalen oplossingsrichtingen

In de vorige onderdelen hebben we gegevens verzameld over de inzet van zorg en de kosten van de gespecialiseerde epilepsiecentra. Op basis van deze gegevens bekijken we in hoofdstuk zes de mogelijkheden voor een oplossing. Daarbij beschrijven we (on)mogelijkheden van diverse oplossingsrichtingen en doen we aanbevelingen voor de uitwerking van de best passende oplossing.

3. Passendheid profielen

Om zicht te krijgen op de passendheid van de profielen en de toeleiding naar de profielen hebben we een expertbijeenkomst georganiseerd met vertegenwoordigers van de epilepsiecentra, het CIZ en de NZa.

3.1 Bespreken casussen

Startpunt van de bijeenkomst vormden casussen van cliënten die bij de epilepsiecentra verblijven. Op basis van de productieafspraken van beide centra en in goed overleg met de centra hebben beide zorgaanbieders elk vier dossiers aan bureau HHM aangeleverd. Op basis van deze dossiers zijn door bureau HHM vier casusbeschrijvingen van cliënten en hun epilepsie gemaakt. De casussen zijn tijdens de bijeenkomst door de zorgaanbieders kort toegelicht.

Naar aanleiding van de casuïstiekbespreking kunnen we de volgende conclusies trekken:

- Voor de invoering van zorgzwaartebekostiging hadden veel cliënten in de epilepsiecentra een somatische grondslag (75%). De ZZP's met grondslag somatiek (V&V) zijn voor deze cliënten echter niet passend, daarom is veelal een VG of LG pakket gekozen. Daarbij wordt steeds in overleg tussen de epilepsiecentra en het CIZ gekeken welk pakket het meest recht doet aan de zorgvraag van de cliënt.
- De ZZP-profielen en scores op de beperkingen zijn niet passend voor de periode rondom een epileptische aanval. Voor, tijdens en na een aanval is er voor iedere cliënt meer aandacht voor met name verpleging, mobiliteit en gedrag. Deze schommeling in zorgbehoefte komt niet naar voren in de ZZP-profielen.
- Bij alle cliënten is aandacht voor een risico-inventarisatie. Bij iedere cliënt wordt bekeken welke risico's bestaan als gevolg van de epilepsie en welke maatregelen moeten worden genomen om de risico's te verminderen. Dit vraagt om een continue alertheid die samenhangt met het bieden van de basis gespecialiseerde epilepsiezorg. De actualiteit van de risico-inventarisatie wordt regelmatig gecheckt.
- Bij alle cliënten is sprake van onvoorspelbaarheid van de epilepsie. Zelfs bij cliënten waarvan men denkt dat de epilepsie onder controle is, blijft het zaak om alert te blijven. Dit komt niet naar voren in de profielen. Het organiseren van deze alertheid (voldoende en goed gekwalificeerd personeel) is onderdeel van een basispakket gespecialiseerde epilepsiezorg die de epilepsiecentra bieden. Zo is er permanente bezetting op de woonafdelingen, omdat cliënten na een aanval tijdens de dagbesteding teruggaan naar de woonafdeling (of op de woonafdeling blijven bij een aanval voorafgaand aan de dagbesteding). Daarnaast betekent deze onvoorspelbaarheid ook instabiliteit in de zorgvraag van de cliënt. Die instabiliteit komt niet naar voren in de profielen.
- Het dempen van angst rondom de epilepsie is een element dat wordt gemist in de zorgzwaartepakketten. Dit heeft betrekking op zowel de cliënt als de omgeving van de cliënt. Hoe angstiger een cliënt is voor een aanval, hoe eerder een aanval optreedt, dit blijft een vicieuze cirkel als er geen gerichte aandacht voor is. Ook voor het netwerk van een cliënt is informatie over de aandoening, het instrueren over eerste hulp bij een aanval en de nazorg na een aanval van

belang. Vooral omdat men cliënten zo veel mogelijk wil laten participeren in de samenleving. Dit speelt vooral bij cliënten met lagere pakketten.

- In de huidige profielen ontbreekt ook het element 'tempo van de cliënt'. Cliënten met epilepsie zijn veelal een stuk trager in hun dagelijks handelen en in de informatie-verwerking dan 'reguliere VG-clieënten'. Dit geldt met name na een aanval. Dit element mist in alle profielen van cliënten.
- Voor cliënten met een lichter ZZP komt het element 'coping' niet terug in de ZZP's. Juist voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking of cliënten zonder verstandelijke beperking maar met epilepsie is het moeilijk om, om te gaan met de gevolgen van hun ziekte. De begeleiding is gericht op het aanleren van vaardigheden om met epilepsie om te gaan.

3.2 Conclusie passendheid profielen

Omdat epilepsie voorkomt bij alle doelgroepen, is een brede range aan profielen noodzakelijk. In de meeste gevallen vormt (bij ontbreken van een grondslag epilepsie) de verstandelijke beperking de dominante grondslag. Soms is een andere grondslag zowel volgens CIZ als zorgaanbieder het best passend. Bij de keuze voor een profiel wordt voor zover dat mogelijk is uitgegaan van het functioneren van een cliënt buiten aanvalspatronen om. Op het moment dat een cliënt vlak voor of na een aanval zit of een aanval heeft, wijkt de zorg die wordt geboden (in aard en omvang) sterk af van de zorg die in de ZZP's wordt beschreven.

In de profielen van de ZZP's ontbreken elementen rondom onvoorspelbaarheid van de aanvallen en aandacht voor risico-inventarisatie. Deze zorg behoort tot de basiszorg van de gespecialiseerde epilepsiecentra en is daarmee voor alle cliënten gelijk. Daarnaast is een aantal elementen benoemd dat ontbreekt in alle profielen die te maken hebben met kenmerken van de cliënt. Het gaat dan om het lagere tempo van cliënten, aandacht bij het dempen van aanvallen en het omgaan met de ziekte.

Door de experts is aangegeven dat inzet van extra zorg als gevolg van de epilepsie tussen cliënten en per cliënt per periode varieert. De experts twijfelen daarom aan de mogelijkheden om een epilepsiecomponent te differentiëren naar cliëntgroepen. Beter lijkt het hen om één algemene epilepsiecomponent te benoemen die geldt voor alle cliënten die in de epilepsiecentra verblijven. In deze component kan de basis epilepsiezorg (aandacht voor risico-inventarisatie en onvoorspelbaarheid aanvallen) en de gemiddelde extra zorg als het gevolg van de epilepsie worden meegenomen.

3.3 Toeleiding naar profielen

Tijdens de bijeenkomst is ook gesproken over de toeleiding naar de ZZP's bij de indicatiestelling. De belangrijkste conclusie van de bijeenkomst is dat zorgaanbieders en het CIZ zich gezamenlijk inspannen om binnen de kaders van de huidige ZZP-systematiek een pakket te kiezen dat het meest recht doet aan de zorgvraag van de cliënt. De afgelopen jaren is er slechts één bezwaar tegen een afgegeven indicatie gemaakt. Dit tekent de verstandhouding tussen zorgaanbieders en het CIZ.

Er zijn enkele algemene opmerkingen gemaakt rondom de indicatiestelling en scores van beperkingen met behulp van de zorgzwaartescorelijst. Het gaat dan om het feit dat een groot deel van de beperkingen van cliënten niet los gezien kan worden van de epilepsie. De epilepsie van cliënten en beperkingen zijn daarvoor te nauw met elkaar verweven. Voor de beperkingen waarbij dit wel kan, bijvoorbeeld oriëntatie is het van belang dat er duidelijk afgesproken wordt welke werkwijze door het CIZ en de zorgaanbieders gehanteerd moet worden. Daarnaast is opgemerkt dat alle cliënten in de epilepsiecentra behandeling krijgen terwijl in de laagste pakketten geen behandeling zit. In overleg met het CIZ wordt momenteel in deze individuele gevallen bekeken of het mogelijk is een hoger pakket te indiceren.

Kortom rondom de toeleiding naar de pakketten voor cliënten die in de epilepsiecentra verblijven hoeven geen aanpassingen te worden gedaan wanneer wordt gewerkt met de huidige pakketten aangevuld met een epilepsiecomponent. Uit de huidige pakketten wordt in overleg tussen het CIZ en de zorgaanbieders het best passende (of minst slechte) pakket gekozen. In de epilepsiecomponent kunnen dan de ontbrekende elementen worden opgenomen.

4. Geleverde woonzorg, dagbesteding en behandeling

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van het onderzoek naar de huidige inzet van woonzorg, dagbesteding en behandeling in de epilepsiecentra. Allereerst geven we een overzicht van het aantal cliënten in de steekproef en de representativiteit van de gegevens. In de daaropvolgende paragrafen bespreken we afzonderlijk de componenten, woonzorg, dagbesteding en behandeling. Daarbij beschrijven we steeds de geleverde zorg in 2009 en in 2010. We hebben hiervoor gekozen omdat beide epilepsiecentra in 2010 een positief herallocatiebudget van de NZa toegekend hebben gekregen waarmee zij extra zorg in kunnen zetten.

4.1 Steekproef en representativiteit

De steekproef bevat 353 cliënten (211 van SEIN en 142 van Kempenhaeghe). Tabel 1 geeft per ZZZ het aantal cliënten in de steekproef en het totale aantal cliënten bij de epilepsiecentra weer. Het totaal aantal cliënten hebben we gebaseerd op de productieopgaven van de epilepsiecentra voor 2010. Het aantal dagen per ZZZ hebben we omgerekend naar een aantal cliënten, met de aanname dat cliënten voor 365 dagen zijn meegenomen in de productieafspraken.

ZZZ	Epilepsiecentra steekproef		Epilepsiecentra populatie	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
VG 1	3	0,8%	9	1,3%
VG 2	9	2,5%	24	3,5%
VG 3	21	5,9%	61	8,8%
VG 4	42	11,9%	94	13,6%
VG 5	150	42,5%	260	37,7%
VG 6	26	7,4%	82	11,9%
VG 7	75	21,2%	77	11,2%
Totaal LG	10	2,8%	45	6,5%
Totaal ZG vis	0	0,0%	2	0,3%
Totaal GGZ	5	1,4%	20	2,9%
Totaal VV	12	3,4%	16	2,3%
Totaal	353	100,0%	690	100,0%

Tabel 1. Verdeling cliënten in steekproef en totaal per ZZZ

Uit tabel 1 blijkt dat de meeste cliënten die in de epilepsiecentra verblijven over ZZZ VG 4 tot en met VG 7 beschikken. Een klein deel van de cliënten heeft een ZZZ met een andere grondslag dan verstandelijke handicap (buitensectoraal). Deze

cliënten bundelen we steeds per (sub)sector. In de steekproef komen cliënten met de ZZP's VG5 en VG7 iets meer voor dan in de landelijke verdeling. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat wij in het onderzoek gegevens hebben opgevraagd op afdelingsniveau waardoor er een oververtegenwoordiging van de hogere ZZP's is ontstaan.

Wanneer we kijken naar de leeftijdsverdeling van cliënten in de steekproef blijkt dat 13,6% van de cliënten jonger is dan 23 jaar. Eén van de afdelingen in de steekproef biedt specifieke zorg en ondersteuning aan deze kinderen en jeugdigen (K&J). De inzet op deze afdeling is substantieel (circa 15%) hoger dan gemiddeld. De andere kinderen en jeugdigen verblijven verspreid over de andere afdelingen van de epilepsiecentra.

In de steekproef is er één afdeling die zorg en ondersteuning biedt aan cliënten met zeer complexe problematiek (met name gedragsmatig) gecombineerd met epilepsie. Het gaat dan voornamelijk om cliënten die uit LVG-behandelcentra of de GGZ komen. Dit is het zogenaamde behandelhuis, in het huis worden zorg en behandeling gecombineerd. Op deze afdeling wordt structureel meer zorg (circa 65%) ingezet dan op de andere afdelingen in de steekproef. Deze extra inzet heeft te maken met de ondersteuningsvraag van de cliënten op de afdeling.

Beide afdelingen (K&J en behandelhuis) vertekenen dus het beeld dat uit de steekproef naar voren komt. In de overzichten van geleverde zorg laten we daarom steeds zien wat het gemiddelde is voor de steekproef met en zonder deze afdelingen.

4.2 Herallocatie

Het externe budget van de epilepsiecentra bestaat uit de reguliere tarieven voor de ZZP's die cliënten hebben. Daarnaast ontvangen de epilepsiecentra een toeslag die bedoeld is voor de extra zorg in het kader van epilepsie. De epilepsiecentra hebben onlangs van de NZa de herallocatie voor 2010 ontvangen. Door deze herallocatie neemt het beschikbare budget van de centra toe (meer inkomsten op basis van de ZZP's bij een gelijkblijvend bedrag voor de epilepsiecomponent). Bij het opvragen van de gegevens over de werkelijk ingezette zorg hebben de epilepsiecentra daarom aangegeven welke vacatures er op dit moment zijn als gevolg van deze extra inkomsten. In een aantal tabellen over de geleverde zorg is het effect van de herallocatie weergegeven.

4.3 Inzet woonzorgpersoneel per cliënt

Voor een globaal beeld van de omvang van de geleverde woonzorg (WZ), is de beschikbare formatie omgerekend naar formatie per cliënt. Zonder daarbij te kijken naar de zorgzwaarte van de betreffende cliënten. In de tabel is een correctie gemaakt voor de personele inzet die wordt gefinancierd met de middelen voor extreme zorgzwaarte. Deze correctie hebben we gemaakt door allereerst te bepalen welk deel van de toeslag extreme zorgzwaarte gebruikt wordt voor de woonzorg. Vervolgens is aan de hand van de personele kosten voor woonzorg

bepaald hoeveel fte ingezet kan worden met de toeslag extreme zorgzwaarte. Deze fte's zijn weergegeven in de kolom 'correctie EZB'.

Epilepsiecentra steekproef	Totaal FTE WZ	Correctie EZB	FTE beschikbaar	FTE/cliënt
Exclusief herallocatie	364,7	18,5	346,2	0,98
Inclusief herallocatie	395,6	18,5	377,1	1,07
Exclusief herallocatie, exclusief K&J en behandelhuis	290,6	7,3	283,3	0,92
Inclusief herallocatie, exclusief K&J en behandelhuis	316,7	7,3	309,4	1,00

Tabel 2. Beschikbare FTE woonzorg

Voor de woonzorgcomponent kan met de middelen voor herallocatie circa 30 fte extra formatie worden ingezet voor de cliënten in de steekproef. Op cliëntniveau betekent dit een toename van 0,98 fte naar 1,07 fte. Per cliënt is dit gemiddeld ruim 2 uur (cliëntgebonden tijd) extra woonzorg per week. Het effect van de herallocatie neemt iets af wanneer we corrigeren voor de afdelingen K&J en behandelhuis.

4.4 Ingezette uren woonzorg per ZZP

In tabel 3 staat voor ieder ZZP weergegeven hoeveel uren woonzorg per cliënt per week worden geleverd. Het gaat daarbij om de cliëntgebonden (direct en indirect) uren. Op basis van de formatie voor woonzorg hebben we berekend hoeveel uren cliëntgebonden tijd beschikbaar zijn. Voor de epilepsiecentra geldt dat 1 fte tussen de 24,4 en 23,3 uren cliëntgebonden tijd per week kan leveren. De uren zijn op afdelingsniveau berekend door de formatie op de afdelingen te delen door het aantal cliënten en hun ZZP's. Daarbij zijn de huidige uren in de ZZP's gebruikt om een verhouding te bepalen waarmee de uren over de cliënten verdeeld zijn.

Per ZZP is ook het minimum en het maximum aantal uren per week uit de steekproef weergegeven. In de laatste kolom zijn de 'reguliere' uren opgenomen; het zijn de uren waarmee de NZa rekent in de onderbouwing van de tarieven voor de ZZP's voor 2010. Voor de geclusterde buitensectorale ZZP's zijn het minimum en maximum niet opgenomen.

ZZP	N	Uren WZ	minimum	maximum	Uren WZ NZa
GGZ	5	21,98			12,56
LG	10	30,36			17,72
VG 1	3	9,90	9,2	11,3	6,19
VG 2	9	12,76	12,0	13,3	8,97
VG 3	21	16,00	12,8	23,2	11,39

ZZP	N	Uren WZ	minimum	maximum	Uren WZ NZa
VG 4	42	18,20	15,6	24,8	13,64
VG 5	150	26,15	23,1	40,0	19,45
VG 6	26	25,85	19,3	33,6	16,10
VG 7	75	33,87	26,8	46,5	22,13
VV	12	17,08			13,48
Totaal	353	25,49			17,88

Tabel 3. Uren woonzorg per ZZP inclusief herallocatie

Tabel 4 is dezelfde tabel maar dan zonder de kinderen en jeugdigen die bij elkaar op de afdeling verblijven en zonder het behandelhuis.

ZZP	N	Uren WZ	minimum	maximum	Uren WZ NZa
GGZ	3	13,83			11,57
LG	9	29,71			17,20
VG 1	3	9,90	9,2	11,3	6,19
VG 2	9	12,76	12,0	13,3	8,97
VG 3	20	16,00	12,8	20,3	11,39
VG 4	42	18,20	15,6	24,8	13,64
VG 5	136	26,13	23,1	35,0	19,45
VG 6	17	25,72	19,3	25,9	16,10
VG 7	58	33,69	26,8	40,6	22,13
VV	12	17,08			13,48
Totaal	309	24,88			17,66

Tabel 4. Uren woonzorg per ZZP incl. herallocatie, excl. K&J en behandelhuis

Wanneer we kijken naar de beide tabellen dan blijkt dat in de epilepsiecentra meer woonzorg (inclusief herallocatie) wordt geleverd dan in de ZZP's opgenomen is. Voor de cliënten in de steekproef komt dit gemiddeld neer op ruim 7 uur per week.

De omvang van het verschil varieert van 3,5 uur per week bij ZZP VG1 tot 11 uur per week bij ZZP VG7. Ook na correctie van de afdeling kinderen en jeugdigen en behandelhuis blijven de verschillen bestaan. De correctie voor deze afdelingen heeft met name effect op de maximale omvang van de woonzorg per ZZP.

4.5 Ingezette dagbesteding

Voor alle cliënten in de steekproef is door de epilepsiecentra aangegeven of zij dagbesteding ontvangen en/of dat zij gebruik maken van school of werk (niet AWBZ-gefinancierd). Uit onderstaande tabel blijkt dat 82% van de cliënten uit de steekproef gebruik maakt van dagbesteding.

	Cliënten met dagbesteding		Cliënten zonder dagbesteding	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
GGZ	4	80,0%	1	20,0%
LG	6	60,0%	4	40,0%
VG 1	0	0,0%	3	100,0%
VG 2	5	55,6%	4	44,4%
VG 3	13	61,9%	8	38,1%
VG 4	34	81,0%	8	19,0%
VG 5	138	92,0%	12	8,0%
VG 6	21	80,8%	5	19,2%
VG 7	65	86,7%	10	13,3%
VV	4	33,3%	8	66,7%
Totaal	290	82,2%	63	17,8%

Tabel 5. Cliënten met/zonder dagbesteding

In tabel 5 staat per ZZZP weergegeven hoe het gebruik van dagbesteding eruit ziet. Daarbij is het gemiddeld aantal dagdelen, de duur van het dagdeel en de groeps grootte (aantal cliënten met 1 begeleider) per ZZZP weergegeven. Ook is het gemiddeld gebruik van dagbesteding in uren per ZZZP weergegeven. In de laatste kolom zijn de uren dagbesteding opgenomen waar de NZa mee rekent.

Het gebruik van dagbesteding is per cliënt in de steekproef berekend en vervolgens hebben we hiervan het gemiddelde per ZZZP berekend. Dit is de reden waarom per rij de uitkomst van de berekening $(\text{aantal dagdelen} * \text{duur dagdeel}) / \text{groeps grootte}$ niet gelijk is aan de omvang van de uren DB in de 1 na laatste kolom.

ZZZP	N	Dagdelen DB	Duur dagdeel	Groeps grootte	Uren DB	Uren DB NZa
GGZ	4	6,00	3,0	5,36	3,40	3,20
LG	6	6,50	2,3	2,51	7,83	5,10
VG 2	5	4,80	2,8	6,68	2,02	5,17
VG 3	13	6,38	3,0	5,48	4,06	5,17
VG 4	34	5,68	2,8	5,71	3,27	5,17
VG 5	138	6,28	2,2	3,98	5,13	6,76
VG 6	21	6,43	3,0	5,10	5,02	6,76
VG 7	65	7,69	2,5	3,20	8,18	10,91
VV	4	5,50	2,8	5,18	3,95	0,69
Totaal	290	6,51	2,4	4,21	5,50	7,24

Tabel 6. Omvang dagbesteding, cliënten met dagbesteding (excl. herallocatie)

Tabel 7 geeft de effecten van de herallocatie voor het gebruik van dagbesteding weer. Door het extra budget dat de epilepsiecentra beschikbaar krijgen zijn er mogelijkheden om cliënten meer dagbesteding te bieden dan nu het geval is. De epilepsiecentra hebben aangegeven dat ze met de herallocatiemiddelen voor alle cliënten met dagbesteding 9 dagdelen dagbesteding gaan leveren. Dit effect is in tabel 7 weergegeven.

ZZP	N	Dagdelen DB	Duur dagdeel	Groepsgrootte	Uren DB	Uren DB NZa
GGZ	4	9	3,0	5,36	5,11	3,20
LG	6	9	2,3	2,51	9,33	5,10
VG 2	5	9	2,8	6,68	3,98	5,17
VG 3	13	9	3,0	5,48	5,77	5,17
VG 4	34	9	2,8	5,71	5,36	5,17
VG 5	138	9	2,2	3,98	7,03	6,76
VG 6	21	9	3,0	5,10	6,66	6,76
VG 7	65	9	2,5	3,20	9,47	10,91
VV	4	9	2,8	5,18	6,44	0,69
Totaal	290	9	2,4	4,21	7,26	7,24

Tabel 7. Omvang dagbesteding, cliënten met dagbesteding (incl. herallocatie)

Met de inzet van de herallocatiemiddelen stijgt het gemiddeld aantal (cliënt-gebonden) uren dagbesteding van 5,5 naar circa 7,3 uur per week. Daarmee komt het op het niveau van het aantal uren waarmee de NZa rekent.

4.6 Ingezette behandeling

Voor het bepalen van de omvang van de geleverde behandeling hebben we geen nieuw onderzoek verricht. We zijn uitgegaan van de uitkomsten van de tijdregistratie onder behandelaars in de gehandicaptenzorg. In dat onderzoek zijn de behandel tijden per ZZP geïnventariseerd. SEIN heeft in maart 2009 deelgenomen aan dit onderzoek. De resultaten daarvan zijn opgenomen in de kolom "Gemeten behandel tijd".¹

Vanuit de herallocatie kan ook meer behandeling worden geleverd. SEIN heeft aangegeven dat deze tijd ten gunste komt van de ZZP's waarin ook een behandelcomponent in het profiel is opgenomen. Tabel 8 geeft het effect van de herallocatie weer. Aan Kempenhaeghe is voorgesteld om dezelfde omvang van de behandel tijd toe te passen.

¹ Het onderzoek naar de behandel tijden in de gehandicaptenzorg laat ook zien dat SEIN (in vergelijking met de gemiddelde gemeten behandel tijd in de VG) meer behandel tijd inzet in de ZZP's VG 1 en VG 2 en minder in de ZZP's VG 3 tot en met VG 7.

ZZP	Gemeten behandel­tijd	Effect herallocatie	Totaal behandel­tijd	NZa
VG1	59		59,0	-
VG2	64		64,0	-
VG3	23	13,9	36,9	70,2
VG4	35	21,2	56,2	70,2
VG5	38	23,0	61,0	75,0
VG6	61	36,9	97,9	75,0
VG7	69	41,7	110,7	75,0
LG1	49		49,0	-
LG2	71		71,0	-
LG3	49	29,6	78,6	134,4
LG4	80	48,4	128,4	134,4
LG6	75	45,4	120,4	144,0
LG7	54	32,7	86,7	144,0
Buitensectoraal	56	33,9	89,9	
Gemiddeld (excl. buitensectoraal)			66,9	65,6

Tabel 8. Omvang behandelcomponent in minuten per week, SEIN

Het effect van de herallocatie op de behandel­tijd is dat in de epilepsiecentra gemiddeld 66,9 minuten behandeling per week wordt geleverd. Dat is nagenoeg gelijk aan de 'norm' voor behandel­tijd waarmee de NZa rekent.²

4.7 Totale inzet van zorg

Wanneer we de resultaten van de ingezette woonzorg en dagbesteding naast elkaar zetten leidt dat tot de resultaten in tabel 9. De tabel geeft ook de huidige normen van de NZa per ZZP weer.

ZZP	N	Uren WZ	Uren Dagbesteding	Uren totaal	Uren totaal NZa
GGZ	5	21,98	5,11	27,09	15,76
LG	10	30,36	9,33	39,69	22,82
VG 1	3	9,90	0,0	9,90	11,37
VG 2	9	12,76	3,98	16,74	14,17
VG 3	21	16,00	5,77	21,77	16,57
VG 4	42	18,20	5,36	23,56	18,77
VG 5	150	26,15	7,03	33,18	26,26

² Wanneer we de gemiddelde omvang van de behandel­component gewogen berekenen (met de aantallen cliënten in het onderzoek), komt het gemiddelde (exclusief buitensectoraal) voor de epilepsiecentra uit op 73,7 minuten. Uitgaande van de behandel­tijd waarmee de NZa rekent, is het gewogen gemiddelde 71,3 minuten.

ZZP	N	Uren WZ	Uren Dagbesteding	Uren totaal	Uren totaal NZa
VG 6	26	25,85	6,66	32,51	22,86
VG 7	75	33,87	9,47	43,34	33,01
VV	12	17,08	6,44	23,52	14,17
Totaal	353	25,49	7,26	32,75	25,12

Tabel 9. Uren woonzorg en dagbesteding per ZZP per week, inclusief herallocatie

Tabel 10 geeft dezelfde invulling maar dan zonder de afdeling waar kinderen en jeugdigen verblijven en zonder het behandelhuis.

ZZP	N	Uren WZ	Dagbesteding	Uren totaal	Uren totaal NZa
GGZ	3	13,83	5,07	18,90	14,73
LG	9	29,71	9,99	39,70	22,26
VG 1	3	9,90	0,00	9,90	11,37
VG 2	9	12,76	3,98	16,74	14,17
VG 3	20	16,00	5,79	21,79	16,57
VG 4	42	18,20	5,36	23,56	18,77
VG 5	136	26,13	6,96	33,09	26,26
VG 6	17	25,72	5,50	31,22	22,86
VG 7	58	33,69	8,55	42,24	33,01
VV	12	17,08	6,44	23,52	14,17
Totaal	309	24.88	6,91	31,79	24,77

Tabel 10. Uren woonzorg en dagbesteding per ZZP per week, inclusief herallocatie, exclusief K&J en behandelhuis

Uit tabel 10 blijkt duidelijk dat er meer uren woonzorg en dagbesteding wordt geleverd dan in de huidige ZZP's aan uren is opgenomen. Gemiddeld wordt er per cliënt 7 - 7,5 uur meer zorg geleverd. Daarbij merken we wel op dat de omvang differentieert tussen de ZZP's.

SEIN heeft door een onafhankelijke partij een tijdregistratie onder medewerkers van de afdelingen langdurig verblijf laten uitvoeren. Doel van het onderzoek was inzicht te verkrijgen in de extra inzet van personeel als gevolg van de epilepsie van cliënten. Uit het onderzoek van SEIN blijkt dat er gemiddeld 6,97 uur extra woonzorg en dagbesteding wordt ingezet voor de levering van epilepsiezorg. De bevindingen van de tijdregistratie zijn in lijn met de uitkomsten bij de omvang van de geleverde zorg uit dit onderzoek. Daarmee lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de extra ingezette zorg bedoeld is voor de levering van de epilepsiecomponent.

In paragraaf 4.1 hebben we aangegeven dat de cliënten op de afdelingen K&J en het behandelhuis niet representatief zijn voor gehele populatie. Dat effect zien we

ook terug in de totale inzet voor woonzorg en dagbesteding, zonder deze afdelingen daalt het verschil tussen de geleverde zorg en ZFP-normen van 7,5 naar 7 uur per week.

We stellen voor om uit te gaan van het verschil exclusief de K&J en het behandelhuis, omdat:

- er voor K&J naar verwachting nog een aparte toeslag wordt vastgesteld;
- de buitengewone omvang van de zorgbehoefte van de cliënten in het behandelhuis zich (in het systeem van de zorgzwaartebekostiging) leent voor een toeslag extreme zorgbehoefte.

5. Kosten van zorglevering

De meerkosten van de gespecialiseerde epilepsiezorg ten opzichte van de 'ZZP-gefinancierde' kosten, kunnen we opsplitsen in twee componenten:

- Een volumecomponent: de meerkosten van de extra (vergeleken met de ZZP-uren) geleverde uren per ZZP. Dus inzet van extra fte's.
- Een prijscomponent: meerkosten (vergeleken met het ZZP-tarief) per geleverd uur zorg. Deze prijscomponent bestaat weer uit twee delen:
 - Het effect van een andere FWG-mix bij de uitvoerenden van de directe zorg. Dus hogere kosten per fte.
 - Het effect van hogere kosten voor materieel en dergelijke.

In dit hoofdstuk drukken we de totale meerkosten uit in een bedrag per cliënt per dag.

5.1 Volumecomponent

De omvang van de volumecomponent in uren is opgenomen in hoofdstuk 4. In dit hoofdstuk gaan we die uitdrukken in euro's.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat de epilepsiecentra gemiddeld 7 uur meer woonzorg per week leveren dan wat is opgenomen in de ZZP-normen. Bij dagbesteding en behandeling is er een verwaarloosbaar verschil met de NZa-normen. De volumecomponent bestaat dus uit de kosten van gemiddeld 1 uur woonzorg per dag.

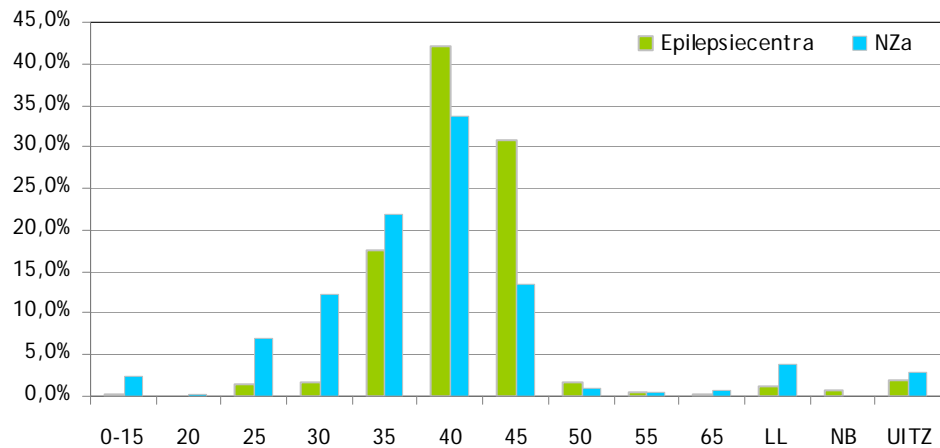
Het tarief voor 1 uur woonzorg kunnen we afleiden uit het ZZP-tarief (het weektarief exclusief behandeling en dagbesteding minus de verblijfscomponent, delen door het aantal uur woonzorg). In de sector verstandelijke gehandicapten is het tarief voor woonzorg gemiddeld € 40,- per uur (exclusief kapitaallasten).

5.2 Prijscomponent

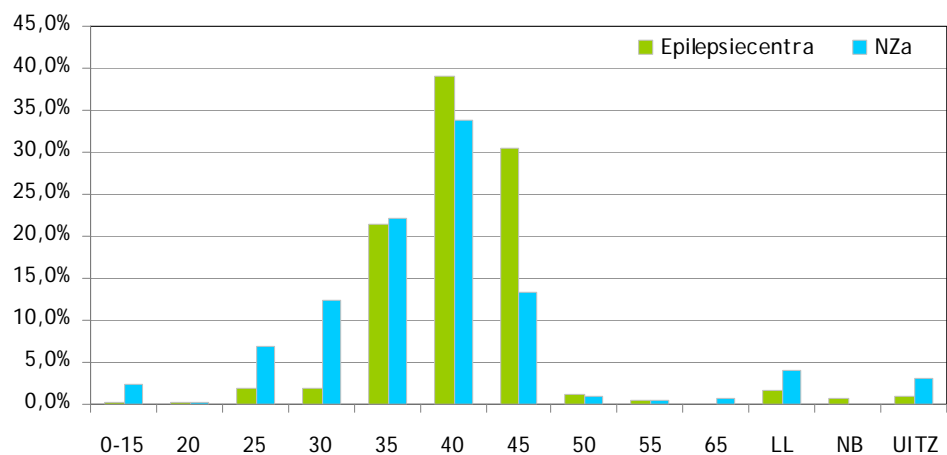
Effect van de FWG-mix

Hier gaat het om het verschil tussen de kosten van de werkelijke inzet van direct personeel en de genormeerde kosten conform de opbouw van de ZZP-tarieven (NZa rapport 'Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten: De ZZP's op waarde geschat').

In de hiernavolgende grafieken is het verschil in FWG-mix voor de woonzorgcomponent inzichtelijk gemaakt. Hieruit blijkt duidelijk dat de medewerkers bij de epilepsiecentra hoger zijn ingeschaald.



Grafiek 1. FWG-mix epilepsiecentra versus NZa-norm



Grafiek 2. FWG-mix epilepsiecentra versus NZa-norm, exclusief K&J en behandelhuis

Voor het kwantificeren van dit verschil vergelijken we de gemiddelde loonkosten (inclusief sociale lasten) per fte medewerker directe zorg van de epilepsiecentra met de gemiddelde loonkosten volgens de NZa-norm. Bij dat laatste hebben we de ZP-verdeling van de epilepsiecentra uit de steekproef (exclusief K&J en behandelhuis) als uitgangspunt genomen.

De gemiddelde loonkosten bij de epilepsiecentra bedragen € 43.018,- per fte per jaar. De NZa-norm komt uit op gemiddeld € 37.212,- per fte per jaar. Het verschil is dus € 5.806,-. De epilepsiecentra hadden zelf een bedrag van circa € 6.000,- voor de gehele populatie becijferd.

Oorzaken voor hogere kosten zijn:

- De epilepsiecentra kennen een zwaardere FWG-mix en een hogere anciënniteit.
- De epilepsiecentra rekenen met een ORT van 11,17%.
- De epilepsiecentra werken met de CAO ziekenhuizen.

Wanneer we het verschil van € 5.800,- per fte per jaar vermenigvuldigen met het totaal aantal fte's directe zorg inclusief herallocatie (circa 900) en delen door het totaal aantal ZZP-dagen (circa 245.500), dan komt het effect van de FWG-mix uit op € 21,- per cliënt per dag.

Effect hogere kosten voor materiaal en dergelijke

Naast de hogere kosten voor het personeel (meer en hoger gekwalificeerd) maken de epilepsiecentra een aantal andere kosten die hoger liggen dan de kosten voor een reguliere zorgaanbieder in de gehandicaptenzorg. De epilepsiecentra hebben hun meerkosten gespecificeerd aan bureau HHM aangeleverd. Bij het kwantificeren van de meerkosten van epilepsie is waar mogelijk aangesloten bij benchmarkgegevens dan wel andere objectiveerbare vergelijkende cijfers en normen. Wanneer we deze kosten verdelen over de verblijfsdagen die de instellingen leveren, komen we uit op extra kosten van € 22,50 per dag.

De extra kosten bestaan uit de volgende aspecten:

- Geneesmiddelen: de cliënten bij SEIN en Kempenhaeghe gebruiken veel anti-epileptica, dit zorgt voor hogere kosten voor de instellingen.
- Laboratoriumbepalingen: door de epilepsie van de cliënten wordt meer toegepast om te testen op de leverfunctie, bloedarmoede en vitaminetekort. Alledrie kunnen deze afwijkende waarden vertonen door het gebruik van anti-epileptica.
- Verpleeg- en verzorgingsmiddelen: door de insulten vallen cliënten meer en hebben zij meer wonden. Er worden daardoor meer hechtsetjes gebruikt. Ook beschikken de centra op centrale locaties over EAD's (meer dan gemiddeld) en mogelijkheden voor het toedienen van zuurstof.
- Waskosten: Als gevolg van de epilepsie hebben cliënten veelvuldig last van speekselvloed, ook worden hogere waskosten veroorzaakt door incontinentie en knoeien met voeding voor en tijdens een aanval.
- Schoonmaakkosten: de oppervlakte van de gebouwen van de epilepsiecentra is groter (om verwondingen bij vallen te beperken) waardoor de schoonmaakkosten hoger zijn.
- Kosten voor voeding: de voedingskosten zijn hoger doordat cliënten vaker dieetvoeding gebruiken.
- Terrein- en gebouwgebonden kosten: deze kosten zijn hoger doordat de epilepsiecentra beschikken over grotere gebouwen om daarmee risico's bij het vallen te beperken. Het College Bouw heeft SEIN een erkenning gegeven voor 48% meer m² vloeroppervlak dan de norm in de NZa beleidsregel.
- Algemeen, inclusief ICT: de epilepsiecentra hebben een uitgebreider elektronisch dossier waarin ook neurologische zaken een duidelijke plek hebben, hiervoor worden extra kosten gemaakt.
- Vervoer: vervoer van cliënten van en naar dagbesteding gebeurt onder begeleiding van twee medewerkers omdat er altijd iemand in moet kunnen grijpen bij een (dreiging van een) aanval.
- Beveiliging: het epilepsiecentrum maakt extra kosten voor de beveiliging vanwege gedragsproblematiek en vanwege dwaalgedrag van cliënten als gevolg van hun epilepsie.

De verdeling van deze kosten verschilt voor beide centra. In tabel 11 is de procentuele verdeling van extra kosten over de verschillende kostensoorten voor beide epilepsiecentra weergegeven.

Kostensoort	% SEIN		% Kempenhaeghe	
Zorggebonden materiële lasten		21%		29%
Geneesmiddelen	16%		21%	
Laboratoriumbepalingen	2%		5%	
Verpleegmiddelen	3%		3%	
Verblijf		34%		41%
Waskosten	6%		5%	
Schoonmaak	9%		15%	
Voeding	19%		20%	
Terrein- en gebouwgebonden		27%		23%
Algemeen (incl. ICT)		7%		7%
Overig		10%		
Vervoer	6%			
Beveiliging	4%			
Totaal		100%		100%

Tabel 11. Procentuele verdeling van extra materiële kosten.

De totale meerkosten komen uit op (€ 40,- + € 21,- + € 22,50 =) € 83,50 per dag (exclusief kapitaallasten).

Uitgaande van de huidige productie van de epilepsiecentra, vertegenwoordigt deze toeslag een totaalbedrag van € 20,5 miljoen.

6. Oplossingsrichtingen

In de onderzoeksopzet is een aantal mogelijke oplossingsrichtingen genoemd over het inpassen van de gespecialiseerde epilepsiezorg in de ZZP-systematiek, namelijk:

- aanpassen zorgzwaartescorelijst en/of algoritmen;
- aanpassen van de zorgzwaarteprofielen in combinatie met het aanpassen van de uren in de ZZP's;
- introduceren van een nieuw ZZP voor de gespecialiseerde epilepsiezorg;
- introduceren van een toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg bovenop de ZZP-tarieven.

In dit hoofdstuk beschrijven wij de mogelijkheden van de toepassing van de geschetste oplossingsrichtingen. Het hoofdstuk sluit af met een aanbeveling aan de NZa over de verdere uitwerking en uitvoering van de best passende oplossingsrichting.

6.1 Aanpassen zorgzwaartescorelijst, aanpassen ZZP's en introductie nieuw ZZP

Cliënten die bij de epilepsiecentra verblijven worden momenteel geïndiceerd in de ZZP's voor de sector VG. In een aantal gevallen wordt door het CIZ, in overleg met de zorgaanbieder, gekozen voor een ander ZZP dat meer recht doet aan de zorgbehoefte van de cliënt. De zorgaanbieders en het CIZ hebben tijdens de expertbijeenkomst aangegeven dat met de huidige werkwijze cliënten in het best passende (minst slechte) ZZP terechtkomen. Het aanpassen van de zorgzwaartescorelijst of algoritmen om daarmee een betere toeleiding naar ZZP's te creëren is daarom niet nodig.

Tijdens de expertbijeenkomst is duidelijk geworden dat een deel van de zorgbehoefte van cliënten voortkomt uit de verstandelijke beperking van de cliënt en een deel uit de epilepsie waar de cliënt mee te maken heeft. Het is op sommige onderdelen van de zorgvraag moeilijk om deze elementen uit elkaar te halen. Bovendien varieert de zorgbehoefte van cliënten met epilepsie in de tijd. Vlak voor of na en tijdens een epileptische aanval is de geboden zorg in aard en omvang anders dan in een 'stabiele' periode. Het aanpassen van de huidige ZZP's aan de epilepsie van de cliënt of het maken van één ZZP voor epilepsie is hierdoor niet goed mogelijk. Bovendien bestaat het risico dat er een onwerkbaar situatie ontstaat. Voor een kleine groep cliënten wordt dan namelijk een nieuwe serie ZZP's ontwikkeld, dit is niet in lijn met het beleid van de zorgzwaartebekostiging waarin wordt gestreefd naar het beperken van het aantal ZZP's.

6.2 Introductie epilepsietoeslag

De oplossingsrichting die het best past bij de levering van de epilepsiezorg is het introduceren van een epilepsietoeslag voor cliënten die gespecialiseerde epilepsiezorg nodig hebben. De cliënten worden in deze situatie door het CIZ geïndiceerd voor het ZZP dat het best past bij de zorgbehoefte van de cliënt en ontvangen daarnaast een toeslag waarmee de zorgaanbieder zorg kan dragen voor het bieden van gespecialiseerde epilepsiezorg.

We stellen om de 'extra' geleverde zorg (bovenop de uren in de epilepsietoelage) voor K&J en het behandelhuis buiten de epilepsietoelage te houden. Voor K&J wordt naar verwachting namelijk nog een aparte toelage vastgesteld; die toelage zou dan in combinatie met de epilepsietoelage kunnen worden geïndiceerd. De bekostiging van de buitengewone omvang van de zorgbehoefte van de cliënten in het behandelhuis leent zich meer voor een toelage extreme zorgbehoefte. Als we de extra uren voor deze beide cliëntencategorieën meenemen in de epilepsietoelage, dan verwateren de financiële middelen voor deze specifieke categorieën over de gehele populatie in de gespecialiseerde epilepsiezorg.

Omvang epilepsiecomponent

Op basis van de gegevens die wij gedurende het onderzoek bij de epilepsiecentra hebben verzameld adviseren wij om een toelage voor epilepsiezorg te maken van gemiddeld € 83,50 per dag. De toelage bestaat dan uit de extra uren zorg die worden geleverd als gevolg van de epilepsie, de hogere deskundigheid die door de zorgaanbieders wordt ingezet als gevolg van de epilepsie en de extra (materiële) kosten die met de gespecialiseerde epilepsiezorg samenhangen.

De epilepsiecomponent kan voor alle ZZP's gelijk zijn maar daarmee wordt geen recht gedaan aan verschillen in zorgbehoefte van de cliënt. Een invulling van de epilepsiecomponent per ZZP per dag lijkt beter te passen bij de huidige levering van zorg. In tabel 10 uit hoofdstuk vier hebben we namelijk gezien dat de verschillen tussen geleverde zorg en het ZZP per pakket verschillen. Hoe hoger de pakketten hoe meer extra zorg wordt ingezet. We stellen daarom voor om enige differentiatie toelage op te nemen.

Randvoorwaarden introductie epilepsietoelage

Om een succesvolle uitwerking te geven aan de introductie van een epilepsiecomponent is het van belang rekening te houden met een aantal randvoorwaarden.

Als eerste geldt dat een toelage idealiter cliëntvolgend is. Deze werkwijze sluit aan bij een systeem van cliëntvolgende bekostiging. Om een cliëntvolgende toelage mogelijk te maken is het van belang om criteria vast te stellen waarmee het recht op de epilepsietoelage kan worden bepaald. Het CIZ moet dan bij de indicatiestelling vast kunnen stellen of een cliënt in aanmerking komt voor een toelage epilepsie.

Deze criteria kunnen in overleg tussen het CIZ en de epilepsiecentra nader worden vastgesteld. In hoofdstuk 3 van dit rapport zijn al enkele mogelijke criteria genoemd. Bovendien blijkt dat cliënten die bij de epilepsiecentra verblijven vaak bij andere aanbieders van gehandicaptenzorg hebben gewoond maar daar niet de goede zorg kunnen krijgen.

Een tweede belangrijke randvoorwaarde waaraan (op termijn) moet worden voldaan is dat zorgkantoren instrumenten in handen krijgen om de vergoeding voor de toelage alleen te betalen aan die zorgaanbieders die ook daadwerkelijk de gespecialiseerde epilepsiezorg kunnen bieden. Het zorgkantoor heeft dus behoefte aan criteria voor het inkopen van gespecialiseerde epilepsiezorg.

Alleen wanneer voldaan is aan de volgende twee voorwaarden kan de zorgaanbieder de toeslag declareren:

- een cliënt beschikt over een indicatie voor de toeslag
- én het zorgkantoor bij de betreffende zorgaanbieder gespecialiseerde epilepsiezorg heeft ingekocht.

Op dit moment kunnen de toeslagen nog worden gekoppeld aan de toelatingen van aanbieders maar deze toelatingen verdwijnen naar verwachting op termijn.