

*Rapport*

## **Verpleging in AWBZ-instellingen**

Op 29 september 2011 uitgebracht aan de Staatssecretaris van  
VWS

*Publicatienummer*

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b><i>Uitgave</i></b> | College voor zorgverzekeringen<br>Postbus 320<br>1110 AH Diemen<br>Fax (020) 797 85 00<br>E-mail info@cvz.nl<br>Internet www.cvz.nl |
|-----------------------|---|

|                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| <b><i>Volgnummer</i></b>     | 2011076278           |
| <b><i>Afdeling</i></b>       | ZORG-ZA              |
| <b><i>Auteur</i></b>         | drs. A.M. Hopman     |
| <b><i>Doorkiesnummer</i></b> | Tel. (020) 797 86 01 |

## Inhoud:

*pag.*

|    |   |
|----|---|
|    | Samenvatting  |
| 1  | 1. Inleiding  |
| 2  | 2. Verpleging in AWBZ-instellingen                      |
| 2  | 2.a. Argumenten en overwegingen                         |
| 2  | 2.a.1. Onduidelijkheid van de regelgeving               |
| 4  | 2.a.2. Wetshistorie                                     |
| 6  | 2.a.3. Artikel 15 Bza                                   |
| 6  | 2.a.4. Samenhangende zorg                               |
| 7  | 2.b. Beoordeling  |
| 7  | 2.b.1. verblijf met behandeling                         |
| 9  | 2.b.2. Verblijf zonder behandeling, met verpleging      |
| 9  | 2.b.3. Verblijf zonder behandeling en zonder verpleging |
| 10 | 2.c. Andere sectoren                                    |
| 11 | 3. Standpunt  |
| 12 | 4. Consequenties  |
| 12 | 4.a. Zorgzwaartebekostiging                             |
| 13 | 4.b. Onderhoud zorgzwaartepakketten                     |
| 13 | 4.c. Conclusies   |
| 14 | 5. Vaststelling standpunt                               |

### ***Bijlage(n)***

1. Relevante regelgeving

## Samenvatting

Met enige regelmaat krijgt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de vraag welke verpleging in AWBZ-instellingen tot de AWBZ-zorg behoort, en welke tot de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gaat dan vooral om situaties waarin er sprake is van medisch specialistische zorg. Voor zorg van de medisch specialist zelf spreekt het voor zich dat dit tot de Zvw behoort. De vraag spitst zich toe op de verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met die medisch specialistische zorg.

Het CVZ constateert dat de regelgeving geen eenduidig antwoord oplevert, en heeft daarom de wetshistorie en andere argumenten die hierbij een rol spelen, onderzocht. Daaruit blijkt dat de wetgever steeds heeft beoogd voor bepaalde doelgroepen een integraal aanbod aan zorg binnen de AWBZ te realiseren.

Het CVZ werkt dit uit voor de sector ouderenzorg. De conclusies zijn ook van toepassing op de andere AWBZ-sectoren. Als er sprake is van AWBZ-behandeling met verblijf voor somatische of psychogeriatrische aandoeningen of beperkingen, is de specialist ouderengeneeskunde (SO)<sup>1</sup>, medisch eindverantwoordelijk. Het deskundigheidsgebied van de SO is specifiek gericht op comorbiditeit en complexe zorgvragen bij ouderen. De SO is vaak ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de behandeling die door een andere medisch specialist is geïndiceerd, en voert de regie over de multidisciplinaire zorg. Alle verpleegkundige zorg die daarbij aan de orde is valt dan onder de AWBZ. Als (de uitvoering van) de behandeling het deskundigheidsgebied van de functie SO te boven gaat, is de andere medisch specialist verantwoordelijk en valt die geneeskundige zorg onder de Zvw, al dan niet met de inzet van verpleegkundigen. Het gaat hierbij om uitzonderingssituaties. Meestal is dan ziekenhuisopname aan de orde.

Als een verpleegkundige (bv een verpleegkundig specialist ouderenzorg) de taken van de specialist ouderenzorg overneemt, maakt dat geen verschil. Het blijft gaan om zorg zoals specialisten ouderenzorg die bieden. De beroepsnormen en richtlijnen binnen de beroepsgroep SO zijn bepalend.

Als er geen behandeling bij verblijf is, maar wel verpleging, valt alle verpleging die gebruikelijk is bij de doelgroep waarop de instelling zich richt onder de AWBZ. Daarnaast kan er dan sprake zijn van verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg in het kader van de Zvw.

---

<sup>1</sup> Voorheen heette deze functie verpleeghuisarts.

Als het alleen gaat om verblijf met begeleiding geldt hetzelfde als in de thuissituatie.

Het CVZ heeft ook gekeken naar de uitvoeringsconsequenties. Soms is in individuele gevallen substantieel meer zorg nodig dan de zorg die in het zorgzwaartepakket is verdisconteerd. De regelgeving daarover is nog niet goed geregeld. Er zijn echter geen acute problemen. De staatsecretaris heeft aangegeven de bekostiging van de aanvullende zorg binnenkort te regelen.

Als de zorgzwaarte van bepaalde cliëntgroepen *structureel* wijzigt kan het zorgzwaartepakket en de bekostiging daarvan door de NZa worden aangepast.

## 1. Inleiding

Met enige regelmaat krijgt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de vraag welke verpleging in AWBZ-instellingen tot de AWBZ-zorg behoort, en welke tot de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gaat dan vooral om situaties waarin er sprake is van medisch specialistische zorg. De vraag is of die zorg onder de Zvw valt of niet. Voor de zorg die de medisch specialist zelf levert spreekt dat voor zich. De vraag spitst zich toe op de verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met die medisch specialistische zorg.

Die vraag komt voort uit het feit dat verpleging op verschillende plaatsen is geregeld. In de AWBZ is verpleging een aparte aanspraak (functie) in de extramurale zorg en is het onderdeel van de samenhangende zorg bij verblijf. In de Zvw is het onderdeel van verblijf en is “verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg” een zelfstandige prestatie (zorgvorm).

Het blijkt daarbij dat er verschillende interpretaties bestaan van de betekenis van de regelgeving en van de onderlinge relatie tussen de Zvw en de AWBZ.

In dit signalement neemt het CVZ daarover een standpunt in. Omdat het niet goed mogelijk is op grond van de regelgeving zelf tot een eenduidige conclusie te komen, schetst het in het volgende hoofdstuk in paragraaf 2a eerst de wetshistorie. Ook inventariseert het welke andere argumenten een rol spelen. In paragraaf 2b beoordeelt het CVZ deze informatie en komt het tot een conclusie. In hoofdstuk 3 formuleert het CVZ zijn standpunt. Hoofdstuk 4 gaat over de consequenties die dit standpunt heeft voor de uitvoeringspraktijk.

Zoals gebruikelijk bij een standpunt heeft het CVZ belanghebbende partijen om een inhoudelijke reactie gevraagd. Verenso, ZN, Actiz, V&VN, LOC en CIZ hebben gereageerd. Dit heeft geleid tot een verduidelijking van de functiegerichtheid van de te verzekeren zorgprestaties in de Zvw en de AWBZ.

## 2. Verpleging in AWBZ-instellingen

Op verschillende plaatsen is geregeld dat verpleging tot de verzekerde zorg behoort. In de Zvw is verpleging een onderdeel van verblijf, dat is verzekerd op grond van artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv), en komt dan dus ten laste van de Zvw. In artikel 2.11 Bzv staat dat de verpleging die zonder verblijf noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg verzekerd is in de Zvw.

In de AWBZ geeft artikel 5 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) aanspraak op verpleging, en maakt verpleging ook deel uit van de samenhangende zorg bij verblijf (artikel 9 Bza).

De kernvraag die hier aan de orde is, is of de “samenhangende zorg” van artikel 9 Bza *alle* verpleging omvat, of dat de verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg daar *geen* deel van uitmaakt, en apart bekostigd moet worden. Het antwoord op die vraag kan op verschillende manieren worden benaderd, waarbij meerdere argumenten en overwegingen een rol spelen.

Hieronder gaat het CVZ eerst in op die argumenten en overwegingen. Die wijzen niet allemaal zonder meer in één richting. In paragraaf 2.b. maakt het CVZ een afweging.

### **2.a. Argumenten en overwegingen**

#### *2.a.1. Onduidelijkheid van de regelgeving*

Het CVZ heeft eerst de regelingen binnen de wettelijke zorgverzekeringen (Zvw en AWBZ) in hun onderlinge relatie bezien.

Zowel de Zvw als de AWBZ kent de prestaties verblijf, verpleging en geneeskundige zorg danwel behandeling. Hier is vooral de vraag aan de orde, of de in een AWBZ-verblijfsinstelling te leveren zorg alle verpleging omvat, of dat die verpleging (deels) ook onder de Zvw zou kunnen vallen.

De Zvw maakt onderscheid tussen verpleging als onderdeel van de functie verblijf (artikel 2.10 Bzv) (“ziekenhuis”) en verpleging zonder verblijf, in verband met medisch-specialistische zorg (artikel 2.11 Bzv) (“thuis”). Verblijf in de zin van de AWBZ omvat “verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en/of behandeling, voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien die verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht”.

Men zou kunnen redeneren, dat artikel 2.11 Zvw niet van toepassing is, omdat dit alleen gaat over zorg zonder verblijf. En bij verblijf in een AWBZ-instelling is er juist wel sprake van verblijf. In de Zvw staat de plaats waar de zorg geleverd wordt los van de inhoud van de zorg. Men zou er dan zelfs op uit kunnen komen dat de plaats waar de geneeskundige zorg geleverd wordt (verblijf in de zin van de Zvw) ook bijvoorbeeld een verpleeghuis kan zijn. Als het gaat om mensen die al verblijven op grond van de AWBZ, leidt die redenering tot de ongerijmde uitkomst dat een verpleeghuis in dat geval niet alleen verblijf in de zin van de AWBZ levert, tegelijkertijd ook een verblijf in de zin van artikel 2.10 Bzv.

Een andere benadering is dat men stelt dat met het verblijf genoemd in artikel 2.11 Bzv alleen verblijf in de zin van de Zvw bedoeld is, namelijk verblijf dat noodzakelijk is in verband met *geneeskundige zorg*. En dat dat iets anders is dan het verblijf op grond van artikel 9 Bza, namelijk verblijf vanwege de noodzaak van permanent toezicht, beschermende woonomgeving of een therapeutisch leefklimaat. In een AWBZ-instelling gaat het dan niet om verblijf in de zin van de Zvw, en zou artikel 2.11 Bzv ook van toepassing zijn op *alle* bewoners van AWBZ-instellingen, ook die van verpleeghuizen. Die zouden dan de verpleging die noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg kunnen ontvangen van een andere aanbieder dan het verpleeghuis, dat de overige zorg (waaronder de overige verpleging) biedt<sup>2</sup>. Dat sluit niet aan bij de werkelijkheid. Het zou haaks staan op de strekking van artikel 15 Bza<sup>3</sup> en de formulering “samenhangende zorg” van artikel 9 Bza, die uitgaan van een *integraal* aanbod. Dit strookt evenmin met de eigenlijke bedoeling van artikel 2.11 Bzv. Zoals blijkt uit de toelichting is dit artikel opgenomen om duidelijk te maken dat ook verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg die buiten de muren van het ziekenhuis bij de verzekerde thuis plaatsvindt onder de Zvw valt. Daarbij is niet gedacht aan zorg in verpleeghuizen of andere AWBZ-verblijfsinstellingen.

Misschien zijn er nog andere interpretaties mogelijk. Geen enkele uitleg sluit aan bij de bestaande praktijk en de door de wetgever beoogde afbakening tussen de Zvw en de AWBZ.

Het CVZ concludeert dat de tekst van de wet onvoldoende aanknopingspunten biedt voor een eenduidige conclusie. Artikel 9 Bza is wel duidelijk: de samenhangende zorg bij verblijf omvat ook verpleging.

---

<sup>2</sup> De verpleging in het kader van de Zvw kan bij een andere aanbieder zijn ingekocht dan het verpleeghuis.

<sup>3</sup> Op grond van artikel 15 Bza is er ook aanspraak op enkele aanvullende zorgvormen als de verzekerde behandeling en verblijf in dezelfde instelling ontvangt. Het gaat bijvoorbeeld om algemene medische zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelen. De achtergrond hiervan is dat dan alle relevante zorg vanuit één instelling geleverd kan worden.

Voor een duiding van de aanspraak heeft het CVZ daarom niet alleen gekeken naar de wetstekst, maar ook naar het systeem van de wettelijke zorgverzekering en de bedoeling van de wetgever, zoals die onder ander naar voren komt uit de wetgevingsgeschiedenis, en naar de gegroeide praktijk.

### *2.a.2. Wetshistorie*

In het Besluit zorgaanspraken (Bz), zoals dat in 2000 luidde, was de aanspraak op verpleeghuiszorg een aparte aanspraak (art 14 Bz oud). De aanspraak omvatte "verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, in verband met een lichamelijke of psychogeriatrische aandoening, al dan niet gepaard gaande met verblijf gedurende het etmaal of een deel daarvan". Vóór 2000 werd de aanspraak omschreven als: "Geneeskundige hulp, verzorging, verpleging en behandeling met dien verstande dat de aard en omvang daarvan worden bepaald door de bestemming van de inrichting."(art 10 Bz oud).

Deze wijziging van de tekst over verpleeghuiszorg was bedoeld om een flexibeler zorgaanbod mogelijk te maken. Het had geenszins de bedoeling de inhoud van de zorg te veranderen.

Bovenstaande impliceert dat in een verpleeghuis, dat zich nu eenmaal specifiek richtte op zorgbehoefte mensen (meestal ouderen) met complexe zorg-vragen en comorbiditeit, alle verpleging en verzorging die daarbij noodzakelijk was, ten laste van het verpleeghuis kwam. Als de zorg te complex werd, was ziekenhuiszorg aan de orde. Binnen de instelling stond een integraal zorgaanbod voorop.

Dat blijkt ook uit het toenmalige artikel 3 Bz (nu artikel 15 Bza). De achtergrond van de invoering van dat artikel was juist dat de regie over de volledige zorg in één hand kwam.

In 2000 kwam ook de verzorgingshuiszorg als aanspraak in de AWBZ. De tekst van artikel 16 Besluit zorgaanspraken (oud) bepaalde toen nog dat de verzorgingshuiszorg naast verzorging en begeleiding "niet-complexe verpleging" omvatte. In 2001 werd de toevoeging "niet-complex" geschrapt. De beperking tot "niet-complexe verpleging", belemmerde de flexibele uitvoering van de AWBZ. Met het wegnemen van deze beperking werd beoogd een integrale zorgverlening mogelijk te maken.

### Modernisering AWBZ 2003

De invoering van de functiegerichte aanspraken in 2003 was erop gericht de verzekerde maximale keuzevrijheid te bieden bij de invulling van zijn zorg. Uit de toelichting blijkt dat er ook op dat moment geen sprake was van een pakketwijziging: *"Uitgangspunt bij de overgang van aanbodgestuurde naar functiegerichte aanspraken is dat er geen pakketverruiming of pakketbeperking plaatsvindt."*

### Invoering Zorgverzekeringswet

Ook de invoering van de Zorgverzekeringswet was niet gericht op een pakketwijziging. Het feit dat in de Zvw geen voorrang-regeling als artikel 8 Ziekenfondswet (Zfw) bestaat, had wel tot gevolg dat de zorg die ten laste van de Zvw kan komen, niet ten laste van de AWBZ kan komen (zie 3.a.1.).

Artikel 2.11 Bzv werd ingevoerd met het oog op de zogenaamde “ziekenhuisverplaatste zorg”. Het gaat hierbij om zorg die voorheen in het ziekenhuis werd geleverd, maar die door technologische ontwikkelingen ook thuis kan worden geboden.

Eigenlijk was deze zorg al ten tijde van de Zfw geen onderdeel van de extramurale AWBZ-verpleging<sup>4</sup>. In de praktijk werd dit echter vaak toch ten laste van de AWBZ gebracht. Uit de toelichting bij het Bzv blijkt dat de discussie rond ziekenhuisverplaatste zorg de directe aanleiding was om dit artikel op te nemen. Het is niet bedoeld om delen van de AWBZ onder de Zvw te brengen, maar een explicitering van het bestaande onderscheid tussen ziekenhuisverplaatste zorg en AWBZ-zorg in de *extramurale* zorg. Het is niet direct gericht op verpleging bij verblijf in AWBZ-instellingen.

### Invoering zorgzwaartepakketten

In 2003 was het voornemen alle AWBZ-zorg op basis van functies en klassen te bekostigen. In de loop der tijd is dat pad verlaten, en is gekozen voor bekostiging op grond van zorgzwaartepakketten (ZZP's)<sup>5</sup>. Door een koppeling van het cliëntprofiel met bijpassende zorgzwaarte aan een bedrag, kan de aanbieder, in samenspraak met de bewoner een bij de individuele bewoner passend zorgaanbod bieden. Het uitgangspunt van de zorgzwaartebekostiging is dat verzekerden met een gelijk cliëntprofiel zijn aangewezen op ongeveer dezelfde aard en omvang van de zorg. Individuele verschillen kunnen worden opgevangen doordat er een bepaalde bandbreedte in de ZZP's is ingebouwd, en het zorgplan op individueel niveau wordt vastgesteld.

Bij het onderzoek dat ten grondslag lag aan de zorgzwaartepakketten<sup>6</sup>, werd alle *feitelijk* geleverde zorg inclusief verpleging betrokken. Daarbij is geen onderscheid gemaakt tussen verpleging die was gericht op de AWBZ-problematiek en verpleging die noodzakelijk was in verband met medisch specialistische zorg. Dat was ook onmogelijk omdat de Zvw

---

<sup>4</sup> Afbakening AWBZ en ZFW in transmurale ketenzorg, notitie van het CVZ, augustus 2004

<sup>5</sup> Van grondslagen naar cliëntprofielen, CVZ, op 1 november 2010 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS, paragraaf 2.b.

<sup>6</sup>[http://www.hhm.nl/download/PJ042174%20Aanpak\\_en\\_Resultaten\\_praktijkonderzoek\\_IZA\\_voorjaar2004%20.pdf](http://www.hhm.nl/download/PJ042174%20Aanpak_en_Resultaten_praktijkonderzoek_IZA_voorjaar2004%20.pdf)

[http://www.hhm.nl/download/PJ050887\\_Resultaten\\_test\\_intramuraal\\_zorgarrangementen\\_najaar2004.pdf](http://www.hhm.nl/download/PJ050887_Resultaten_test_intramuraal_zorgarrangementen_najaar2004.pdf)

nog niet was ingevoerd.

Een belangrijke constatering is dus dat de ZZP's *alle* verpleging omvatten die in AWBZ-instellingen werd geleverd.

De zorgzwaartepakketten waren in wezen (vanaf juli 2007) alleen een bekostigingstitel. Met de wijziging van het Bza op 1 januari 2011 zijn de zorgzwaartepakketten ongewijzigd (dus inclusief *alle* geleverde verpleging) onder de noemer "samenhangende zorg" als aanspraak geregeld.

Het CVZ heeft aandacht gevraagd voor het feit dat het voor kan komen dat een verzekerde substantieel meer zorg nodig heeft dan die in het zorgzwaartepakket van het best passende cliëntprofiel beschikbaar is. De staatssecretaris heeft aangegeven dit probleem binnenkort op te lossen. Het departement van VWS werkt hieraan, samen met betrokken ZBO's.

#### *2.a.3. Artikel 15 Bza*

Artikel 15 Bza (nieuw) bestond vóór de invoering van de functie-gerichte aanspraken als artikel 3 Bz (oud). De achtergrond ervan was dat hiermee voor de complexere doelgroepen een integraal aanbod van zorg mogelijk werd.

Het is in het kader van dit standpunt belangrijk op te merken dat artikel 15 Bza (nieuw) een aantal zorgvormen omvat die ook ten laste van de zorgverzekering kunnen komen. Het gaat dan met name om algemene medische zorg, farmaceutische zorg, psychiatrische behandeling en hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in de instelling gegeven zorg. De wetgever heeft (ondanks de voorrang-regeling van artikel 2 lid1 Bza nieuw) uitdrukkelijk willen regelen dat deze zorg tot de AWBZ behoort.

Dat standpunt wordt nog ondersteund door het feit dat de farmaceutische zorg van artikel 15 Bza breder is dan de farmaceutische zorg die op grond van de Zvw is verzekerd<sup>7</sup>. Als de AWBZ-arts dit voorschrijft, zijn op grond van artikel 15 Bza (nieuw) ook middelen verzekerd die niet in Bijlage 1 Regeling zorgaanspraken (GVS) zijn genoemd.

#### *2.a.4. Samenhangende zorg*

Artikel 9 Bza (nieuw) spreekt van een aanspraak op "samenhangende zorg". Het gaat bij intramurale zorg niet om een aantal zorg-vormen die als losse eenheden wordt aangeboden, maar om een gecoördineerd en samenhangend zorgaanbod.

Dat ondersteunt de gedachte dat de wetgever het bij AWBZ-verblijf belangrijk vindt dat de zorg integraal en gecoördineerd wordt geboden.

---

<sup>7</sup> RZA 2002, 23

## ***2.b. Beoordeling***

In deze paragraaf beoordeelt het CVZ in hoeverre verpleging in een AWBZ-instelling tot de AWBZ danwel tot de Zvw behoort.

Uit de wetshistorie blijkt dat de wetgever op geen enkel moment de bedoeling heeft gehad de aanspraak op intramurale AWBZ-zorg te wijzigen of te beperken. Dat was noch het geval bij de wijziging van de aanspraak op verpleeghuiszorg in 2000 (die was gericht op flexibilisering), noch bij daarop volgende beleidsmaatregelen. Steeds was de expliciete bedoeling van de wetgever dat de aard en omvang van de intramurale AWBZ-zorg ongewijzigd bleef.

Het schrappen van de term “niet-complex” uit de aanspraak op verzorgingshuiszorg in 2001, was erop gericht een integraal aanbod van zorg te waarborgen. Ook de formulering van de functie verblijf zoals die vanaf 1 januari 2011 luidt: “samenhangende zorg” wijst erop dat het bij intramurale zorg gaat om een gecoördineerd en integraal zorgarrangement. Dat wordt verder nog ondersteund door het bestaan van artikel 15 Bza, waarin een aantal zorgvormen uit de Zvw onder de AWBZ worden gebracht.

De conclusie is dat de wetgever van meet af aan heeft willen regelen dat een instelling integraal alle zorg biedt waarop de doelgroep waarop de instelling zich richt, gebruikelijk is aangewezen. De bewoordingen waarin de wetgever dit heeft geformuleerd, zijn weliswaar enige keren veranderd, maar steeds is expliciet benoemd dat er geen sprake is van een pakketwijziging.

Artikel 8 Bza, dat onder andere gaat over “behandeling van specifiek medische (...) en paramedische aard”, en het feit dat artikel 15 Bza alleen van toepassing is als er sprake is van behandeling, wijzen erop dat de wetgever een verschil maakt tussen de situatie waarin er sprake is van behandeling met verblijf en waarin de verblijfsinstelling geen behandeling biedt<sup>8</sup>. Daarom gaat het CVZ hieronder op beide situaties afzonderlijk in.

### ***2.b.1. verblijf met behandeling***

De mate waarin verpleging onderdeel uitmaakt van de samenhangende zorg die ten laste van de AWBZ moet worden geboden, hangt af van de gebruikelijke context waarin de zorg wordt geboden. In een instelling die behandeling biedt aan mensen met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening, is een specialist ouderengeneeskunde (SO, voorheen verpleeghuisarts) aanwezig die de medische eindverantwoordelijkheid heeft.

---

<sup>8</sup> Er is dan ofwel geen sprake van behandeling, of de behandeling wordt geleverd door een andere instelling dan die waarin de verzekerde verblijft.

Het omgaan met comorbiditeit en complexere zorgvragen is bij uitstek het deskundigheidsgebied van deze beroepsgroep.

De inhoud en grenzen aan het deskundigheidsgebied en de taken waarvoor de SO verantwoordelijk is, worden bepaald aan de hand van de opleidingscriteria, beroepsnormen, en richtlijnen van de beroepsgroep SO<sup>9</sup>. Als een verpleegkundige (bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist ouderenzorg) of een andere hulpverlener de taken van de specialist ouderengeneeskunde (deels) overneemt, maakt dat voor de inhoud en grenzen van de te leveren zorg niet uit. De zorgverzekeringen zijn functiegericht. De zorgverzekering bepaalt de inhoud van de te leveren zorg, niet wie die zorg daadwerkelijk verricht.

*De inhoud en grenzen van de zorg zijn bepaald aan de hand van de gebruikelijke zorg die bepaalde beroepsgroepen tot hun gebruikelijke arsenaal aan interventies rekenen. Dat belet niet dat anderen die zorg leveren. Voor zover een andere hulpverlener bevoegd en bekwaam is om die zorg te bieden, staat niets in de weg dat die de zorg levert.*

De deskundigheidsgebieden en taken van de functie specialist ouderengeneeskunde zijn anders dan die van huisartsen in de extramurale zorg. Naast de algemene medische zorg die op grond van artikel 15 Bza is verzekerd, omvat dit ook de specifieke AWBZ-behandeling (artikel 8 Bza).

*Ouderen die zijn aangewezen op AWBZ-behandeling hebben vaak een aantal ziekten tegelijk, die met elkaar interfereren. Bijvoorbeeld suikerziekte, hoge bloeddruk, hartfalen en een doorgemaakt CVA met substantiële functionele beperkingen. De medische zorg is dan complex en vereist specifieke deskundigheid.*

De specialist ouderenzorg biedt niet alleen zelf verdergaande medische zorg dan de huisarts in de thuissituatie, maar heeft ook de regie over de overige zorg die aan de orde is, waaronder verpleegkundige zorg. Omdat de medische eindverantwoordelijkheid bij de SO ligt, komt in principe alle verpleegkundige zorg ten laste van de AWBZ. Het ligt ook voor de hand dat de SO in voorkomende gevallen de behandeling uitvoert die door een medisch specialist is geïndiceerd en de (verpleegkundige) zorg die daarbij nodig is aanstuurt. Ook dan valt de verpleegkundige zorg die daarbij nodig is onder de AWBZ.

---

<sup>9</sup> Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie, 2003. Verenso, de opvolger van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen, werkt aan een herziening hiervan.

Ondersteuning voor dit standpunt is ook te vinden in het feit dat in verschillende zorgzwaartepakketten (VV8 en VV10) wordt gesproken van “(gespecialiseerde ) verpleegkundige aandacht”.

*De specialist ouderengeneeskunde heeft meer deskundigheid voor de behandeling van decubitus dan de huisarts. Ook mag hij in staat worden geacht om complexere behandelingen uit te voeren en te coördineren. De behandeling van decubitus met behulp van een vacuümpomp bijvoorbeeld, is in de thuissituatie onderdeel van de (verpleging in verband met) medisch specialistische zorg. In het verpleeghuis valt dit onder de AWBZ, ook als de dermatoloog dit heeft geïndiceerd.*

Alleen als het gaat om medisch specialistische behandeling waarvan de uitvoering de deskundigheid van de functie SO te boven gaat, kan de Zvw aan de orde zijn. De medisch-specialistische zorg wordt dan direct door de medisch specialist geboden, waarbij die al dan niet verpleegkundigen inzet. Dit is echter een situatie die maar zelden voorkomt. Als de specialist ouderengeneeskunde de zorg niet meer kan coördineren is normaal gesproken ziekenhuisopname aan de orde.

#### *2.b.2. Verblijf zonder behandeling, met verpleging*

Ook als er geen sprake is van AWBZ-behandeling, maar wel van AWBZ-verpleging, maakt die verpleging in veel gevallen onderdeel uit van een pakket samenhangende zorg. Of dat zo is blijkt uit de omschrijving van de afzonderlijke zorgzwaartepakketten.

Ook dan geldt een gelijke redenering als hierboven. De verpleging waarop de doelgroep van de instelling gebruikelijk is aangewezen, hoort de instelling te kunnen leveren.

*In een verzorgingshuis verblijven ouderen met beperkingen. Het komt veel voor dat zij bijvoorbeeld hun bloedsuiker moeten meten en insuline moeten prikken. Dat is gebruikelijk bij deze doelgroep. Dergelijke verpleging valt dan ook onder de AWBZ. Ook als de internist de insuline regelt.*

#### *2.b.3. Verblijf zonder behandeling en zonder verpleging*

In instellingen die alleen verblijf met begeleiding bieden, geldt hetzelfde als in de thuissituatie. Als de huisarts de verantwoordelijkheid voor een geneeskundige behandeling heeft, is de daarbij noodzakelijke verpleging AWBZ-zorg, als de medisch specialist de verantwoordelijkheid heeft, gaat het om Zvw-zorg.

### ***2.c. Andere sectoren***

Hierboven is de situatie uitgewerkt voor de sector V&V omdat de vragen daar het meest actueel spelen. Het is voor te stellen dat ook in de andere sectoren dergelijke vragen aan de orde zijn. Dan geldt een gelijke redenering als hierboven is gehanteerd. Het hangt af van het gebruikelijke (functie-gerichte) deskundigheidsgebied van de betreffende AWBZ-arts hoever deze de medische verantwoordelijkheid op zich kan/moet nemen voor de medische zorg. De verpleging die daarbij nodig is, valt onder de AWBZ.

Als er geen behandeling is maar wel verpleging, valt alle verpleging die gebruikelijk is voor de doelgroep onder de AWBZ. Als de instelling geen toelating heeft voor verpleging, is de situatie gelijk aan die in de thuissituatie.

### 3. Standpunt

Als de AWBZ-arts verantwoordelijk is voor de (uitvoering van) medische zorg, is ook de verpleegkundige zorg die daarbij aan de orde is onderdeel van de AWBZ. Ook als het gaat om (de uitvoering van) medisch specialistische zorg.

Uit de wetsgeschiedenis blijkt dat de wetgever in deze gevallen een integraal zorgaanbod heeft willen regelen. Dat blijkt ook uit de ontstaansgeschiedenis van artikel 15 Bza en de formulering van artikel 9 Bza (samenhangende zorg).

Als (de uitvoering van) de behandeling het (functiegerichte) deskundigheidsgebied van de AWBZ-arts te boven gaat, kan de geneeskundige zorg onder de Zvw vallen, inclusief eventueel ingeschakelde verpleegkundigen. Daarbij gelden dan wel de eisen die de Zvw stelt. De situatie waarbij de specialist ouderenzorg geen verantwoordelijkheid kan nemen voor de te leveren zorg is uiterst zeldzaam. Meestal is dan ziekenhuisopname aan de orde.

Als er geen sprake is van verblijf met behandeling maar wel van verpleging, dan valt alle verpleging waarop de doelgroep van de instelling gebruikelijk is aangewezen onder de AWBZ. De medisch specialistische zorg valt onder de Zvw, inclusief eventueel ingezette verpleegkundige zorg.

Als het alleen gaat om verblijf met begeleiding geldt hetzelfde als in de thuissituatie.

## 4. Consequenties

De bekostiging van intramurale AWBZ-zorg vindt sinds 2010 plaats op grond van de zorgzwaartepakketten. Sinds 2011 zijn deze onder de noemer “samenhangende zorg” ook in de regelgeving vastgelegd.

Tot voor kort was het in intramurale AWBZ-instellingen niet aan de orde dat verpleging ten laste van de Zvw (of voorheen de Ziekenfondswet) werd ingezet. De vraag naar extra bekostiging van verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg komt voort uit drie ontwikkelingen:

- de invoering van de zorgzwaartepakketten heeft ertoe geleid dat instellingen de zorgverlening beter op de individuele verzekerde zijn gaan afstemmen. Als er door specifieke omstandigheden meer zorg nodig is dan in het zorgzwaartepakket is omschreven, komt dat duidelijker naar boven dan voorheen;
- met de invoering van de Zvw is de voorrangsregeling tussen de Zvw en de AWBZ omgedraaid. De Zvw gaat voor op de AWBZ;
- het is steeds beter mogelijk patiënten snel uit het ziekenhuis te ontslaan, en de (na)behandeling in de eigen woonsituatie van patiënten voort te zetten.

### 4.a. Zorgzwaartebekostiging

De inhoud en omvang van de zorgzwaartepakketten zijn vastgesteld op grond van de *feitelijk* geleverde zorg in AWBZ-instellingen in 2003 en 2004. Bij het onderzoek dat ten grondslag lag aan de zorgzwaartepakketten, werd alle feitelijk geleverde verpleging betrokken. Dus ook de verpleging die noodzakelijk was in verband met medisch specialistische zorg. De aard van de populatie is niet wezenlijk gewijzigd. Het is daarom niet waarschijnlijk dat de omvang van de problematiek in instellingen op dit moment groot is.

Naarmate de mogelijkheden toenemen om mensen eerder uit het ziekenhuis te ontslaan, zal het echter vaker voorkomen dat een verzekerde in de AWBZ-instelling substantieel meer verpleging nodig heeft dan wat binnen het ZZP is te realiseren. De bekostiging daarvan moet niet in de Zvw worden gezocht, maar in de AWBZ. Hieronder gaat het CVZ eerst na hoeverre in de bekostiging van aanvullende zorg binnen de zorgzwaartebekostiging is te voorzien.

De formulering van artikel 9 Bza maakt dat er in de AWBZ op dit moment geen ruimte is om in individuele gevallen meer zorg te indiceren dan wat in de zorgzwaartepakketten is vastgelegd. De zorgzwaartepakketten hebben een bepaalde bandbreedte van ongeveer 10% naar boven en naar beneden, waardoor het voor instellingen mogelijk is een bovenge-

middelde zorgzwaarte binnen de zorgzwaartebekostiging op te lossen. Voor een aantal specifieke situaties waarbij de zorgzwaarte substantieel groter is dan de zorg van het best passende cliëntprofiel, zijn toeslagen vastgesteld. Bijvoorbeeld voor beademingspatiënten en Huntingtonpatiënten.

Als een verzekerde substantieel meer zorg nodig heeft dan in het zorgzwaartepakket beschikbaar is, en er is geen toeslag voor, is extra bekostiging nodig. De staatsecretaris van VWS heeft dat onderkend. In de toelichting op de wijziging van het Bza per 1 januari 2011, waarin de zorgzwaartepakketten als wettelijke aanspraak zijn verankerd, stelt zij:

*“In die ministeriële regeling zullen tevens de uitzonderingen geregeld worden voor de cliënten die meer zorg met verblijf nodig hebben dan past binnen de ZZP-systematiek.”*

Daarvoor heeft het ministerie een werkgroep in het leven geroepen, waarvan ook de NZa, het CIZ en het CVZ deel uitmaken. Op grond van de besprekingen in deze werkgroep zal de staatssecretaris de aanvullende zorg op een passende manier binnen de AWBZ regelen. Dit probleem is dus binnen afzienbare tijd opgelost.

#### **4.b. Onderhoud zorgzwaartepakketten**

De NZa is belast met het onderhoud van zorgzwaartepakketten. Als de zorgzwaarte van een bepaalde cliëntengroep structureel wijzigt, kan de aard en omvang van de zorg in het zorgzwaartepakket worden aangepast. Daarmee is ook voorzien in de mogelijkheid structurele ontwikkelingen in de zorgzwaarte te bekostigen.

#### **4.c. Conclusies**

Bij de bepaling van de omvang van zorgzwaartepakketten is alle daadwerkelijk geleverde verpleging meegenomen, ook die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. In individuele gevallen kan de zorgvraag substantieel hoger zijn dan de bandbreedte van het best passende zorgzwaartepakket. Bekostiging is vaak al mogelijk door middel van toeslagen, bijvoorbeeld voor beademingspatiënten. Het ministerie zal de bekostiging van aanvullende zorg verder uitwerken en wettelijk verankeren.

Als voor een bepaald cliëntprofiel de zorgzwaarte binnen de AWBZ structureel wijzigt, is voorzien in de mogelijkheid het zorgzwaartepakket aan te passen.

Het CVZ constateert dat op korte termijn zowel is voorzien in mogelijke aanpassing op populatieniveau (aanpassing zorgzwaartepakketten), als in de bekostiging van individuele gevallen met substantiële meerzorg.

## **5. Vaststelling standpunt**

Dit standpunt is vastgesteld op 29 september 2011

**College voor Zorgverzekeringen,**

dr. A. Boer  
Wvd. Voorzitter Raad van Bestuur

## **Bijlage: Relevante regelgeving**

### ***Zorgverzekeringswet***

De relevante artikelen in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn artikel 2.4 lid 1 Besluit zorgverzekering (Bzv), artikel 2.10 lid 1 Bzv en artikel 2.11 Bzv.

Artikel 2.4 lid 1 regelt de prestatie geneeskundige zorg:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede dyslexiezorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6 (.....).

Artikel 2.10 lid 1 Bzv regelt de prestatie verblijf in verband met geneeskundige zorg:

Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

Artikel 2.11 Bza regelt de verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg:

1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatief terminale zorg.

### ***AWBZ***

In het kader van de AWBZ zijn artikel 2 lid 1 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza), artikel 5 Bza, artikel 9 lid 1 Bza en artikel 15 Bza relevant.

Artikel 2 lid 1 Bza regelt de voorrang tussen de AWBZ en andere wettelijke regelingen, waaronder de Zvw:

De verzekerde heeft, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, aanspraak op:  
(.....)

Artikel 5 Bza regelt de aanspraak op verpleging:

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

Artikel 8 regelt de aanspraak op behandeling:

Behandeling omvat door een instelling te verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.

Artikel 9 lid 1 Bza regelt de aanspraak op verblijf:

Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien die verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.

Artikel 15 Bza regelt de aanspraak op een aantal aanvullende zorgvormen, als er sprake is van verblijf met behandeling:

Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg, bedoeld in de artikelen 8 en 13, tevens:

- a. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
- b. behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 8 genoemde aandoeningen of handicaps;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- e. tandheelkundige zorg;
- f. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
- g. het individueel gebruik van een rolstoel.