

Rapport

Uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL-woning

Op 21 september 2010 uitgebracht aan de Minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2010114241
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	mw. mr. G.M.M. Hendriksen, in samenwerking met: mw. mr. J.M. van Diggelen, mw. mr. J. Hallie, mw. drs. C.B.M. Nyst en mw. drs. O. Overeem.
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 86 72
<i>Bestellingen</i>	Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Achtergrondinformatie over ADL-assistentie in ADL-clusterwoningen
3	2.a. Gesubsidieerde ADL-assistentie
5	2.b. Overgang naar AWBZ
6	3. Wet- en regelgeving en uitvoeringspraktijk
6	3.a. Wet- en regelgeving
7	3.b. Uitvoeringspraktijk
7	3.b.1. De zorginkoop
8	3.b.2. AZR
8	3.b.3. Uitvoering pgb-regeling
9	3.b.4. Uitvoering eigen bijdrageregeling
10	4. Praktische uitvoerbaarheid in huidige AWBZ
10	4.a. Splitsing van indicatie of van leveringsvorm?
11	4.b. Combinatie van twee natura-aanbieders
12	4.c. Combinatie van natura-aanbieder en pgb
13	4.d. Rol voor CIZ?
15	4.e. Minder uitvoeringslast door splitsing in indicatiebesluit?
19	5. Spelregels en toekomstige adviesconstructie
22	6. Afbakening
22	6.a. Combinatie natura-rgb
23	6.b. Combinatie natura-natura
25	7. Regionale of landelijke uitvoering?
25	7.a. Beoogde situatie
25	7.b. Beschouwingen van het CVZ
28	8. Aandachtspunten
30	9. Consultatie NZa, ZN en CIZ
31	10. Afrondende conclusies

Bijlage(n)

1. Brief van de minister van VWS d.d. 12 april 2010, DLZ/SFI-U-2997999
2. Relevante regelgeving
3. Relevante Uitvoeringsaspecten
4. Deelbaarheid functies ADL-clusters
5. Memo d.d. 26 augustus 2010 van de Werkgroep ADL van de NZa
6. Brief d.d. 27 augustus 2010 van ZN/Zorgkantoren
7. Brief d.d. 16 augustus 2010 van het CIZ

Samenvatting

De bewoners van ADL-clusterwoningen ontvangen op dit moment in en om hun woning zorg op afroep die gesubsidieerd wordt op basis van de paragraaf ADL-assistentie uit de Regeling subsidies AWBZ (paragraaf 2.9). Daarnaast hebben zij de mogelijkheid om voor AWBZ-zorg op afstand van hun woning een pgb te krijgen of zorg in natura van een andere zorgaanbieder dan degene die zorg verleent in de ADL-clusterwoningen.

Einde subsidieparagraaf

Per 1 januari 2012 zal de paragraaf ADL-assistentie vervallen. De ADL-assistentie zal dan verder worden bekostigd als reguliere AWBZ-zorg.

Binnen de AWBZ is het nu niet mogelijk om een bepaalde geïndiceerde zorgvorm deels in de vorm van persoonsgebonden budget (pgb) en deels als naturazorg te krijgen.

Verzoek uitvoeringstoets

In zijn brief van 12 april 2010, DLZ/SFI-U-2997999 (bijlage 1), geeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan het wenselijk te vinden dat de mogelijkheid van deelbaarheid voor ADL-clusterbewoners behouden blijft, omdat hij de overgang naar de AWBZ zonder hinder wil laten plaatsvinden.

Daarom legt de minister het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een aantal uitvoeringsvragen voor over deze wenselijk geachte situatie. Deze betreffen de praktische uitvoerbaarheid in de huidige AWBZ, de spelregels en toekomstige adviesconstructie en de afbakening. Hij verzoekt het CVZ zijn advies, waar nodig, af te stemmen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Afstemming met NZa, ZN, CIZ

Aan het schrijven van deze uitvoeringstoets is overleg met vertegenwoordigers van genoemde organisaties voorafgegaan. Eveneens is hen een conceptversie van dit rapport voor commentaar voorgelegd.

Beoordelingskader

Het CVZ beperkt zich in dit rapport tot uitspraken over de uitvoerbaarheid en gaat bewust niet in op de wenselijkheid van de beleidskeuze om de subsidieparagraaf ADL-assistentie te beëindigen en binnen de reguliere AWBZ deelbaarheid van functies te creëren voor bewoners van een ADL-woning. Het zet de vragen van de minister af tegen de huidige regelgeving en uitvoeringspraktijk. Toekomstige wijzigingen daarin zijn alleen in de beschouwingen meegenomen als nu al duidelijk is dat deze voor 1 januari 2012 zullen worden doorgevoerd.

<i>Deelbaarheid betreft leveringsvorm</i>	Om te beginnen constateert het CVZ dat de vraag over deelbaarheid in feite alleen betrekking heeft op de leveringsvorm en niet op de indicatiestelling. Vervolgens verkent het CVZ wat binnen de huidige AWBZ qua regelgeving en uitvoering de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn om voor een bepaalde hoeveelheid geïndiceerde zorg meerdere leveringsvormen te kiezen.
<i>Toename uitvoeringslast zorgkantoren</i>	De analyse maakt duidelijk dat een keuze voor meerdere leveringsvormen alleen uitvoerbaar is als er aanpassingen in AZR en in de pgb-regeling plaatsvinden. Ook blijkt eruit dat de uitvoeringslast bij zorgkantoren zal toenemen, mede omdat de keuze voor verschillende natura-aanbieders niet is af te grenzen voor alleen de bewoners van een ADL-cluster.
<i>Rol voor CIZ</i>	De wijze waarop de AWBZ-uitvoering is georganiseerd in combinatie met de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen maken het voor de uitvoerbaarheid in de keten van belang dat het CIZ als onafhankelijke partij aangeeft wat de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning is en dit gegeven als “extra informatie” in of bij het indicatiebesluitbericht zichtbaar maakt
<i>Ook toename uitvoeringslast CIZ</i>	Dat maakt ook de uitvoeringslast bij het CIZ groter.
<i>Variant “leveringsvorm”</i>	Omdat de minister van het CVZ vraagt de uitvoerbaarheid te toetsen, heeft het CVZ in dit rapport ook onderzocht of de keuze voor meerdere leveringsvormen binnen de zorgketen eenvoudiger is uit te voeren als het CIZ niet volstaat met het opnemen van “extra informatie” in of bij het indicatiebesluit (in dit rapport verder aangeduid als variant “leveringsvorm”), maar in het indicatiebesluit zelf een splitsing aanbrengt tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten (hierna aangeduid als variant “indicatiebesluit”).
<i>Variant “indicatiebesluit”</i>	Dit onderzoek levert op dat ook voor de variant “indicatiebesluit” aanpassingen in AZR en in de pgb-regeling nodig zijn. Tevens is het noodzakelijk in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ nader invulling te geven aan de mogelijkheid van deelbaarheid van functies voor bewoners van een ADL-cluster.
<i>Per saldo minder uitvoeringslast en meer duidelijkheid</i>	Het CVZ schat in dat de uitvoeringslast voor het CIZ vergeleken met de variant “leveringsvorm” enigszins zal toenemen, maar dat de uitvoering door zorgkantoren eenvoudiger zal worden. Bovendien zal voor verzekerden duidelijker zijn bij wie zij bezwaar en beroep kunnen aantekenen, namelijk bij het CIZ.
<i>Voorkeur voor variant “indicatiebesluit”</i>	Alles overziende denkt het CVZ dat de door de minister gewenste deelbaarheid voor bewoners van een ADL-clusterwoning het best is te realiseren door in de pgb-regeling vast te leggen dat voor bewoners van een ADL-woning persoonlijke verzorging (PV) - en evt. ook verpleging (VP) en

begeleiding (BG) - in en om de woning en buiten de woning als onderscheiden zorgvormen zijn aan te merken. Voor bewoners van een ADL-cluster kan het CIZ dan apart in het indicatiebesluit tot uitdrukking brengen wat de omvang is van de zorg die zij in en om de woning nodig hebben en wat de omvang is van de zorg buiten de woning. Per onderscheiden zorgvorm kan de ADL-clusterbewoner vervolgens een leveringsvorm van voorkeur aangeven.

Ook keuze natura-natura af te bakenen

Met deze aanpassing is tevens te realiseren dat de keuzemogelijkheid voor twee verschillende natura-aanbieders (zonder tussenkomst van een "hoofdaannemer") alleen bestaat voor bewoners van een ADL-cluster, omdat het CIZ alleen voor deze verzekerden een splitsing in het indicatiebesluit aanbrengt.

Afbakening doelgroep

Het CVZ wijst er wel op dat afbakening van de doelgroep ADL-clusterbewoners juridisch alleen eenvoudig is als de keuzemogelijkheid het karakter krijgt van een overgangsregeling. Deze beperkt zich dan tot verzekerden die op het moment van overgang van de gesubsidieerde ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ in een ADL-cluster wonen. Als de minister deelbaarheid als structurele oplossing wil voor verzekerden die in de toekomst gaan wonen in een nu al bestaand cluster of in een nog te bouwen cluster, dan is het gecompliceerd, zo niet onmogelijk, om een formulering te vinden waarmee deze groep goed is af te bakenen van andere groepen die AWBZ-zorg ontvangen.

Toekomstige (advies)constructie

Op dit moment adviseert het CIZ alleen over de omvang van PV in en om de woning. In de variant "leveringsvorm" zal het CIZ als nadere informatie (advies) aan het zorgkantoor in ieder geval ook de omvang van PV buiten de woning aan dienen te geven. In de variant "indicatiebesluit" zal het CIZ in het indicatiebesluit zelf afzonderlijk de omvang van PV in en om de woning en de omvang van PV buiten de woning vermelden.

Criterium voor splitsing

Ook voor VP en BG kan het CIZ de omvang van de benodigde zorg uitsplitsen op basis van het criterium in en om de woning/buiten de woning. De splitsing is niet uitvoerbaar op andere criteria (activiteiten die een bepaalde aanbieder wel of niet uitvoert).

Door splitsing te veel of te weinig zorg

Doordat het CIZ de omvang van de zorg vaststelt in de vorm van een klasse die een bepaalde bandbreedte heeft, is het gevolg van een splitsing van een bepaalde functie wel altijd dat de verzekerde iets te veel of iets te weinig zorg krijgt.

Veel aanpassingen nodig

Welke ingang de minister ook kiest, duidelijk is dat er op verschillende fronten nog de nodige aanpassingen zullen moeten plaatsvinden (pgb-regelgeving, Beleidsregels

Indicatiestelling AWBZ, AZR) om een en ander in de praktijk te kunnen realiseren.

***Tijdig in gang
zetten***

De aanpassingen in AZR zijn duur, zeker in relatie tot de kleine omvang van de groep waarvoor de mogelijkheid gecreëerd zou moeten worden. Bovendien vergt de implementatie van aanpassingen zeker zes maanden, dus een eventuele opdracht tot aanpassing zal de minister tijdig – bij voorkeur voor 1 januari 2011 - moeten geven.

***Geen landelijke
uitvoering***

Het CVZ geeft in dit rapport ook aan dat er naar zijn mening onvoldoende argumenten zijn om bij de overgang van de gesubsidieerde ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ een uitzondering te maken op het principe van regionale uitvoering.

1. Inleiding

Op dit moment krijgen de bewoners van ADL-clusterwoningen in en om hun woning ADL-assistentie op afroep die gesubsidieerd wordt op basis van de paragraaf ADL-assistentie in de Regeling subsidies AWBZ. Daarnaast ontvangen veel ADL-clusterbewoners AWBZ-zorg op afstand van hun woning. Vaak realiseren zij deze zorg door middel van een persoonsgebonden budget (pgb). Soms ontvangen zij deze zorg ook in natura van een andere zorgaanbieder dan degene die zorg verleent in de ADL-clusterwoningen. Per 1 januari 2012 zal de subsidieparagraaf ADL-assistentie vervallen. De ADL-assistentie zal dan verder worden bekostigd als reguliere AWBZ-zorg.

Verzoek uitvoeringstoets

Binnen de AWBZ is het nu niet mogelijk om voor een bepaalde geïndiceerde zorgvorm zowel pgb als naturazorg te kiezen. In zijn brief van 12 april 2010, DLZ/SFI-U-2997999 (bijlage 1), geeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan het wenselijk te vinden dat deze mogelijkheid van deelbaarheid voor ADL-clusterbewoners behouden blijft, omdat hij de overgang naar de AWBZ zonder hinder wil laten plaatsvinden. Daarom legt de minister het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een aantal uitvoeringsvragen voor over deze wenselijk geachte situatie. Deze betreffen de praktische uitvoerbaarheid in de huidige AWBZ, de spelregels en toekomstige adviesconstructie en de afbakening. Hij verzoekt het CVZ zijn advies, waar nodig, af te stemmen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Het CVZ beperkt zich in dit rapport tot uitspraken over de uitvoerbaarheid en gaat bewust niet in op de wenselijkheid van de beleidskeuze om de subsidieparagraaf ADL-assistentie te beëindigen en binnen de reguliere AWBZ deelbaarheid van functies te creëren voor bewoners van een ADL-woning.

Afstemming met NZa, ZN, CIZ

Aan het schrijven van deze uitvoeringstoets is overleg met vertegenwoordigers van de NZa, ZN en het CIZ voorafgegaan. Vervolgens is een conceptversie van dit rapport voor commentaar aan hen voorgelegd.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geeft het CVZ achtergrondinformatie over ADL-assistentie in ADL-clusterwoningen. Hoofdstuk 3 schetst het algemene kader van wet- en regelgeving en de uitvoeringpraktijk waartegen het CVZ de vragen van de minister heeft afgezet.

De specifieke vragen die de minister heeft voorgelegd, neemt het CVZ in de hoofdstukken 4, 5 en 6 onder de loep. Daarbij volgt het CVZ de indeling die de minister in paragraaf 3 van zijn brief heeft gemaakt. Elk onderdeel van deze hoofdstukken mondt uit in conclusies.

Daarna gaat het CVZ in hoofdstuk 7 in op de vraag of regionale of landelijke uitvoering aangewezen is. In hoofdstuk 8 besteedt het CVZ aandacht aan een aantal ontwikkelingen dat mogelijk van invloed is op de overgang van ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ-financiering. Hoofdstuk 9 gaat in op de reacties van ZN, het CIZ en de NZa op het onderhavige rapport. In hoofdstuk 10 vat het CVZ tot slot de conclusies over de uitvoerbaarheid kort samen.

2. Achtergrondinformatie over ADL-assistentie in ADL-clusterwoningen

2.a. Gesubsidieerde ADL-assistentie

Huidige regelgeving

Tot 1 januari 2012 is paragraaf 2.9 van de Regeling subsidies AWBZ van kracht. Hierin is bepaald dat het CVZ een instellingssubsidie kan verstrekken voor het verlenen van ADL-assistentie.

Voorwaarden

Voor een instellingssubsidie komt uitsluitend ADL-assistentie in aanmerking die wordt geleverd aan een verzekerde die is geregistreerd bij het CVZ en die:

- a) een lichamelijke handicap of een somatische aandoening of beperking heeft;
- b) is aangewezen op een rolstoeltoegankelijke woning;
- c) is aangewezen op ten minste vijf uur ADL-assistentie per week;
- d) voldoende sociaal redzaam is om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen;
- e) een indicatiebesluit heeft als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit, waarin rekening is gehouden met het aantal uren ADL-assistentie.

Bij deze registratie baseert het CVZ zich op een schriftelijk indicatie-advies van het CIZ waarin is aangegeven of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden genoemd onder a tot en met d.

Definities

Paragraaf 2.9 kent de volgende definities.

ADL-woning: woning die deel uitmaakt van een aantal bij elkaar horende rolstoeltoegankelijke sociale huurwoningen die tot stand zijn gekomen met behulp van subsidie uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

ADL-assistentie: gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning.

Inhoud ADL-assistentie

In de Toelichting bij paragraaf 2.9 staat dat ADL-assistentie een voorliggende voorziening is die het niet mogelijk maakt in en om de ADL-woning een beroep te doen op persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP) als bedoeld in de AWBZ. Verder zegt de toelichting: "ADL-assistentie betreft onder meer hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen op verzoek en aanwijzing van de ADL-bewoner in en om de ADL-woning, zoals hulp bij eten/drinken (serveren van voedsel op bed en op tafel en hulp bij eten/drinken), verplaatsen, persoonlijke hulp en toilet maken (mondverzorging, haarverzorging, scheren, nagels knippen, kleden, hulp bij baden en toiletbezoek) en verpleegtechnische/medische assistentie (zoals het geven van medicijnen, het aanleggen van verbanden en spalken, huidverzorging bij decubitus, aan- en uitdoen van een

prothese en het aanleggen van een draagurinaal).”

Alléén PV in en om de woning voorliggend

Bij de adviserende werkzaamheden voor het CVZ ging het CIZ er aanvankelijk van uit dat alle PV en alle VP in en om de woning tot de ADL-assistentie behoren en dus een voorliggende voorziening zijn (conform de toelichting op de regeling). Bezwaren van bewoners¹ hebben er uiteindelijk toe geleid dat de minister van VWS het CIZ in een brief van 17 april 2009 opdracht heeft gegeven uitsluitend PV in en om de woning als voorliggende voorziening aan te merken. Hiermee wordt dus tot 1 januari 2012 gesanctioneerd dat er sprake kan zijn van een dubbele verstrekking van de functie VP, omdat onder de gesubsidieerde ADL-assistentie ook enige verpleegkundige handelingen vallen.

Voordat VWS het CIZ deze gewijzigde opdracht gaf, is eerst verkend of het CIZ wellicht zou kunnen aangeven dat bepaalde VP-handelingen in en om de woning wel een voorliggende voorziening zijn en andere niet. Het CIZ heeft daarbij aangegeven dat dat niet uitvoerbaar is.

3 gesubsidieerde zorgaanbieders

Op dit moment ontvangen de Stichting Fokus uit Groningen, de Osira Groep uit Amsterdam en de Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ) uit Wassenaar een instellingssubsidie van het CVZ.

Ca. 95 clusters

Stichting Fokus verleent hulp in ADL-woningen op ca. 92 locaties (zgn. ADL-clusters) verspreid over heel Nederland. Osira Groep levert assistentie in 2 clusters, allebei gelegen in Amsterdam, en SWZ Groep in 1 cluster in Wassenaar.

Ca. 1350 bewoners

In de clusters waar de hiervoor genoemde zorgaanbieders werkzaam zijn, wonen in totaal ca. 1350 personen die ADL-assistentie ontvangen. Hiervan zijn er ca. 1300 klant van Stichting Fokus.

Alarmopvolging

De aanbieder van ADL-assistentie is gedurende het hele etmaal aanwezig in de ADL-eenheid die op korte afstand van de ADL-woningen is gelegen. Alle woningen zijn via een alarmintercomsysteem verbonden met deze eenheid.

Koppeling woning-zorgaanbieder

Bewoners van een ADL-cluster hebben met het aanvaarden van de ADL-woning gekozen voor het afnemen van ADL-assistentie van de zorgaanbieder die in de ADL-eenheid aanwezig is. Deze aanbieder heeft daartoe een overeenkomst gesloten met de verhuurder van de woningen.

¹ Aanbieders van ADL-assistentie voeren op dit moment niet alle VP-activiteiten in en om de woning uit. Cliënten vonden dat de nieuwe wijze van indiceren hen te afhankelijk maakte van de zorgaanbieder in het cluster.

Combinatie ADL-assistentie en AWBZ-zorg

Op dit moment ontvangen veel ADL-bewoners AWBZ-zorg op afstand van de ADL-woning in aanvulling op de voorliggende gesubsidieerde zorg in en om de ADL-woning. Voor deze zorg kunnen de bewoners als leveringsvorm kiezen voor een pgb. Ook kunnen zij de zorg afnemen van een andere zorgaanbieder dan degene die in het cluster werkzaam is.

Geen rol Zorgkantoren

Het CVZ voert de subsidieparagraaf ADL-assistentie in ADL-clusters centraal uit. Regionale zorgkantoren spelen daar geen rol in.

2.b. Overgang naar AWBZ

Bekostiging als reguliere AWBZ-zorg

De nu geldende subsidieparagraaf vervalt per 1 januari 2012. Op dat moment zal de ADL-assistentie bekostigd worden als reguliere AWBZ-zorg. De periode tot 2012 wordt benut om de overgang naar de AWBZ op zorgvuldige wijze te laten verlopen.

Herindicatie

Eén van de acties die met het oog op de overheveling in gang zijn gezet, is de herindicatie van de zittende bewoners van ADL-clusters. Het CIZ brengt in kaart wat de omvang is van de benodigde PV en VP per 1 januari 2012. In een bijlage bij het indicatiebesluit geeft het CIZ aan wat op die datum de omvang zal zijn van PV in en om de woning.

Ook BG en activiteiten die geen AWBZ-zorg zijn

Lopende het herindicatietraject is gebleken dat onder ADL-assistentie ook een aantal activiteiten vallen die op dit moment als begeleiding (BG) kunnen worden geïndiceerd. Tevens is zichtbaar geworden dat ADL-assistentie ook activiteiten omvat die niet als AWBZ-zorg zijn aan te merken, maar bijvoorbeeld zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) betreffen of als activiteiten zijn te bestempelen die onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) vallen.

3. Wet- en regelgeving en uitvoeringspraktijk

In dit hoofdstuk schetst het CVZ eerst kort de relevante AWBZ wet- en regelgeving en de uitvoeringspraktijk waartegen het CVZ de uitvoeringsvragen heeft afgezet. Conform de vraagstelling van de minister baseert het CVZ zich daarbij op de huidige situatie. Met toekomstige wijzigingen in de regelgeving en uitvoeringssystematiek is alleen rekening gehouden als nu al duidelijk is dat deze voor 1 januari 2012 zullen worden doorgevoerd.

3.a. Wet- en regelgeving

Relevant zijn het Besluit zorgaanpak AWBZ (Bza), het Zorgindicatiebesluit (Zib), paragraaf 2.6 Persoonsgebonden budget uit de Regeling subsidies AWBZ (pgb-regeling) en de toelichtingen op deze regelgeving.

Bza

Het Bza geeft in artikel 2, lid 1, een opsomming van de zorgvormen waar een verzekerde aanspraak op kan maken. In artikel 2, lid 2, is opgenomen dat de aanspraak op zorg slechts bestaat voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Bewoners van een ADL-clusterwoning hebben vooral te maken met de resp. in de artikelen 4, 5 en 6 Bza opgenomen zorgvormen PV, VP en BG. Deze zorgvormen zijn in functiegerichte termen omschreven en worden ook functies genoemd.

Zib

Of een verzekerde op AWBZ-zorg is aangewezen, bepaalt het CIZ. In het Zib zijn de regels met betrekking tot het werkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen opgenomen.

In artikel 13, eerste lid, van het Zib staat wat er in het indicatiebesluit moet worden aangegeven:

- a) De vorm van zorg of vormen van zorg, bedoeld in artikel 2 Bza, waarop de zorgvrager is aangewezen;
- b) De hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm dan wel, indien de verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit, de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen tezamen;
- c) De aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen.

Pgb-regeling

Uit de pgb-regeling zijn artikel 2.6.9, lid 1, onder g, en artikel 2.6.9, lid 6, van belang.

Artikel 2.6.9.

1. Bij de verlening van het netto persoonsgebonden budget worden de verzekerde de volgende verplichtingen opgelegd:

()

g. de verzekerde brengt gedurende de subsidieperiode voor de vormen van zorg waarvoor het budget is verleend niet tevens een AWBZ-aanspraak tot gelding;

()

6. Voor de toepassing van het eerste lid, onderdeel g, worden begeleiding in uren en begeleiding in dagdelen aangemerkt als onderscheiden vormen van zorg.

Meer informatie over de van belang zijnde artikelen en de toelichting daarop is opgenomen in bijlage 2.

3.b. Uitvoeringspraktijk

Regionale uitvoering

Zorgverzekeraars hebben via mandaat- en volmachtovereenkomsten hun bevoegdheid om de AWBZ uit te voeren vrijwel volledig overgedragen aan regionale zorgkantoren. Regionale zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor verzekerden die woonachtig zijn in de voor het zorgkantoor aangewezen regio.

Zorgkantoren moeten ervoor zorgen dat verzekerden in hun regio de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen. Een aantal belangrijke aspecten van de uitvoeringspraktijk in het kader van deze uitvoeringstoets zijn:

- de zorginkoop;
- de uitwisseling van gegevens via de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR);
- de uitvoering van de pgb-regeling;
- de uitvoering van de eigen bijdrageregeling.

In 3.b.1. tot en met 3.b.4. wordt hier kort op ingegaan. Nadere informatie is te vinden in bijlage 3.

3.b.1. De zorginkoop

Het contracteren van AWBZ-zorg is formeel een bevoegdheid van zorgverzekeraars. Via een mandaat- en volmachtverleningsovereenkomst hebben zorgverzekeraars deze bevoegdheid overgedragen aan regionale zorgkantoren.

Regionale zorginkoop uitgangspunt

De nu geldende mandaat- en volmachtverleningsovereenkomst gaat uit van regionale uitvoering. Dat betekent dat de bevoegdheid van een zorgkantoor zich beperkt tot contracteren van zorg voor verzekerden in de aangewezen regio.

Bovenregionale zorginkoop: vooral aanbodgericht

Er zijn landelijk werkende zorgaanbieders die van oudsher productieafspraken maken met één zorgkantoor voor alle zorgkantoorregio's waar de zorgaanbieder actief is (bovenregionaal contracteren). Dan is niet de woonplaats van

de verzekerde, maar de hoofdvestigingsplaats van de zorgaanbieder bepalend voor de zorginkoop.

Omdat er bij bovenregionaal contracteren sprake is van een ongelijk speelveld voor de zorgaanbieder heeft de NZa in 2009 beleid uitgezet om te streven naar regionale zorginkoop. Door het uitzicht op uitvoering van de AWBZ door verzekeraars voor eigen verzekerden werd regionale zorginkoop een minder relevant onderwerp. De NZa heeft echter aangegeven dat genoemd streven niet is losgelaten en weer actueel is nu de beslissing over de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars is uitgesteld.

Ook de zorgkantoren geven aan dat zij regionale zorginkoop het meest wenselijk vinden en deze lijn nog steeds als uitgangspunt nemen.

3.b.2. AZR

Release 2.2 en 3.0

Momenteel maken alle ketenpartners - CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) - gebruik van AZR release 2.2. Volgens de huidige planning moeten de ketenpartners AZR release 3.0 op 1 april 2011 geïmplementeerd hebben.

Twee berichten zijn in het kader van de uitvoeringstoets (deelbaarheid van functies) van belang, namelijk het indicatiebesluitbericht en het zorgtoewijzingsbericht. In bijlage 3 is nader uitgewerkt waaraan deze berichten moeten voldoen om via AZR verzonden te kunnen worden.

Bovenregionaal berichtenverkeer

Omdat de AWBZ regionaal wordt uitgevoerd, stuurt het indicatieorgaan het indicatiebesluitbericht naar het zorgkantoor van de woonplaats van de verzekerde. Het regionale zorgkantoor is vervolgens verantwoordelijk voor zowel de zorgtoewijzing als de intrekking van de zorgtoewijzing.

Als een verzekerde zorg wil ontvangen van een zorgaanbieder die gevestigd is in een andere regio en die niet door het regionale zorgkantoor is gecontracteerd, stuurt het regionale zorgkantoor een bovenregionaal toewijzingsbericht naar het zorgkantoor dat wel een contract heeft met die zorgaanbieder. Dat (bovenregionale) zorgkantoor moet een zorgtoewijzing ongewijzigd doorsturen naar de zorgaanbieder (de voorkeuraanbieder van de verzekerde).

Uiteraard dient er in een dergelijk situatie sprake te zijn van overheveling van budget.

3.b.3. Uitvoering pgb-regeling

Pgb regionaal uitgevoerd

De pgb-regeling is een subsidieregeling die door zorgkantoren wordt uitgevoerd voor verzekerden die woonachtig zijn in de regio van het zorgkantoor.

In het indicatiebesluitbericht dat het CIZ via AZR verstuurt naar het zorgkantoor in de regio van de verzekerde, is opgenomen dat een verzekerde voor een bepaalde functie een pgb wil. Dit bericht leidt ertoe dat het zorgkantoor overgaat tot het verlenen van een pgb aan de verzekerde.

3.b.4. Uitvoering eigen bijdrageregeling

Voor VP, PV en BG is een verzekerde van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage (EB) verschuldigd. De eigen bijdrageregeling kent een inkomensafhankelijk maximum.

CAK bij natura

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) stelt de eigen bijdrage voor zorg in natura vast op basis van de geleverde zorg aan die verzekerde.

De zorgaanbieder van de verzekerde stuurt de gegevens van de geleverde zorg op persoonsniveau naar het CAK.

Zorgkantoor bij pgb

Het zorgkantoor stelt voor de verzekerden van de eigen regio de eigen bijdrage voor een pgb vast.

Maximum EB

De totale eigen bijdrage van de verzekerde is niet hoger dan de maximale eigen bijdrage van de betreffende verzekerde.

4. Praktische uitvoerbaarheid in huidige AWBZ

De minister geeft aan dat in de huidige AWBZ een splitsing van leveringsvorm binnen een geïndiceerde aanspraak alleen gangbaar is voor zover de functie in verschillende eenheden wordt geïndiceerd: uren of dagdelen. Een verzekerde kiest per geïndiceerde functie een leveringsvorm van voorkeur: natura of pgb. Een combinatie is niet mogelijk.

De vraag aan het CVZ is of deelbaarheid binnen een indicatie in de huidige AWBZ momenteel uitvoerbaar is en om daarbij in het antwoord in te gaan op twee mogelijkheden van deelbaarheid:

- a) de combinatie van twee natura-aanbieders en
- b) de combinatie van een natura-aanbieder en pgb.

Tevens vraagt de minister in te gaan op aspecten rondom gegevensuitwisseling en uitvoering van eigen bijdragen.

Alle genoemde aspecten komen hierna uitvoerig aan de orde, met uitzondering van de uitvoering van de eigen bijdragen. Bij de eigen bijdrageregeling speelt alleen de omvang van de geleverde zorg een rol. Of er bij een bepaalde verzekerde sprake is van meerdere natura-aanbieders of van de combinatie zorg in natura en pgb heeft geen gevolgen voor de bepaling van de eigen bijdrage. Dit aspect van de uitvoeringspraktijk komt daarom in dit rapport niet meer aan de orde.

4.a. Splitsing van indicatie of van leveringsvorm?

Verskillende omschrijvingen

Het CVZ constateert dat de problematiek waarvoor de minister een oplossing zoekt in de brief op verschillende manieren wordt omschreven. De brief heeft het zowel over "deelbaarheid binnen een AWBZ-indicatie" als over "splitsing van leveringsvorm binnen een aanspraak".

Naar de mening van het CVZ heeft de vraag over mogelijke deelbaarheid of splitsing die nu voorligt in feite alleen te maken met de wens om voor zorg buiten de woning een andere leveringsvorm (in de zin van: een andere natura-zorgaanbieder of een pgb) te kunnen kiezen dan voor zorg in en om de woning. De vraag heeft geen betrekking op de aard en inhoud van de zorgvorm. De zorg die buiten de woning nodig is, verschilt qua aard en inhoud niet van de zorg in en om de woning.

De leveringsvorm die een verzekerde voor zijn aanspraak kiest (natura of pgb) maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit en is in de huidige uitvoeringspraktijk niets anders dan een advies van het CIZ aan het zorgkantoor om een bepaalde zorgvorm toe te wijzen als natura-zorg of pgb. Het CIZ vraagt de voorkeur van de verzekerde voor de leveringsvorm op, als extra informatie ten behoeve van het

zorgkantoor. Het zorgkantoor regelt vervolgens de zorgtoewijzing. Een verzekerde kan te allen tijde op de eerder uitgesproken voorkeur terugkomen, zonder dat het indicatiebesluit daarvoor hoeft te worden aangepast.

Primaire benaderingswijze: leveringsvorm

Het CVZ benadert de vraagstelling van de minister daarom in eerste instantie vanuit de optiek van de leveringsvorm. De vraag is dan:
Kan een verzekerde met een indicatie voor een bepaalde functie kiezen voor meerdere natura-aanbieders of voor de combinatie natura-pgb?

In 4.b. en 4.c. geeft het CVZ een oordeel over de uitvoerbaarheid van de verschillende combinaties van leveringsvormen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen regelgeving en uitvoeringaspecten. In 4.d. besteedt het CVZ vervolgens aandacht aan de vraag wie bepaalt wat de omvang is van de verschillende leveringsvormen.

Variant "leveringsvorm"

Omdat de minister van het CVZ een uitvoeringstoets vraagt, heeft het CVZ echter ook verkend of de keuze voor meerdere leveringsvormen binnen de zorgketen eenvoudiger uit te voeren is als het CIZ niet volstaat met het opnemen van "extra informatie" in of bij het indicatiebesluit (in dit rapport verder aangeduid als variant "leveringsvorm"), maar in het indicatiebesluit zelf een splitsing aanbrengt tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten (hierna aangeduid als variant "indicatiebesluit"). In 4.e. gaat het CVZ daar nader op in.

Variant "indicatiebesluit"

4.b. Combinatie van twee natura-aanbieders

Regelgeving

Op basis van de analyse van de relevante regelgeving, opgenomen onder 3.a., komt het CVZ tot de conclusie dat het Bza en het Zib een verzekerde de mogelijkheid bieden om voor een bepaalde geïndiceerde functie te kiezen voor twee verschillende natura-aanbieders. De sturingsvisie achter de gemoderniseerde AWBZ is dat de verzekerde centraal staat en dat hij zelf beslist of hij zich voor het verkrijgen van de zorg waarvoor hij geïndiceerd is, tot één of meer zorgaanbieders wendt.

Een splitsing in het indicatiebesluit is hiervoor niet nodig. Een verzekerde kan nu al bij het zorgkantoor aangeven dat hij voor een bepaalde (ongedeelde) functie meerdere natura-aanbieders wil.

Uitvoering

In AZR 2.2 kan het zorgkantoor de ongedeelde functie aan meerdere natura-aanbieders toewijzen. Het zorgkantoor is daarbij verantwoordelijk voor het delen van de functie over meer dan één aanbieder en voor het vaststellen dat een verzekerde de volledige zorg ontvangt waar hij recht op heeft.

Uit overleg met vertegenwoordigers van zorgkantoren is echter gebleken dat de mogelijkheid die AZR 2.2 nu biedt in de praktijk niet meer wordt toegepast. Redenen hiervoor zijn: terugdringen van administratieve lasten en vereenvoudiging van de uitvoering bij zorgkantoren. Een zorgkantoor wijst een functie altijd toe aan één aanbieder (de hoofdaannemer), die vervolgens in overleg met de verzekerde voor een deel van de functie een onderaannemer inschakelt. Nadeel voor de verzekerde is in deze situatie dat hij (min of meer) afhankelijk is van de (bereidwilligheid van de) hoofdaannemer om de zorg waarop hij is aangewezen gerealiseerd te krijgen zoals hij wenst.

Release 3.0 van AZR, waar vanaf 1 april 2011 mee zal worden gewerkt, sluit aan bij de huidige uitvoeringspraktijk en ondersteunt niet langer de mogelijkheid om een functie toe te wijzen aan meerdere aanbieders (zie ook bijlage 3).

Conclusie

Voor een verzekerde die voor een bepaalde functie zorg in natura van meerdere aanbieders wil, bevatten zowel het Bza, het Zib als AZR 2.2 op dit moment geen belemmeringen.

De praktijk van zorgtoewijzing is op dit moment echter al conform wat in AZR 3.0 straks de standaard wordt. In AZR 3.0 kan een functie nog maar aan één zorgaanbieder worden toegewezen. De verzekerde is dan vervolgens afhankelijk van de hoofdaannemer van zorg.

Wil er per 1 januari 2012 voor een bepaalde functie een toewijzing aan meerdere natura-aanbieders kunnen plaatsvinden, dan zal in AZR weer de mogelijkheid gecreëerd moeten worden voor toewijzing aan meerdere aanbieders. Deze oplossing geldt dan wel voor alle AWBZ-verzekerden en maakt de uitvoering door zorgkantoren gecompliceerd.

Omdat de implementatie van evt. aanpassingen in het AZR-systeem zeker zes maanden vergt, zal de minister tijdig – bij voorkeur voor 1 januari 2011 - opdracht tot aanpassing moeten geven.

4.c. Combinatie van natura-aanbieder en pgb

Regelgeving

Op basis van de analyse van de relevante regelgeving, opgenomen onder 3.a., komt het CVZ tot de conclusie dat het Bza en het Zib een verzekerde ook niet belemmeren om voor één en dezelfde geïndiceerde functie te kiezen voor zowel een natura-aanbieder als een pgb.

Maar er zit wel een belemmering in de pgb-regeling. In artikel 2.6.9, lid 1, onder g, van de pgb-regeling is immers bepaald dat de verzekerde voor de vormen van zorg waarvoor het budget is verleend, niet tevens een AWBZ-aanspraak tot

gelding kan brengen. Gezien deze bepaling kan een verzekerde op dit moment per geïndiceerde functie dus maar één leveringsvorm aangeven.

Uitzondering hierop is BG in uren en BG in dagdelen. In artikel 2.6.9, lid 6, is bepaald dat begeleiding in uren en begeleiding in dagdelen worden aangemerkt als onderscheiden vormen van zorg. Het CIZ indiceert apart voor deze zorgvormen, waarna de verzekerde per onderdeel een leveringsvorm van voorkeur kan aangeven.

Om bewoners van ADL-clusters binnen de functies PV, VP en BG in uren/klassen de mogelijkheid te bieden om als leveringsvorm zowel natura als pgb te kiezen, zal de minister de pgb-regeling dus moeten aanpassen. Daarbij zijn verschillende mogelijkheden denkbaar:

- a. schrappen van artikel 2.6.9, lid 1, onder g. Daardoor vervalt de belemmering voor de combinatie natura- pgb voor een bepaalde functie. Dit heeft wel als consequentie dat alle verzekerden vervolgens een keuze kunnen maken voor deze combinatie;
- b. handhaven van artikel 2.6.9, lid 1, onder g, maar regelen dat deze bepaling niet geldt voor verzekerden die in een ADL-cluster wonen. Op de vraag of afbakening van deze groep technisch mogelijk is, gaat het CVZ hierna in hoofdstuk 6 nader in.

Groot nadeel van de eerste mogelijkheid is dat deze de uitvoering door zorgkantoren erg gecompliceerd maakt. Om die redenen vindt het CVZ deze optie niet wenselijk.

Uitvoering

AZR bevat ook geen mogelijkheid voor zorgkantoren om een bepaalde functie zowel aan een natura-zorgaanbieder als aan pgb toe te wijzen.

Conclusie

Voor een verzekerde die voor een bepaalde functie als leveringsvorm zowel zorg in natura als pgb wil, bevatten het Bza en het Zib op dit moment geen belemmeringen, maar de pgb-regeling en AZR wel.

Wil er per 1 januari 2012 voor een bepaalde functie zowel een toewijzing van natura-zorg als een pgb-verlening kunnen plaatsvinden, dan dient in elk geval de pgb-regeling te worden aangepast.

Om de combinatie in de keten vervolgens uitvoerbaar te maken, zullen in AZR mogelijkheden gecreëerd moeten worden om binnen een toewijzingsbericht voor één functie meerdere leveringsvormen (natura en pgb) te onderscheiden.

4.d. Rol voor CIZ?

Bij de zorgverlening aan bewoners van een ADL-cluster doet zich de situatie voor dat de zorgaanbieder 7x24 uur op afroep beschikbaar is voor de ADL-assistentie in en om de woning.

Combinatie wonen en zorg

Om de zorg in en om een cluster exploitabel te kunnen houden, dienen de bewoners van een cluster alle ADL-assistentie in en om de woning ook daadwerkelijk in natura af te nemen van de in het cluster aanwezige zorgaanbieder. Met het aanvaarden van een woning in het cluster hebben de bewoners zich daartoe verbonden.

Strikt genomen draagt de verzekerde dus zelf de verantwoordelijkheid voor een juiste splitsing van zijn zorg over meerdere zorgaanbieders en voor een juiste splitsing over natura en pgb. Hij zou die wens zelf aan het zorgkantoor kunnen doorgeven, dat de zorg vervolgens in de gewenste vorm levert.

Berichtenverkeer via AZR

In de AWBZ-uitvoering verloopt echter alles via het berichtenverkeer in AZR. Voor de uitvoering door het zorgkantoor is het dus van belang dat het CIZ de wens van de verzekerde in het indicatiebesluitbericht zichtbaar maakt.

CIZ bepaalt omvang

Omdat het zorgkantoor niet kan controleren of de verzekerde een juiste splitsing maakt en het voortbestaan van de natura-zorg in en om de ADL-clusterwoningen daar wel van afhankelijk is, vindt het CVZ dat de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen maakt dat het CIZ niet kan volstaan met het doorgeven van de wens van de verzekerde, maar als onafhankelijke partij moet aangeven wat de omvang is van de zorg in en om de woning en daarbuiten.

Het CIZ kan als “nadere informatie” bij het indicatiebesluit aangeven wat de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning is. Daarmee is duidelijk voor welk gedeelte de verzekerde een vrije keuze van zorgaanbieder of pgb heeft en voor welk gedeelte hij is aangewezen op de zorgaanbieder in het cluster. Dit maakt een en ander goed uitvoerbaar voor het zorgkantoor.

Toename uitvoeringslast

Omdat een verzekerde voor zorg buiten de woning op elk moment de keuze moet kunnen maken voor een andere natura-aanbieder of pgb, zonder dat hij daarvoor een herindicatie hoeft te vragen, moet de “nadere informatie” in alle gevallen bij het indicatiebesluit worden gevoegd, los van de vraag of de verzekerde die uitsplitsing vraagt. Omdat het CIZ nu alleen een oordeel over PV in en om de woning geeft, betekent dit een toename van de uitvoeringslasten bij het CIZ.

De splitsing van leveringsvorm betekent ook een verhoogde uitvoeringslast voor zorgkantoren. Als een verzekerde het niet eens is met de omvang van de zorg buiten de woning, kan hij daarover geen bezwaar aantekenen bij het CIZ, maar moet hij bezwaar maken tegen de zorgtoewijzing of de pgb-verlening door het zorgkantoor.

Conclusie

De wijze waarop de AWBZ-uitvoering is georganiseerd in combinatie met de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen maken het van belang dat het CIZ als extra informatie bij het indicatiebesluit aangeeft wat de omvang van de zorg in en om de woning en van de zorg buiten de woning is.

Invoering van de keuzemogelijkheid betekent zowel voor het CIZ als voor zorgkantoren dat de uitvoeringslast toeneemt.

4.e. Minder uitvoeringslast door splitsing in indicatiebesluit?

Zoals in de vorige paragrafen is aangegeven is het mogelijk om te regelen dat bewoners van een ADL-woning zowel voor de combinatie natura-natura als voor de combinatie natura-pgb kunnen kiezen. Omdat het alleen om de leveringsvorm gaat, hoeft daarvoor in principe niet meer te gebeuren dan: aanpassing van de pgb-regeling zoals hiervoor aangegeven en aanpassing van AZR.

Het is niet noodzakelijk een splitsing aan te brengen in het indicatiebesluit. Volstaan kan worden met nadere informatie in of bij het indicatiebesluit, waaruit de omvang van de zorg in en buiten de woning blijkt.

De in 4.b. en 4.c. aangegeven mogelijkheden tot aanpassing betekenen echter een toename van de uitvoeringslast, zowel voor het CIZ als de zorgkantoren. Omdat de splitsing tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten geen onderdeel van het indicatiebesluit uitmaakt, is bovendien voor de verzekerde niet helder waar hij bezwaar kan maken als hij het niet eens is met de aangebrachte splitsing. Deze onduidelijkheid kan ook weer extra werklust opleveren bij de uitvoering.

Alternatief?

Het CVZ heeft daarom gezien of het kunnen kiezen voor twee leveringsvormen duidelijker en daardoor beter uitvoerbaar wordt binnen de keten als het CIZ de hoeveelheid zorg in en om de woning en buiten de woning wel als aparte onderdelen in het indicatiebesluit tot uiting brengt.

Regelgeving

Allereerst heeft het CVZ onderzocht of de regelgeving het toelaat dat een dergelijke splitsing binnen een functie in het indicatiebesluit wordt opgenomen.

Naar de mening van het CVZ vormen noch het Bza, noch het Zib een belemmering om de indicaties voor de functies PV, VP en BG in uren/klassen te splitsen in een gedeelte zorg in en om de woning en een gedeelte zorg buiten de woning.

Op dit moment vindt splitsen ook al plaats bij de functie BG. Hier wordt, binnen eenzelfde functie, onderscheid gemaakt tussen BG individueel (in uren) en BG groep (in dagdelen). Dat dit kan, is niet rechtstreeks in het Bza verankerd, maar af te

leiden uit de toelichting op het Bza en verder uit artikel 10 Bza dat het vervoer bij begeleiding in dagdelen regelt.

Het onderscheid tussen beide zorgvormen is nader uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ.

Bij de splitsing tussen zorg in en om de woning en zorg buiten de woning gaat het om een vergelijkbaar onderscheid.

Aanpassing pgb-regeling

Om de keuze voor pgb mogelijk te maken zal wel een aanpassing in de pgb-regeling moeten worden aangebracht. Artikel 2.6.9, lid 1, onder g, kan ongewijzigd blijven, maar geregeld zal moeten worden dat voor verzekerden die in een ADL-cluster wonen PV, VP en BG in uren in en om de woning en buiten de woning als onderscheiden vormen van zorg worden aangemerkt. Daaraan kan dan gekoppeld worden dat een verzekerde alleen een pgb kan kiezen voor zorg buiten de woning.

Splitsing in indicatiebesluit

Een aanpassing van de pgb-regeling zoals hier bedoeld maakt dat het CIZ in het indicatiebesluit een splitsing moet aanbrengen tussen zorg in en om de woning en daarbuiten, waarna de verzekerde voor zorg buiten de woning de leveringsvorm pgb kan aangeven.

Aanpassing Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ

Uiteraard kan het zijn dat de ADL-bewoner de zorg buiten de woning als zorg in natura wil ontvangen. Om een en ander goed te borgen vindt het CVZ een aanpassing van de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ dan ook noodzakelijk, bijvoorbeeld in de vorm van een subparagraaf over indicatiestelling voor bewoners van een ADL-cluster. (Zie ook de als bijlage 5 bijgevoegde notitie "Deelbaarheid functies ADL-clusters").

Variant "indicatiebesluit"

Wat betekent de variant "indicatiebesluit" voor de uitvoeringspraktijk?

CIZ

Naar de mening van het CVZ zal deze variant, vergeleken met de in de vorige paragrafen beschreven variant "leveringsvorm" waarin het CIZ alleen nadere informatie levert over de omvang van de zorg, tot een verzwaring van de uitvoeringslast bij het CIZ leiden. Als het CIZ de splitsing in het besluit opneemt, kan een verzekerde daartegen bezwaar en beroep instellen, wat extra werk met zich meebrengt. Omdat de doelgroep soms meer of minder aan huis gebonden is, waardoor de zorgvraag varieert, zal mogelijk ook het aantal verzoeken tot herindicatie toenemen.

Gezien de betrekkelijk geringe omvang van de doelgroep die voor splitsing in aanmerking komt, lijkt de uitvoeringslast bij het CIZ echter niet extreem toe te nemen.

Zorgkantoor

Daar staat tegenover dat de uitvoeringslast bij zorgkantoren geringer zal zijn dan bij de variant “leveringsvorm, waarin de splitsing geen onderdeel is van het indicatiebesluit.

Omdat naturazorg en pgb op basis van verschillende regelingen worden gefinancierd, vindt de uitvoering bij zorgkantoren op verschillende afdelingen plaats. In de huidige situatie vormt het indicatiebesluitbericht van het CIZ steeds het startpunt voor de verdere uitvoering door zorgkantoren.

Als het indicatiebesluit een splitsing maakt tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten, kan een verzekerde per gedeelde functie een leveringsvorm kiezen. Afhankelijk van de gemaakte keuze komt het indicatiebesluitbericht via AZR bij de pgb-afdeling of de zorgtoewijzingsafdeling van het zorgkantoor terecht, waar het besluit conform de door de verzekerde gemaakte keuze wordt uitgevoerd. Deze variant sluit aan op de gevestigde uitvoeringspraktijk en brengt daardoor minder uitvoeringsrisico's met zich mee voor zorgkantoren.

AZR

Duidelijk is dat er ook in deze situatie aanpassingen in AZR zullen moeten worden aangebracht om communicatie over de gesplitste indicatiebesluitberichten en zorgtoewijzingsberichten voor ADL-clusterbewoners mogelijk te maken.

Daar staat echter tegenover dat de aanpassingen die in AZR nodig zouden zijn om bij de variant “leveringsvorm” mogelijk te maken dat het zorgkantoor een toewijzing doet aan twee zorgaanbieders of deels naturazorg toewijst en deels een pgb-verlening doet, achterwege kunnen blijven. In de praktijk blijft het daardoor onmogelijk voor andere verzekerden om meerdere leveringsvormen per functie toegewezen te krijgen. Ook daardoor blijft de uitvoeringslast bij zorgkantoren beperkt.

Verzekerde

Voor de verzekerde maakt het indicatiebesluit duidelijk hoeveel zorg hij geacht wordt af te nemen van de zorgaanbieder in het ADL-cluster en hoeveel zorg hij op een andere manier kan regelen. Duidelijk is ook bij welke instantie hij terecht kan als hij het niet eens is met de verdeling.

Conclusie

Het Bza en het Zib bevatten geen belemmeringen om in het indicatiebesluit een splitsing aan te brengen tussen zorg in en om de woning en buiten de woning. Als deze zorgvormen als onderscheiden zorgvormen worden aangemerkt in de pgb-regeling, kan het CIZ daarvoor indicaties afgeven. Deze variant is het minst belastend voor de uitvoering binnen de keten en geeft de meeste mogelijkheden om de keuze voor verschillende leveringsvormen alleen open te stellen voor bewoners van een ADL-clusterwoning.

Wel zal AZR aan deze situatie moeten worden aangepast, maar ook bij de andere varianten is niet te ontkomen aan aanpassing hiervan.

Tevens is het noodzakelijk in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ nader invulling te geven aan de mogelijkheid van deelbaarheid voor bewoners van een ADL-clusterwoning.

5. Spelregels en toekomstige adviesconstructie

In een situatie waarin verzekerden kunnen kiezen voor twee leveringsvormen zijn volgens de minister heldere spelregels nodig. Verantwoordelijkheden van de verzekerde, het zorgkantoor en de zorgaanbieder(s) moeten daarbij duidelijk zijn. De minister geeft aan dat in een recent overleg met de Cliëntenraad van Fokus is geopperd om de keuze te laten bij de verzekerde. Dat betekent dat het zorgkantoor een splitsing kan doorvoeren op verzoek van de verzekerde. Andere mogelijkheden zijn om ook het CIZ en de naturazorgaanbieder hierbij een rol te geven.

De minister verzoekt te adviseren over de werkbaarheid van een splitsing en vraagt tevens een oordeel over eventuele voortzetting van de CIZ-adviezen over persoonlijke verzorging in en om de woning.

Rol voor CIZ

Zoals in paragraaf 4 is beargumenteerd vindt het CVZ het in verband met de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ en de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen van belang dat het CIZ aangeeft wat de omvang is van de zorg die de verzekerde nodig heeft in en om de woning en daarbuiten en dat de verantwoordelijkheid voor de splitsing niet wordt overgelaten aan de verzekerde.

Afhankelijk van de benaderingswijze waarvoor wordt gekozen (variant "leveringsvorm" of variant "indicatiebesluit") zal het oordeel van het CIZ als "nadere informatie ten behoeve van het zorgkantoor" in of bij het indicatiebesluit moeten worden opgenomen of echt als onderdeel van het besluit tot uitdrukking moeten komen.

Advies of onderdeel van besluit

In het eerste geval heeft het oordeel van het CIZ dan de vorm van een advies aan het zorgkantoor. Op basis daarvan kan het zorgkantoor de omvang van de verschillende leveringsvormen vaststellen.

In het tweede geval maakt het CIZ de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning apart zichtbaar als onderdeel van het besluit. De verzekerde kiest per onderdeel een leveringsvorm en het zorgkantoor zorgt dat de verzekerde zijn zorg conform zijn keuze krijgt.

Voortzetting huidige Adviesbijlage?

Als de splitsing wel in het besluit tot uitdrukking komt, is de Adviesbijlage die het CIZ nu in het herindicatietraject gebruikt overbodig. Maar als de splitsing niet in het besluit tot uitdrukking komt en het CIZ alleen een advies aan het zorgkantoor geeft, zal het CIZ niet kunnen volstaan met de informatie in de huidige Adviesbijlage. Deze brengt namelijk alleen de omvang van de PV in en om de woning in beeld. Als het de bedoeling is bewoners van een ADL-clusterwoning in de toekomst keuzevrijheid te geven voor het regelen van hun PV buiten de woning, zal het CIZ-advies in ieder geval ook moeten

aangeven wat daarvan de omvang is.

Omvang PV in en om de woning bekend

Voor de huidige bewoners die onlangs zijn geherindiceerd kan het CIZ op basis van het dossier vrij eenvoudig achterhalen wat de omvang van de zorg buiten de woning is. Bij de variant "indicatiebesluit" zal het CIZ de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning vervolgens nog wel moeten formaliseren in het besluit.

Informatie over VP en BG ontbreekt

Voor de functies VP en BG heeft het CIZ nog geen uitsplitsing gemaakt tussen de omvang van zorg in en om en buiten de woning. De reden hiervoor is dat de aanbieders van ADL-assistentie niet alle VP en BG in en om de woning bieden.

Criterium voor splitsing

Het CIZ heeft aangegeven dat men ook voor VP en BG een onderscheid kan aanbrengen op het criterium zorg in en om de woning en daarbuiten. Het is voor het CIZ echter niet mogelijk om rekening te houden met wat een bepaalde aanbieder wel of niet levert aan activiteiten. Het CIZ indiceert voor AWBZ-zorg, maar niet voor zorg door een bepaalde aanbieder.

Indiceren op activiteitsniveau zou de bureaucratie voor indicatiestellers enorm doen toenemen. Niet alleen verschilt het aanbod per ADL-assistentieaanbieder, maar volgens het CIZ kan dit ook per cluster verschillen.

Enig risico op te veel of te weinig zorg

Het CVZ vindt het van belang erop te wijzen dat de manier waarop het CIZ de omvang van de zorg vaststelt tot gevolg heeft dat er bij een splitsing van een bepaalde functie over zorg in en om de woning en daarbuiten altijd sprake zal zijn van enig risico op dubbele verstrekking of een tekort aan zorg. Het CIZ bepaalt de omvang immers in de vorm van een klasse die een bepaalde bandbreedte heeft. Ten opzichte van de situatie dat de verzekerde voor de hele functie slechts één leveringsvorm kan kiezen zal er altijd enig verschil ontstaan. Dit geldt zowel bij de variant "leveringsvorm" als bij de variant "indicatiebesluit".

Conclusie

In de variant "leveringsvorm" zal het CIZ in of bij het indicatiebesluit als nadere informatie (advies) voor het zorgkantoor in ieder geval de omvang van de zorg buiten de woning moeten aangeven.

In de variant "indicatiebesluit" onderscheidt het CIZ in het indicatiebesluit zelf afzonderlijk de omvang van de zorg in en om de woning en de omvang van de zorg buiten de woning.

Door de manier waarop het CIZ de omvang van de zorg vaststelt is het gevolg van splitsing van een bepaalde functie wel altijd dat de verzekerde iets te veel of iets te weinig zorg krijgt.

Het CIZ kan de omvang van de benodigde zorg uitsplitsen op basis van het criterium in en om de woning/buiten de woning. Dit geldt zowel voor PV als voor VP en BG. De splitsing is niet uitvoerbaar op andere criteria (activiteiten die een bepaalde aanbieder wel of niet uitvoert).

6. Afbakening

De minister geeft aan het wenselijk te vinden dat de doelgroep voor wie deelbaarheid van PV (en eventueel VP en BG) in uren/klassen mogelijk is, wordt afgebakend.

6.a. Combinatie natura-pgb

Het CVZ heeft de indruk dat de deelbaarheid vooral gewenst wordt om de combinatie van natura en pgb mogelijk te maken. Deze combinatie is op dit moment voor geen enkele doelgroep mogelijk en kan alleen tot stand komen door de pgb-regeling aan te passen.

In 4.c (variant "leveringsvorm") en 4.e. (variant "indicatiebesluit") is aangegeven met welke aanpassingen in de pgb-regeling ervoor gezorgd kan worden dat de combinatie natura-pgb alleen mogelijk wordt voor bewoners van een ADL-clusterwoning.

Omschrijving doelgroep complex

Voorwaarde bij dit alles is wel dat de doelgroep die voor de keuzemogelijkheid in aanmerking komt op een juridisch waterdichte manier is te omschrijven. Het CVZ heeft onderzocht hoe die omschrijving zou moeten en kunnen luiden.

In de subsidieparagraaf ADL-assistentie staat op dit moment dat de doelgroep bestaat uit verzekerden die:

- een lichamelijke handicap of een somatische aandoening of beperking hebben;
- aangewezen zijn op een rolstoeltoegankelijke woning;
- aangewezen zijn op ten minste vijf uur ADL-assistentie per week;
- voldoende sociaal zelfredzaam zijn om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen.

ADL-assistentie wordt in de subsidieregeling gedefinieerd als: "gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning".

Een ADL-woning wordt gedefinieerd als: "woning die deel uitmaakt van een aantal bij elkaar horende rolstoeltoegankelijke sociale huurwoningen die tot stand zijn gekomen met behulp van subsidie uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten".

Zittende bewoners?

Naar de mening van het CVZ is de doelgroep goed af te bakenen als de combinatiemogelijkheid er alleen komt voor verzekerden die op het moment van insluiting van de gesubsidieerde ADL-assistentie in de AWBZ (dus per 31 december 2011) al wonen in een ADL-woning. Dan is er sprake van een overgangsregeling en kan bij de

bovengenoemde omschrijving van ADL-assistentie en ADL-woning worden aangehaakt.

Toekomstige bewoners?

Als de minister deelbaarheid echter als structurele oplossing wil, dan is het gecompliceerd, zo niet onmogelijk, om een formulering te vinden waarmee de doelgroep (bewoners van een ADL-clusterwoning) goed is af te bakenen van andere groepen die AWBZ-zorg ontvangen. Dan moeten zowel de cliëntkenmerken van de doelgroep als de woonsituatie en/of het hulpaanbod dat zij nodig hebben goed worden getypeerd. Met alleen de cliëntkenmerken is de groep onvoldoende afgebakend, want verzekerden met vergelijkbare kenmerken wonen ook in andere situaties, zelfstandig, in gezinsverband, in geclusterde vorm of in een verblijfsinstelling. De wezenlijke kenmerken van wonen in een ADL-cluster zullen dus in de afbakening moeten worden meegenomen. Het gaat dan om: wonen in een aangepaste woning, in een geclusterde setting en met het zorgaanbod in de directe nabijheid en gedurende het gehele etmaal op afroep beschikbaar.

Bestaande clusters of ook nieuwe clusters?

Als de mogelijkheid alleen moet gelden voor nieuwe bewoners in clusters waar op 31 december 2011 gesubsidieerde ADL-assistentie wordt verleend, kan voor de afbakening ook nog worden aangesloten bij de definities uit de subsidieparagraaf. Dit is niet meer te doen als de combinatiemogelijkheid ook moet gaan gelden voor clusters die in de toekomst nog voor deze doelgroep gerealiseerd zullen gaan worden. Het CVZ ziet niet hoe het type aanbod (een combinatie van zorg en aangepast wonen) dan zodanig is te omschrijven dat het is af te bakenen van andere geclusterde woon-zorg combinaties voor vergelijkbare groepen, zoals woon-zorgcombinaties voor ouderen.

Conclusie

Afbakening van de doelgroep is redelijk eenvoudig als de uitzondering zich beperkt tot verzekerden die op 31 december 2011 gesubsidieerde ADL-assistentie in een ADL-clusterwoning ontvangen, maar wordt juridisch gecompliceerd en wellicht onmogelijk als de uitzondering ook moet gelden voor toekomstige bewoners van de huidige clusters of toekomstige bewoners van nieuwe clusters.

Voor de afbakening is een aanpassing van de pgb-regeling noodzakelijk. De verschillende mogelijkheden zijn in 4.c. en 4.e. aangegeven.

6.b. Combinatie natura-natura

Het CVZ heeft hiervoor in 4.b. aangegeven dat deelbaarheid voor natura-natura nu al mogelijk is binnen de AWBZ voor alle doelgroepen. In het gesprek met ZN is echter gebleken dat zorgkantoren deze mogelijkheid om redenen van terugdringen van administratieve lasten en vereenvoudiging van de uitvoering in de praktijk al hebben beperkt. AZR 3.0 zal straks de zorgtoewijzing aan meerdere zorgaanbieders ook niet meer

ondersteunen, waardoor het in praktische zin moeilijker wordt voor een verzekerde om twee natura-aanbieders te kiezen. Een verzekerde wordt dan altijd afhankelijk van de hoofdaannemer voor het regelen van natura-zorg met een onderaannemer. Het CVZ heeft aangegeven hoe de huidige situatie na 1 januari 2012 gecontinueerd kan worden. De gegeven oplossing is AWBZ-breed en beperkt zich niet tot bewoners van ADL-clusterwoningen.

***Afbakening
mogelijk via pgb-
regeling***

Het aanbrengen van een wijziging in de pgb-regeling zoals in 4.e. is aangegeven heeft als bijkomend voordeel dat een ADL-clusterbewoner daardoor ook de mogelijkheid krijgt om zelf twee natura-aanbieders te kiezen. Voor bewoners van een ADL-cluster brengt het CIZ dan immers een splitsing aan in het indicatiebesluit. De hoeveelheid zorg in en om de woning en de hoeveelheid zorg daarbuiten geeft het CIZ apart aan en de verzekerde kan, indien gewenst, per onderdeel kiezen voor verschillende natura-aanbieders. In tegenstelling tot andere AWBZ-verzekerden is hij daarvoor dan niet afhankelijk van de "hoofdaannemer".

Zowel het indicatiebesluitbericht als het zorgtoewijzingsbericht kunnen vervolgens gewoon via AZR verlopen.

Conclusie

De aanpassing in de variant "leveringsvorm" (zie 4.c.) bakent de keuzemogelijkheid alleen af voor de combinatie natura-rgb. De aanpassing in de variant "indicatiebesluit" (zie 4.e.) maakt dat niet alleen de combinatie natura-rgb maar ook de combinatie natura-natura (zonder tussenkomst van een "hoofdaannemer") uitsluitend mogelijk is voor ADL-clusterbewoners.

7. Regionale of landelijke uitvoering?

7.a. Beoogde situatie

De minister zegt het onwenselijk te vinden als bewoners van ADL-clusters als gevolg van de overgang naar de AWBZ de mogelijkheid van pgb als leveringsvorm zullen kwijtraken of afhankelijk worden van de aanbieder van ADL-assistentie voor zorg op afstand van de woning. Deze laatste optie betekent dat de aanbieder van ADL-assistentie belast zou worden met onderaanbesteding van alle zorg op afstand van de woning. De minister vindt deze optie onwenselijk vanuit oogpunt van administratieve lasten en privacy van de cliënt. De minister wil daarom dat slechts één zorgkantoor betrokken is: het zorgkantoor dat de natura-zorg inkoopt bij de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de zorg in en om het ADL-cluster.

Eén zorgkantoor

De minister heeft deze wenselijk geachte situatie al geregeld voor een project dat binnenkort van start gaat in Capelle a/d IJssel. Daar wordt een ADL-cluster gerealiseerd waarin de door Stichting Fokus te leveren ADL-assistentie niet meer bekostigd zal worden via de Regeling subsidies AWBZ. Ten behoeve van de zorginkoop in dat cluster heeft Zorgkantoor Groningen extra contracteerruimte gekregen.

De minister wil deze lijn in 2012 doorzetten voor alle zorg aan bewoners van ADL-clusters. Effectief betekent dit dan dat het zorgkantoor Groningen landelijk alle zorg moet gaan regelen voor de bewoners van ADL-clusters waar de Stichting Fokus de zorgaanbieder is.

7.b. Beschouwingen van het CVZ

In de brief maakt de minister niet duidelijk wat die landelijke uitvoering door zorgkantoor Groningen nu precies moet gaan inhouden. Betreft het zowel de natura-zorg als de pgb-verstrekking aan de bewoners van het cluster? Moet het zorgkantoor alle AWBZ-zorg inkopen die verzekeren op enig moment nodig hebben, of alleen de zorg in en om de woning?

Het CVZ constateert dat datgene wat de minister voor ogen heeft in elk geval niet in lijn is met de reguliere uitvoeringspraktijk voor de AWBZ.

Bovenregionaal contracteren

Het is tot nu toe mogelijk dat zorgkantoren "bovenregionaal contracteren". Dit houdt in dat een aanbieder met één zorgkantoor productieafspraken maakt voor alle regio's waar hij actief is, met overheveling van de bijbehorende contracteerruimte van andere zorgkantoren; de hoofdvestiging van de aanbieder bepaalt daarbij met welk zorgkantoor deze contracteert. Maar dit is een uitzondering op het principe binnen de huidige AWBZ-uitvoering dat het zorgkantoor in de regio van de verzekerde productieafspraken maakt voor de

zorgverlening die de verzekerden in de regio nodig hebben.

***Mandaat en
volmacht***

Het CVZ vindt het belangrijk er in dit verband op te wijzen dat het contracteren van zorg formeel een bevoegdheid van zorgverzekeraars is, die via mandaat en volmacht is overgedragen aan de zorgkantoren.

Het CVZ is nagegaan of het huidige mandaat- en volmachtbesluit voorziet in de mogelijkheid van bovenregionaal contracteren en heeft dat niet kunnen ontdekken. Artikel 2 van voornoemd besluit geeft aan dat de volmacht zich beperkt tot het contracteren in de aangewezen regio.

Naar de mening van het CVZ kunnen alleen zorgverzekeraars beslissen dat er voor een bepaalde zorgvorm sprake is van bovenregionaal contracteren. Zonder nadere wetgevende maatregelen kan de minister niet voorschrijven dat een bepaalde vorm van zorg door een bepaald zorgkantoor moet worden gecontracteerd.

***Pgb regionale
uitvoering***

Landelijke uitvoering spoort ook niet met de uitvoeringspraktijk van de pgb-regeling. Ook die gaat immers uit van een regionaal budget en uitvoering door het regionale zorgkantoor voor verzekerden in de eigen regio van het zorgkantoor. Als dit anders zou moeten zijn voor verzekerden die in een ADL-cluster wonen, zou de pgb-regeling aangepast moeten worden.

Fricties mogelijk

De minister noemt als argumenten voor landelijke uitvoering: overzicht en administratieve eenvoud. Maar hierbij zijn vraagtekens te plaatsen. Duidelijk is dat de huidige landelijke uitvoering (door het CVZ) van de subsidieregeling fricties oplevert met de regionale uitvoering van AWBZ-zorg en van de pgb-regeling. Als de nieuw beoogde landelijke uitvoering zich beperkt tot contracteren van de zorg die verzekerden in het cluster nodig hebben, blijft het risico op dergelijke fricties na 1 januari 2012 bestaan. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat er per 1 januari 2012 wel een deelbare functie PV kan worden geëffectueerd, maar bijv. (nog) geen deelbare functie VP en/of BG. Het CIZ heeft in het herindicatietraject immers nog niet onderzocht hoe voor deze functies de verhouding is tussen zorg in en om de woning of daarbuiten. Ook kan zich de situatie voordoen dat ADL-bewoners een indicatie krijgen voor tijdelijk verblijf. Het regionale zorgkantoor blijft dan toch nog bemoeienis houden met de organisatie van die andere zorgvormen (natura of pgb), wat fricties kan veroorzaken.

Die fricties kunnen worden voorkomen door de toekomstige situatie (zoveel als mogelijk) te laten meelopen volgens de reguliere systemen. Dit geeft de bewoner van een ADL-cluster duidelijkheid over zijn situatie.

Het CVZ is dan ook geen voorstander van landelijke uitvoering. Afwijkende constructies leiden tot onduidelijkheid en daardoor tot fouten in de uitvoering in de keten.

Budget regionaal te verdelen Het CVZ acht landelijke uitvoering ook om financiële redenen niet nodig. Omdat de bewoners van ADL-clusters vóór 1 januari 2012 worden geherindiceerd, zal het straks mogelijk zijn de subsidiemiddelen op basis van de herindicatiegegevens te verdelen over de diverse zorgkantorregio's. Voor de bepaling van de regionale pgb-budgetten zitten bewoners van ADL-clusters op dit moment al verdisconteerd in de verdeelsleutel voor hun eigen regio. Zorgkantoren kunnen binnen de regionale kaders het beste de verantwoordelijkheid dragen voor (financiering van) zorg voor verzekerden in hun eigen regio.

Stichting Fokus Regionale uitvoering is weliswaar gecompliceerd voor de landelijk werkende zorgaanbieder Stichting Fokus, maar dat geldt voor alle zorgaanbieders die landelijk werken. Dat is volgens het CVZ dan ook geen aanleiding om te kiezen voor afwijking van de reguliere uitvoeringssystematiek en over te gaan naar landelijke uitvoering.

Zorgkantoor Groningen In het gesprek met ZN en vertegenwoordigers van zorgkantoren is gebleken dat de zorgkantoren ook voorkeur hebben voor regionale uitvoering. Het zorgkantoor Groningen ziet zijn rol voor het cluster in Capelle aan den IJssel als tijdelijk van aard. Na 1 januari 2012 moet het inkopen van zorg gewoon via de regionale zorgkantoren verlopen.

NZa De NZa heeft aangegeven de inkoopruimte en de beschikbare groei­ruimte (steeds meer) op basis van de indicaties in de regio te verdelen. Een landelijke benadering staat daar haaks op. Ervaring met bovenregionaal contracteren wijst volgens de NZa uit dat hieraan een aantal nadelige gevolgen zijn verbonden. Bovenregionaal contracteren is volgens de NZa in strijd met uitgangspunten van transparantie en ook met de zorgplicht van zorgkantoren. Daarnaast maakt bovenregionaal contracteren controle op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering lastiger, vanwege onbekendheid van het contracterende zorgkantoor met de regio's. Ten slotte kan een landelijke uitvoering ten koste gaan van marktwerking. De NZa vindt om bovengenoemde redenen dat het uitgangspunt van regionaal contracteren alleen verlaten mag worden als het niet anders kan.

Conclusie *Een uitzondering op het principe van regionale uitvoering is alleen gerechtvaardigd als het echt noodzakelijk is wegens specifieke problemen die niet op een andere wijze zijn op te lossen. Die problemen ziet het CVZ op dit moment niet.*

8. Aandachtspunten

De minister geeft aan dat hij de overgang naar reguliere bekostiging zonder hinder voor de bewoners van ADL-clusters wil laten verlopen en vraagt daarom te bezien of deelbaarheid binnen een functie voor de doelgroep mogelijk en uitvoerbaar is.

ADL-assistentie ≠ AWBZ-zorg

Het CVZ wil er graag op wijzen dat oplossen van het deelbaarheidsvraagstuk niet betekent dat bewoners van een ADL-clusterwoning geen hinder meer zullen ondervinden van de overgang naar reguliere financiering op grond van de AWBZ.

In het herindicatietraject is gebleken dat niet alle activiteiten die nu onder ADL-assistentie vallen ook als AWBZ-zorg zijn te indiceren. Sommige activiteiten behoren tot het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze activiteiten zijn misschien gering in omvang, maar wel van wezenlijk belang voor het zelfstandig kunnen (blijven) wonen. Als deze activiteiten per 1 januari 2012 voor de bewoners niet op een goede manier georganiseerd kunnen worden, zal de overgang naar de AWBZ problemen opleveren.

Verpleging in de eigen omgeving

Het CVZ heeft er ook behoefte aan in dit kader zijn rapport van 25 augustus 2009, publicatienummer 281, onder de aandacht te brengen. Hierin heeft het CVZ een standpunt ingenomen over verpleging in de eigen omgeving. In dat rapport duidt het CVZ artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering (Bzv), dat handelt over verpleging zonder verblijf in het kader van medisch-specialistische zorg.

Het CVZ omschrijft de inhoud en omvang van de verpleegkundige zorg in genoemd artikel. Daarnaast beschrijft het de afbakeningsproblemen met de AWBZ-zorg op dit punt. De AWBZ onderscheidt de functies 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging'. Deze functies zijn inhoudelijk nauw verweven. Dit onderscheid is niet te maken binnen 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', de formulering die artikel 2.11 Bzv hanteert. Het verpleegkundig arsenaal omvat immers, volgens de beroepsbeoefenaren, instrumentele verpleegkundige handelingen én verzorging (in complexe zorgsituaties).

Toekomstscenario's

Het rapport sluit af met de beschrijving van een aantal scenario's om de verpleegkundige zorg een toekomstbestendige plek te geven, hetzij in de Zvw, hetzij in de AWBZ. Het CVZ heeft daarbij aangegeven het onderbrengen van de verpleegkundige zorg binnen de Zvw vooralsnog het meest veelbelovende scenario te vinden.

- Onderzoek** Om deze optie te toetsen en de consequenties en randvoorwaarden in beeld te brengen, heeft het CVZ vervolgens een onderzoek in gang gezet. Dit onderzoek is nagenoeg afgerond en het CVZ streeft ernaar in het vierde kwartaal van 2010 zijn eindrapport uit te brengen.
- Gevolgen voor ADL-traject?** Wat de precieze uitkomsten zullen zijn, is op dit moment nog niet helder. Maar als die ertoe leiden dat in de toekomst verpleging en de daarmee samenhangende verzorging in de eigen omgeving onderdeel gaan uitmaken van de Zvw, dan zal dit zonder meer gevolgen hebben voor de bewoners van ADL-clusterwoningen. Daarmee kunnen ook de oplossingen die nu worden bedacht om nadelige gevolgen van de overgang van gesubsidieerde assistentieverlening naar de AWBZ te voorkomen, onder druk komen te staan.
- Tot slot** Uiteraard kunnen niet alleen toekomstige veranderingen in het AWBZ-pakket of de pgb-regeling, maar ook toekomstige veranderingen in de uitvoeringsstructuur van de AWBZ ertoe leiden dat de oplossingsmogelijkheden die in dit rapport onder de loep zijn genomen uiteindelijk geen soelaas zullen bieden voor de bewoners van ADL-clusterwoningen.

9. Consultatie NZa, ZN en CIZ

Aan het schrijven van deze uitvoeringstoets is overleg met vertegenwoordigers van de NZa, ZN en het CIZ voorafgegaan.

Vervolgens heeft het CVZ de vertegenwoordigers van genoemde organisaties op 9 juli 2010 een conceptversie van het rapport voorgelegd voor technisch en inhoudelijk commentaar.

De tekstuele opmerkingen van partijen hebben geleid tot aanpassingen in het rapport. Maar de opmerkingen van ZN en het CIZ zijn deels ook meer principieel van aard en gaan over de wenselijkheid van de situatie die de minister voor ogen heeft. Hier volgt een korte samenvatting

De schriftelijke reacties van partijen zijn integraal als bijlage 5, 6 en 7 opgenomen.

ZN formuleert een aantal uitgangspunten en bezwaren en geeft aan dat tegen die achtergrond de variant "indicatiebesluit" het meest tegemoet komt aan de uitgangspunten van ZN. In die variant blijft het algemene principe van ondeelbaarheid binnen de AWBZ-functies overeind en is de doelgroep goed af te bakenen. Maar ZN zegt deze variant wel te willen combineren met de inmiddels in de AWBZ gebruikelijke figuur van hoofd- en onderaannemerschap. ZN wijst verder op de precedentwerking en constateert dat er een spanningsveld is tussen het overhevelen van ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ en het vasthouden aan de bijzonderheden van de subsidieparagraaf.

Het CIZ zegt de bevindingen van het CVZ voor een groot deel te kunnen onderschrijven. Maar het geeft aan vóór de besluitvorming over deelbaarheid van functies zelf nog een uitvoeringstoets te willen doen om de daadwerkelijke consequenties voor de uitvoering expliciet in beeld te brengen. Verder vraagt het CIZ aandacht voor het feit dat in het verleden ook andere doelgroepen hebben aangegeven een splitsing van functies te willen. Ook zegt het CIZ de doelmatigheid te betwijfelen van de investeringen die nodig zijn om tot de gewenste situatie te komen.

10. Afrondende conclusies

Het CVZ is in dit rapport uitvoerig ingegaan op de vraag van de minister of en hoe in de huidige AWBZ is uit te voeren dat bewoners van een ADL-cluster vanaf 1 januari 2012 hun AWBZ-zorg buiten de woning regelen door middel van een pgb of betrekken van een andere natura-aanbieder dan de zorgaanbieder in het cluster.

Variant "leveringsvorm"

Om te beginnen constateert het CVZ dat de vraag over deelbaarheid in feite alleen betrekking heeft op de leveringsvorm en niet op de indicatie. Vervolgens verkent het CVZ wat binnen de huidige AWBZ qua regelgeving en uitvoering de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn om meerdere leveringsvormen te kiezen.

Toename uitvoeringslast zorgkantoren

De analyse maakt duidelijk dat een keuze voor meerdere leveringsvormen alleen uitvoerbaar is als er aanpassingen in AZR en in de pgb-regeling plaatsvinden. Ook blijkt eruit dat de uitvoeringslast bij zorgkantoren zal toenemen, mede omdat de keuze voor verschillende natura-aanbieders niet is af te grendelen voor alleen de bewoners van een ADL-cluster.

Rol voor CIZ

De wijze waarop de AWBZ-uitvoering is georganiseerd in combinatie met de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen maken het voor de uitvoerbaarheid in de keten van belang dat het CIZ als onafhankelijke partij aangeeft wat de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning is en dit gegeven als "extra informatie" in of bij het indicatiebesluitbericht zichtbaar maakt

Ook toename uitvoeringslast CIZ

Dat maakt ook de uitvoeringslast bij het CIZ groter.

Variant "indicatiebesluit"

Omdat de minister van het CVZ vraagt de uitvoerbaarheid te toetsen, heeft het CVZ in dit rapport ook onderzocht of de keuze voor meerdere leveringsvormen binnen de zorgketen eenvoudiger is uit te voeren als het CIZ niet volstaat met het opnemen van "extra informatie" in of bij het indicatiebesluit (in dit rapport verder aangeduid als variant "leveringsvorm"), maar in het indicatiebesluit zelf een splitsing aanbrengt tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten (variant "indicatiebesluit").

Dit onderzoek levert op dat ook voor de variant "indicatiebesluit" aanpassingen in AZR en in de pgb-regeling zullen moeten worden aangebracht. Tevens is het noodzakelijk in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ nader invulling te geven aan de mogelijkheid van deelbaarheid voor bewoners van een ADL-cluster.

Per saldo minder uitvoeringslast en meer duidelijkheid

Het CVZ schat in dat de uitvoeringslast voor het CIZ vergeleken met de variant "leveringsvorm" enigszins zal toenemen, maar dat de uitvoering door zorgkantoren eenvoudiger zal worden. Bovendien zal voor verzekerden duidelijker zijn bij wie zij

bezwaar en beroep kunnen aantekenen, namelijk bij het CIZ.

Voorkeur voor variant "indicatiebesluit"

Alles overziende denkt het CVZ dat de door de minister gewenste deelbaarheid voor bewoners van een ADL-clusterwoning het best is te realiseren door in de pgb-regeling vast te leggen dat voor bewoners van een ADL-cluster PV (en evt. ook VP en BG) in en om de woning en buiten de woning als onderscheiden zorgvormen zijn aan te merken. Voor bewoners van een ADL-cluster kan het CIZ dan apart in het indicatiebesluit tot uitdrukking brengen wat de omvang is van de zorg die zij in en om de woning nodig hebben en wat de omvang is van de zorg buiten de woning. Per onderscheiden zorgvorm kan de ADL-clusterbewoner vervolgens een leveringsvorm van voorkeur aangeven.

Ook keuze natura-natura af te bakenen

Met deze aanpassing is tevens te realiseren dat de keuzemogelijkheid voor twee verschillende natura-aanbieders (zonder tussenkomst van een "hoofdaannemer") alleen bestaat voor bewoners van een ADL-cluster, omdat het CIZ alleen voor deze verzekerden een splitsing in het indicatiebesluit aanbrengt.

Afbakening doelgroep

Het CVZ wijst er wel op dat afbakening van de doelgroep ADL-clusterbewoners juridisch alleen eenvoudig is als de keuzemogelijkheid het karakter krijgt van een overgangsregeling. Deze beperkt zich dan tot verzekerden die op het moment van overgang van de gesubsidieerde ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ in een ADL-cluster wonen. Als de minister deelbaarheid als structurele oplossing wil voor verzekerden die in de toekomst gaan wonen in een nu al bestaand cluster of in een nog te bouwen cluster, dan is het gecompliceerd, zo niet onmogelijk, om een formulering te vinden waarmee deze groep goed is af te bakenen van andere groepen die AWBZ-zorg ontvangen.

Toekomstige (advies)constructie

Op dit moment adviseert het CIZ alleen over de omvang van PV in en om de woning. In de variant "leveringsvorm" zal het CIZ als nadere informatie (advies) aan het zorgkantoor in ieder geval ook de omvang van PV buiten de woning aan dienen te geven. In de variant "indicatiebesluit" zal het CIZ in het indicatiebesluit zelf afzonderlijk de omvang van PV in en om de woning en de omvang van PV buiten de woning vermelden.

Criterium voor splitsing

Ook voor VP en BG kan het CIZ de omvang van de benodigde zorg uitsplitsen op basis van het criterium in en om de woning/buiten de woning. De splitsing is niet uitvoerbaar op andere criteria (activiteiten die een bepaalde aanbieder wel of niet uitvoert).

<i>Door splitsing te veel of te weinig zorg</i>	Doordat het CIZ de omvang van de zorg vaststelt in de vorm van een klasse die een bepaalde bandbreedte heeft, is het gevolg van een splitsing van een bepaalde functie wel altijd dat de verzekerde iets te veel of iets te weinig zorg krijgt.
<i>Veel aanpassingen nodig</i>	Welke ingang de minister ook kiest, duidelijk is dat er op verschillende fronten nog de nodige aanpassingen zullen moeten plaatsvinden (pgb-regelgeving, Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ, AZR) om een en ander in de praktijk te kunnen realiseren.
<i>Tijdig in gang zetten</i>	De aanpassingen in AZR zijn duur, zeker in relatie tot de kleine omvang van de groep waarvoor de mogelijkheid gecreëerd zou moeten worden. Bovendien vergt de implementatie van aanpassingen zeker zes maanden, dus een eventuele opdracht tot aanpassing zal de minister tijdig – bij voorkeur voor 1 januari 2011 - moeten geven.
<i>Geen landelijke uitvoering</i>	Het CVZ geeft in dit rapport ook aan dat er naar zijn mening onvoldoende argumenten zijn om bij de overgang van de gesubsidieerde ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ een uitzondering te maken op het principe van regionale uitvoering.

College voor zorgverzekeringen

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

dr. A. Boer



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. de heer dr. P.C. Hermans
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Directie Langdurige Zorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Inlichtingen bij
H.G. van der Burg
h.g.vd.burg@minvws.nl
T 070 340 6436

Ons kenmerk
DLZ/SFI-U-2997999

Bijlagen

Uw brief

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum: **12 APR. 2010**

Betreft: Aanvraag uitvoeringstoets AWBZ-zorg in en om de ADL-clusterwoning

Geachte heer Hermans,

1. Inleiding

Per 1-1-2012 zal de subsidieparagraaf ADL-assistentie in de Regeling Subsidies AWBZ komen te vervallen. De ADL-assistentie zal dan worden bekostigd als reguliere AWBZ-zorg. Uw College heeft hierover reeds op 22 april 2004 ("Focus op Fokus") en 26 augustus 2004 ("ADL-clusters: naar een reguliere financiering") adviezen uitgebracht. Uiteindelijk is ervoor gekozen de subsidieparagrafen Aanpassingen en Bouw per 1-1-2009 te beëindigen. Momenteel werken medewerkers van uw college vruchtbaar samen met medewerkers van het CIZ, ZN, NZa, de zorgaanbieders en het Ministerie van VWS om de overgang van de ADL-assistentie naar de AWBZ per 1-1-2012 op zorgvuldige wijze te laten verlopen.

Op dit moment ontvangen veel ADL-bewoners AWBZ-zorg op afstand van de ADL-woning in aanvulling op de aan AWBZ-zorg voorliggende gesubsidieerde zorg in en om de ADL-woning. Vaak gaat het om persoonlijke verzorging waarvoor bewoners pgb kiezen als leveringsvorm. Men kan het pgb flexibel inzetten op het werk, op school, tijdens vakanties of elders. Zij regelen de zorg zelf en zijn niet afhankelijk van de medewerking van de zorgaanbieder die voorziet in de zorg in en om de ADL-woning. Het is voor bewoners van groot belang dat deze keuze behouden kan blijven na 1-1-2012. In deze brief leg ik u een aantal uitvoeringsvragen voor over de vraag hoe aan deze wens tegemoet gekomen kan worden.

2. Behoud van keuze van leveringsvorm na 1-1-2012

Bewoners van een ADL-clusterwoning hebben met het aanvaarden van ADL-woning tevens gekozen voor een aanbieder van ADL-assistentie. Zonder deze koppeling is het niet goed mogelijk de assistentie op afroep in en om de woning doelmatig te leveren. De bewoners van de Fokuswoningen (vertegenwoordigd door de cliëntenraad Fokus) hebben echter nadrukkelijk aangegeven over de zorg op afstand van de woning zelf keuzes te willen blijven maken. Naar hun mening is dat van grote waarde voor het behoud van regie over het eigen leven. Ook maken bewoners momenteel zelf keuzes bij de functie Verpleging voor zover deze niet door de aanbieder van ADL-assistentie in- en om de woning wordt aangeboden.



In de AWBZ is een splitsing binnen een geïndiceerde aanspraak niet gangbaar. De cliënt kiest per geïndiceerde functie een leveringsvorm van voorkeur. Het eventuele verdwijnen van keuzemogelijkheden als gevolg van de overgang naar reguliere AWBZ-bekostiging beschouwen bewoners van ADL-clusters als een aantasting van het concept van Fokuswonen.

Directie Langdurige Zorg

Ons kenmerk
DLZ/SFI-U-2997999

De toenmalige staatssecretaris van VWS heeft in haar brief aan de Tweede Kamer van 2 december 2008 (Tweede Kamer 2008-2009, 26 631, nr. 286) aangegeven eraan te hechten dat de bewoners van een ADL-clusterwoning geen hinder ondervinden van de overgang naar AWBZ-bekostiging van ADL-assistentie per 1-1-2012. Ik beschouw het als onwenselijk als bewoners van ADL-clusters als gevolg van de overgang de mogelijkheid van pgb als leveringsvorm zullen kwijtraken of afhankelijk worden van de aanbieder van ADL-assistentie voor zorg op afstand van de ADL-woning. Deze laatste optie betekent dat de aanbieder van ADL-assistentie belast zou worden met onderaanbesteding van alle zorg op afstand van de woning. Vanuit oogpunt van administratieve lasten en privacy van de cliënt acht ik deze optie als onwenselijk. Een soepele overgang naar AWBZ-bekostiging is dus zeker gediend met het behoud van keuze voor pgb als leveringsvorm voor de zorgvraag buiten de woning. Daarnaast past het bevorderen van keuzevrijheid en zelfbeschikking ook in de doelstellingen van de gemoderniseerde AWBZ en in mijn streven te komen tot een meer persoonsvolgende bekostiging.

In het binnenkort te starten Fokusproject De Hoven in Capelle aan den IJssel speelt de deelbaarheidskwestie al op korte termijn. De ADL-assistentie in dit cluster zal niet bekostigd worden via de Regeling Subsidies AWBZ. In dit cluster zal het zorgkantoor Groningen (Menzis) de zorg in natura bij Stichting Fokus Exploitatie (Fokus) inkopen. Zowel het zorgkantoor, Fokus als het ministerie van VWS hebben een positieve grondhouding om de toekomstige bewoners tegemoet te komen die een pgb willen aanvragen of behouden voor de zorg op afstand van de woning.

Om tot een weloverwogen keuze ten aanzien van de deelbaarheid van een AWBZ-indicatie leg ik u een aantal uitvoeringsvragen voor. Hierbij kunt u uitgaan van het onderstaande:

- a. Het deelbaarheidsvraagstuk gaat met name om de functie Persoonlijke Verzorging in uren. Daarnaast speelt het bij indicaties voor verpleging in uren en begeleiding in uren.
- b. Het CIZ kan binnen de integrale zorgbehoefte aan persoonlijke verzorging een onderscheid maken tussen persoonlijke verzorging in- en om de woning en persoonlijke verzorging op afstand van de woning. Dit gegeven wordt tot 1-1-2012 voor alle herindicaties van bewoners van een ADL-clusterwoning opgenomen in een bijlage bij het besluit. Voor de functies Verpleging en Begeleiding maakt het CIZ een dergelijk onderscheid niet.
- c. Omwille van overzicht en administratieve eenvoud acht ik het wenselijk dat slechts één zorgkantoor betrokken is. Het betreft dan het zorgkantoor dat de naturazorg inkoopt bij de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de zorg in- en om de ADL-woning. Dit zorgkantoor zal ook aanspreekpunt zijn voor de bewoner.



- d. Op verzoek van de verzekerde kan het zorgkantoor ertoe overgaan per indicatie een deel van de integrale zorgvraag toe te wijzen aan de betreffende natura-aanbieder en een deel op andere wijze (via pgb of andere aanbieder);
- e. Een afbakening van de doelgroep voor wie deelbaarheid mogelijk moet zijn acht ik wenselijk.

Directie Langdurige Zorg

Ons kenmerk
DLZ/SFI-U-2997999

3. Uitvoeringsvragen

Praktische uitvoerbaarheid in huidige AWBZ

Een splitsing van leveringsvorm binnen een aanspraak is in de huidige AWBZ slechts gangbaar voor zover de functie in verschillende eenheden wordt geïndiceerd: uren en dagdelen. In de AWBZ kiest de verzekerde voor een leveringsvorm voor de gehele indicatie. De eerste vraag die ik u voorleg of een deelbaarheid binnen een indicatie in de huidige AWBZ momenteel uitvoerbaar is. Ik vraag u hierbij in te gaan op twee mogelijkheden van een deelbaarheid:

- combinatie van twee natura-aanbieders;
- combinatie van een natura-aanbieder en pgb.

Tevens verzoek ik u aspecten te betrekken rondom gegevensuitwisseling en uitvoering van eigen bijdragen.

Indien u constateert dat een deelbaarheid momenteel niet mogelijk is verzoek ik u mij aan te geven welke veranderingen van regelgeving en ketenafspraken noodzakelijk zouden zijn om de deelbaarheid uitvoerbaar te maken.

Spelregels en toekomst adviesconstructie

De huidige adviesconstructie aan het CVZ over de zorg in- en om de ADL-woning heeft geen formele status. Het CIZ adviseert uitsluitend over een omvang van persoonlijke verzorging in- en om de ADL-woning en niet over verpleging en begeleiding. Voor wat betreft een eventuele deelbaarheid binnen de functie Verpleging en Begeleiding heeft het CIZ aangegeven dat zij hierover niet op zinvolle wijze kunnen adviseren.

In een situatie waarin de verzekerde kan kiezen voor twee leveringsvormen zijn heldere spelregels nodig. Het gaat niet alleen om duidelijkheid voor de cliënt welke zorg men in en om de woning vanuit het steunpunt kan verlangen maar ook tot welk maximum. Vervolgens dient dit te worden doorvertaald naar een redelijke splitsing van de indicatie. Verantwoordelijkheden van de verzekerde, het zorgkantoor en de zorgaanbieder(s) moeten daarbij duidelijk zijn. In een recent overleg met de Cliëntenraad van Fokus is geopperd om de keuze te laten bij de verzekerde. Dat betekent dat het zorgkantoor een splitsing kan doorvoeren op verzoek van de verzekerde. Andere mogelijkheden zijn om ook het CIZ en de naturazorgaanbieder hierbij een rol te laten spelen.

Gaarne verzoek ik u mij voor de functie te adviseren over de werkbaarheid van een splitsing en vorm, inhoud en status van daarbij behorende spelregels. Daarbij vraag ik u in te gaan op een eventuele voortzetting van de CIZ-adviezen voor persoonlijke verzorging in- en om de woning, en zo ja, welke status zo'n advies zou moeten hebben. Tevens vraag ik u in te gaan op de vraag of dit een advies aan de verzekerde zou moeten zijn of tevens een advies aan overige ketenpartners.

Afbakening

Bij de zorgvraag van bewoners in een ADL-clusterwoning is een onderscheid tussen een langdurige zorgvraag in- en om de woning (gekoppeld aan de huurovereenkomst) en een daarvan onafhankelijke zorgvraag op afstand van die woning. Het zelf keuzes kunnen maken over het tweede deel draagt bij aan het



bevorderen van regie over eigen leven, zonder dat risico's ontstaan voor een doelmatige samenhangende zorglevering. Voor veel doelgroepen in de AWBZ zal een deelbaarheid geen meerwaarde hebben. In sommige gevallen kan het mogelijk een doelmatige zorglevering in de weg kunnen staan. Graag verzoek ik u mij aan te geven of een afbakening van doelgroepen mogelijk is en zo ja, mij hierover te adviseren.

Directie Langdurige Zorg

Ons kenmerk
DLZ/SFI-U-2997999

4. Slot

Zoals in de brief van 2 december 2009 aan de Tweede Kamer is aangegeven is mij er alles aan gelegen om de overgang naar reguliere bekostiging zonder hinder voor de bewoners van ADL-clusters te laten plaatsvinden. Tot mijn genoegen leveren medewerkers van uw College daaraan een belangrijke bijdrage. De in deze brief beschreven kwestie rondom de deelbaarheid binnen geïndiceerde aanspraken beschouw ik als een belangrijk aspect bij de overgang per 1-1-2012. Graag ontvang ik uw reactie voor 1 juli 2010.

Een afschrift van deze brief heb ik gestuurd naar de NZa, ZN en het CIZ. Ik vertrouw erop dat u daar waar nodig uw advies met hen afstemt.

Met vriendelijke groet,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Langdurige Zorg,


drs. M.J. Boereboom

Relevante regelgeving

Relevant zijn het Besluit zorgaanpakken AWBZ (Bza), Het Zorgindicatiebesluit (ZIB), en de Regeling subsidies AWBZ, paragraaf Persoonsgebonden budget (pgb-regeling). Deze bijlage vermeldt de artikelen die met name van belang zijn voor deze uitvoeringstoets en toelichtingen op deze regelgeving.

1. Besluit zorgaanpakken AWBZ

Het Bza geeft in artikel 2, lid 1, een opsomming van de zorgvormen waar een verzekerde aanspraak op kan maken. In artikel 2, lid 2 is opgenomen dat de aanspraak op zorg slechts bestaat voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Relevant voor bewoners van een ADL-clusterwoning zijn met name de in de artikelen 4, 5 en 6 Bza opgenomen zorgvormen: persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP) en begeleiding (BG). Deze zorgvormen zijn in functiegerichte termen omschreven en worden ook functies genoemd.

In de Nota van toelichting bij het Besluit van 25 oktober 2002 (Stb. 2002, 257), waarmee de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten opnieuw is vastgesteld, is aangegeven welke doelen zijn beoogd met de modernisering van de AWBZ:

“ De <<met de modernisering van de AWBZ>> beoogde doelen, meer keuzevrijheid, meer keuzemogelijkheid en meer zeggenschap, worden geoperationaliseerd langs twee lijnen. Enerzijds is dat de introductie van een AWBZ-breed-pgb waardoor mensen, die daar bewust voor kiezen, de mogelijkheid krijgen om zelf en onder eigen financiële verantwoordelijkheid hun zorg te organiseren. Anderzijds is dat een zodanige herinrichting van het natuursysteem dat ook mensen die niet kunnen of willen kiezen voor een pgb, de mogelijkheid krijgen een zorgpakket samen te stellen dat aansluit bij hun behoeften.....”

“.....Gekoppeld aan het in functiegerichte termen omschrijven van de zorg waarop aanspraak bestaat, wordt ook de indicatiestelling zodanig heringericht dat los van de leverende instelling kan worden vastgesteld op welke functies iemand, gelet op de geobjectiveerde zorgvraag, is aangewezen. Tevens wordt in de indicatiestelling een oordeel gegeven over de omvang waarin iemand op een bepaalde functie is aangewezen. De omvang wordt daarbij aangegeven in termen van klassen. De klassen zijn gedefinieerd in de vorm van een bandbreedte aan uren en bij de twee begeleidingsfuncties zowel in uren als in dagdelen. Waar sprake is van een indicatie in uren wordt er van uit gegaan dat iemand de zorg op individuele basis ontvangt. Waar sprake is van dagdelen wordt uitgegaan van zorgverlening in groepsverband.....”

“.....Sturingsvisie

In de functiegerichte benadering staat de verzekerde centraal. Het systeem wordt zo ingericht dat het uiteindelijk de verzekerde is die zelf kan beslissen over de manier waarop het beste in zijn door het indicatieorgaan vastgestelde zorgbehoefte kan worden voorzien. De overheid is in dit systeem verantwoordelijk voor de formulering van de aanspraken, het tot stand komen van een landelijk uniform indicatieprotocol, de definiëring van klassen bij de indicatiestelling en het laten opzetten van een transparant bekostigingssysteem. Hiermee heeft het veld (verzekerde, zorgaanbieders en zorgkantoren) alle ingrediënten in handen om zelf zorgproducten te maken die zowel inhoudelijk als prijstechnisch transparant zijn en die voldoen aan wat verzekerden wensen. Welke producten dat zijn, is aan het veld. Dat hoort niet meer tot het domein van de overheid.

Net als bij het pgb is het de verzekerde die beslist of hij zich voor het verkrijgen van de zorg waarvoor hij geïndiceerd is, tot één of meer zorgaanbieders wendt. De verzekerde wordt zo zijn eigen regisseur bij de totale zorgverlening. Het ligt in de rede dat naar mate iemand minder geneigd is of minder in staat is om zelf de regie en zorgcoördinatie te voeren, hij zijn zorg bij één aanbieder zal afnemen die het hele voor hem geïndiceerde zorgpakket kan leveren. Die aanbieder kan dan de noodzakelijke regie en zorgcoördinatie van de verzekerde overnemen.

Ik verwacht dat de aanzienlijke vereenvoudiging in de overheidssturing die met de functiegerichte benadering wordt voorgestaan, zal leiden tot een belangrijke vereenvoudiging van de uitvoering, een vermindering van de bureaucratie, een afname van gedetailleerde regelgeving en minder detailbemoeienis bij de verwezenlijking van de aanspraken van verzekerden.....”

2. Zorgindicatiebesluit

Of een verzekerde op AWBZ-zorg is aangewezen, wordt bepaald door het CIZ. In het ZIB zijn de regels met betrekking tot het werkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen opgenomen.

In artikel 13, eerste lid van het Zorgindicatiebesluit (Zib) staat wat er in het indicatiebesluit moet worden aangegeven:

- a. de vorm van zorg of vormen van zorg, bedoeld in artikel 2 Bza, waarop de zorgvrager is aangewezen;
- b. de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm dan wel, indien de verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit, de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen tezamen;
- c. de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen.

In de toelichting bij het eerste lid, onder b, van dit artikel (laatstelijk gewijzigd bij besluit van 6 december 2006, Stb 2006, 655) staat:

“.....Ingeval er geen sprake is van verblijf, blijft het CIZ in het indicatiebesluit per zorgvorm vermelden op welke klasse de verzekerde is aangewezen.”

In de toelichting bij artikel 13, zoals dit luidde vóór 6 december 2006 staat:

.....“Een indicatieorgaan zou ervoor kunnen kiezen om in zijn indicatiebesluit heel exact te omschrijven wat naar zijn oordeel de omvang van bepaalde zorg zou moeten zijn. Uit de praktijk blijkt dat de benodigde zorg bij voorbaat veelal niet zo exact is vast te stellen. Regelmatig gebeurt het dat tijdens de zorgverlening - als gevolg van verkregen inzicht en kennis van de zich werkelijk voordoende zorgbehoefte - de eerder geïndiceerde omvang van de zorg moet worden bijgesteld. Bij een indicatiebesluit waarin in exacte termen de omvang van de in aanmerking komende zorg is geformuleerd, kan een dergelijke bijstelling tijdens de zorgverlening met zich meebrengen dat opnieuw een aanvraag om een indicatiebesluit ingediend moet worden. Dat wordt niet wenselijk gevonden. Om deze reden is in het eerste lid, onderdeel a, bepaald dat het indicatieorgaan in zijn besluit de omvang waarin een zorgvrager in aanmerking komt zoveel mogelijk in termen van bandbreedtes aangeeft, zodat binnen dat besluit aanpassing van de zorgverlening mogelijk is.”

Het CIZ indiceert PV en VP in uren/klassen, BG zowel in uren/klassen als in dagdelen.

Het feit dat de functie BG ook in dagdelen wordt geïndiceerd, is niet rechtstreeks in het Bza verankerd; dat het mogelijk is, is af te leiden uit de toelichting op het Bza en verder uit artikel 10 Bza (vervoer in verband met BG in dagdelen).

3. Regeling subsidies AWBZ, paragraaf Persoonsgebonden budget

Uit de pgb-regeling zijn artikel 2.6.9, lid 1, onder g, en artikel 2.6.9, lid 6, van belang.

Artikel 2.6.9

1. Bij de verlening van het netto persoonsgebonden budget worden de verzekerde de volgende verplichtingen opgelegd:

()

g. de verzekerde brengt gedurende de subsidieperiode voor de vormen van zorg waarvoor het budget is verleend niet tevens een AWBZ-aanspraak tot gelding;

()

6. Voor de toepassing van het eerste lid, onderdeel g, worden begeleiding in uren en begeleiding in dagdelen aangemerkt als onderscheiden vormen van zorg.

De toelichting bij lid 1, onder g, zegt:

“onderdeel g beoogt te regelen dat voor zorg waarvoor een pgb is verleend, niet tevens AWBZ-aanspraken tot gelding worden gebracht. Zoals in de toelichting op artikel 2.6.4 is aangegeven, kan een pgb pas worden verleend indien is komen vast te staan dat er een aanspraak op AWBZ-zorg bestaat. Het is de bedoeling, dat het pgb in de plaats komt van de daarmee overeenkomende AWBZ-aanspraak, zodat de verzekerde voor een zelfde vorm van geïndiceerde zorg niet tegelijkertijd een pgb en zorg in natura kan krijgen. Het heeft weinig zin om het genieten van zorg in natura waarvoor ook een pgb wordt aangevraagd als verplichte weigeringsgrond voor de verleningsbeschikking op te nemen. Immers, dat zou er niet aan in de weg staan dat een verzekerde na een positieve verleningsbeschikking zich alsnog voor zorg in natura meldt. Om toch te bereiken dat dezelfde vorm van zorg niet enerzijds in natura wordt genoten en anderzijds via een pgb kan worden ingekocht, is in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel g, geregeld dat het pgb

wordt verleend onder de verplichting dat geen AWBZ-zorg in natura wordt geconsumeerd voor vormen van zorg waarvoor het pgb is verleend. Doet de betrokkene dit toch, dan kan bij een nieuwe, tussentijds afgegeven subsidieverleningsbeschikking, de subsidie worden verlaagd of ingetrokken (artikel 2.6.12, tweede lid; de verzekerde heeft zich immers niet aan zijn subsidieverplichtingen gehouden), waarna terugvordering of verrekening zal volgen (artikel 2.6.13, zevende lid).

Op het beginsel dat dezelfde vorm van zorg niet tegelijkertijd in natura en op basis van inkoop met behulp van een daartoe verleend pgb kan worden genoten, dient een uitzondering te worden gemaakt voor gevallen waarin de verzekerde voor zowel begeleiding in uren als in dagdelen is geïndiceerd. In deze gevallen moet het mogelijk zijn dat betrokkene de begeleiding gedurende de dagdelen in natura krijgt, en de begeleiding over de geïndiceerde uren met behulp van een pgb inkoop, of andersom. De uitzondering op de verplichting van onderdeel g voor deze gevallen, is te vinden in het zesde lid."

Relevante uitvoeringsaspecten

AWBZ-brede zorgregistratie

Release 2.2/release 3.0

Momenteel maken alle ketenpartners (CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders en het CAK) gebruik van AZR release 2.2. Volgens de huidige planning moeten de ketenpartners AZR release 3.0 op 1 april 2011 geïmplementeerd hebben.

Twee berichten zijn in het kader van de uitvoeringstoets (deelbaarheid van functies) van belang, namelijk het indicatiebesluitbericht en het zorgtoewijzingsbericht.

Indicatiebesluitbericht

Functie

In het indicatiebesluitbericht kan een functie voor dezelfde periode maar één keer voorkomen. Een uitzondering op deze regel is de functie begeleiding in uren en de functie begeleiding in dag(delen). In AZR berichten worden deze vormen van begeleiding wel gescheiden vermeld.

Leveringsvorm

De leveringsvorm (ZIN of pgb) kan het CIZ en de cliënt per functie bepalen. Het is niet mogelijk om bij één functie meerdere leveringsvormen te onderscheiden. Uiteraard met uitzondering van de functie begeleiding.

Verzenden

Het indicatieorgaan stuurt het indicatiebesluitbericht naar het zorgkantoor van de woonplaats van de cliënt.

Zorgtoewijzingbericht

Functie

In het zorgtoewijzingbericht kan een functie voor dezelfde periode maar één keer voorkomen. Een uitzondering op deze regel is de functie begeleiding (begeleiding in uren en begeleiding in dagdelen). In de AZR worden deze vormen van de functie begeleiding wel gescheiden vermeld.

Leveringsvorm

Het is niet mogelijk om binnen een zorgtoewijzingbericht bij één functie meerdere leveringsvormen te onderscheiden. Uiteraard met uitzondering van de functie begeleiding.

Toewijzen

AZR release 2.2 biedt het zorgkantoor de mogelijkheid om dezelfde functie aan meer dan één zorgaanbieder toe te wijzen. Het zorgkantoor kan een functie alleen maar aan meer dan één aanbieder toewijzen, als de zorgaanbieders zorg in natura leveren. Een combinatie van zorg in natura en pgb voor een gedeelde functie is niet mogelijk.

Bij AZR release 3.0 komt de mogelijkheid van toewijzen van één functie van zorg aan meerdere zorgaanbieders te vervallen. Het zorgkantoor wijst de zorg aan de hoofdaanbieder toe en deze aanbieder regelt zelf het verlenen van zorg door een andere zorgaanbieder met deze zorgaanbieder. Het zorgkantoor is daar niet bij betrokken.

Bovenregionaal berichtenverkeer

In de 'Handreiking Bovenregionaal Berichtenverkeer AZR' is opgenomen dat het regionale zorgkantoor verantwoordelijk is voor de cliënt. Dat blijkt uit de volgende afspraken die in het besluit zijn vastgelegd.

Afspraak 1:

Het verblijfadres (GBA adres in release 3.0) van de cliënt dat is opgenomen in het indicatiebesluit bepaalt welk zorgkantoor verantwoordelijk is voor de cliënt (regionaal zorgkantoor).

Afspraak 2:

Het CIZ stuurt het indicatiebesluit naar het regionale zorgkantoor van de cliënt.

Afspraak 3:

Het regionale zorgkantoor is verantwoordelijk voor de zorgtoewijzing, als ook voor de intrekking van de zorgtoewijzing van de cliënt. Het bovenregionale zorgkantoor moet een zorgtoewijzing ongewijzigd doorsturen naar de zorgaanbieder (de voorkeuraanbieder van de cliënt).

Afspraak 4:

Indien een cliënt zorg wil ontvangen van een zorgaanbieder die niet door het regionale zorgkantoor is gecontracteerd, dan stuurt het regionale zorgkantoor een bovenregionaal zorgtoewijzingbericht naar het bovenregionale zorgkantoor dat wel een contract heeft met die zorgaanbieder

Bovenregionale zorginkoop

De regeling CA/NR-100.090 'Gezamenlijke aanlevering bovenregionale opgave', van de Nza bepaalt dat de partijen die betrokken zijn bij de inkoop van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling met ingang van 2010 streven naar regionale inkoop van zorg. Het zorgkantoor beschikt dan over de middelen om de zorg in te kopen die ook daadwerkelijk in de regio geleverd wordt.

Als een aanbieder met één zorgkantoor productieafspraken maakt voor alle zorgkantorregio's waar de zorgaanbieder actief is (bovenregionaal contracteren), dan is niet de vraag van de cliënt maar de hoofdvestigingsplaats van de zorgaanbieder bepalend voor de zorginkoop. Bij bovenregionaal contracteren is er sprake van een ongelijk speelveld voor de zorgaanbieders.

Door het uitzicht op uitvoering van de AWBZ door verzekeraars voor eigen verzekerden werd regionale zorginkoop een minder relevant onderwerp. De NZa heeft echter aangegeven dat genoemd streven niet is losgelaten en weer actueel is nu de beslissing over de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars is uitgesteld.

Ook de zorgkantoren geven aan dat zij regionale zorginkoop het meest wenselijk vinden en deze lijn nog steeds volgen.

Eigen bijdrage AWBZ

Voor verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding is de cliënt een eigen bijdrage verschuldigd. Het Centraal AdministratieKantoor (CAK) stelt de eigen bijdrage voor zorg in natura vast op basis van de geleverde zorg aan die cliënt. De zorgaanbieder van de cliënt stuurt de gegevens van de geleverde zorg op persoonsniveau naar het CAK. Het zorgkantoor stelt voor de cliënten van de eigen regio de eigen bijdrage voor een pgb vast. De totale eigen bijdrage van de cliënt is niet hoger dan de maximale eigen bijdrage van de betreffende cliënt. De maximale eigen bijdrage van de cliënt is gebaseerd op het inkomen van de cliënt.

Deelbaarheid functies (ADL-clusters)

De vraag is of aanpassing van de regelgeving noodzakelijk is in het geval van deelbaarheid van functies voor verzekerden die in een ADL-cluster wonen.

In artikel 13, eerste lid van het Zorgindicatiebesluit (Zib) staat:

Indien een zorgvrager op een vorm van zorg of op vormen van zorg is aangewezen, worden in het indicatiebesluit aangegeven:

- a. de vorm van zorg of vormen van zorg, bedoeld in artikel 2, waarop de zorgvrager is aangewezen;
- b. de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm dan wel, indien de verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit, de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen tezamen;
- c. de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen.

Als wij uitgaan van een splitsing in het indicatiebesluit van zorg die noodzakelijk is in en om de woning en zorg die noodzakelijk is buiten het cluster, zou artikel 13 Zib zoals het nu luidt moeten voldoen. Ook in geval van splitsing zullen de vorm(en) van zorg waarop de zorgvrager is aangewezen moet(en) worden afgegeven (sub a), evenals de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm (sub b).

We zijn het er over eens dat aanpassing van de pgb-regeling wel noodzakelijk is. Daarnaast is aanpassing van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ (verder: de beleidsregels) noodzakelijk. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een subparagraaf over indicatiestelling voor bewoners in ADL-clusters. (Zie ook de aparte subparagraaf in de beleidsregels voor de PV en VP (o.a.) over de afbakening Onderwijs en AWBZ onder de paragraaf 'Omvang en geldigheidsduur van de indicatie'. Voor de BG is dit het geval onder de paragraaf 'Indicatiecriteria'.)

In het Zib wordt nu gesproken over de hoeveelheid zorg *in tijd* per zorgvorm en niet over klassen. Pas in de beleidsregels wordt aangegeven dat zorg zonder verblijf wordt uitgedrukt in een klasse. In het Zib van vóór 2003 werd in artikel 13 overigens (wel) gesproken van 'de omvang [...] in termen van bandbreedtes [...]'.
(...)

Tijdens het vorige overleg stelden we vast dat de splitsing tussen zorg in en om de woning en zorg buiten de woning (o.a.) voor de AZR tot problemen zou kunnen leiden omdat (nu) alleen in klassen kan worden geregistreerd. Dat zou betekenen dat er uiteindelijk altijd sprake is van meer of minder zorg dan waarop verzekerde volgens de indicatie op is aangewezen. (De som van twee verschillende klassen bij elkaar opgeteld in verband met deelbare functies is niet vanzelfsprekend gelijk aan de klasse die vastgesteld wordt als geen sprake is van deelbaarheid van functies.)

Memo

Nederlandse Zorgautoriteit

Aan
CVZ

Van
Werkgroep ADL

Telefoonnummer
030 296 82 47

E-mailadres
ischoenmakers@nza.nl

Kenmerk

Onderwerp
Uitvoeringstoets CVZ AWBZ-zorg in en om de ADL clusterwoning

Datum
26 augustus 2010

De NZa heeft een aantal specifieke opmerkingen bij het concept van de uitvoeringstoets "AWBZ-zorg in en om de ADL clusterwoning", deze zijn hieronder per pagina weergegeven.

Pagina 7:

De zin 'Naar aanleiding van het UAZ heeft de NZa het streven naar regionale zorginkoop weer losgelaten' dient te worden verwijderd. (zie ook onderdeel bovenregionale inkoop in bijlage 3)

De NZa heeft het streven naar regionale zorginkoop nooit losgelaten. Door het uitzicht op uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden werd regionale zorginkoop minder relevant. Het advies over gelijk speelveld geldt nog steeds en is door uitstel van uitvoering van de AWBZ door eigen verzekerden weer actueel.

Pagina 11:

In de conclusie bij paragraaf 4b wordt niet aangegeven hoeveel tijd de aanpassingen in AZR vergen. Deze tijdsperiode is echter wel noodzakelijk om te beoordelen of aanpassingen in de AZR tijdig haalbaar zijn.

Pagina 23/24:

Het standpunt van het CVZ zoals beschreven in hoofdstuk 7 wordt vanuit de opzet Contracteerruimte AWBZ door de NZa onderschreven. De inkoopruimte en verdeling van beschikbare groeiruimte AWBZ worden (steeds meer) verdeeld op basis van de indicaties in de regio. Een landelijke benadering staat hier haaks op.

Ervaring van met bovenregionaal contracteren wijst uit dat hieraan een aantal nadelige consequenties aan zijn verbonden. Zo is bovenregionaal contracteren in strijd met uitgangspunten van transparantie en strijd met zorgplicht van zorgkantoren. Daarnaast is bij bovenregionaal contracteren geen bekendheid met de regio vanuit de zorgkantoren waardoor de controle op de rechtmatigheid en de doelmatigheid van de uitvoering lastiger wordt. Ten slotte kan een landelijke uitvoering ten koste van de marktwerking gaan. De NZa onderschrijft om bovengenoemde redenen dat alleen indien dit niet anders kan, uitzonderingen kunnen worden gemaakt op het uitgangspunt van regionaal contracteren.

Pagina 29:

Onder het kopje geen pgb buiten de woning wordt een uitspraak gedaan over het in de toekomst exploitabel houden van ADL clusterwoningen.

Door het CVZ is echter niet onderzocht of en in welke omvang ADL clusterwoningen exploitabel zijn en wat de financiële gevolgen zijn voor de overgang van subsidie naar reguliere bekostiging. Ook zijn er geen alternatieven bekeken om zorg in de ADL-woning exploitabel aan te bieden zonder PGB in de woning uit te sluiten.

Zorgverzekeraars Nederland



Notitie

Aan CVZ – mw. Mr. G.M.M. Hendriksen-Neyssen
Van ZN / Zorgkantoren
Auteur Mw. drs. M. (Marissa) Meijer
Doorkiesnummer (030) 698 83 16
Ons kenmerk **ZAWBZ 2010 0118 mmei1 N**
Datum 27 augustus 2010
Onderwerp ZN reactie op concept uitvoeringstoets AWBZ-zorg in en om de ADL-clusterwoning

In de voorbereiding op de uitvoeringstoets AWBZ-zorg in en om de ADL-clusterwoning had eerder overleg plaats tussen CVZ en ZN/zorgkantoren. Bij die gelegenheid formuleerde ZN/zorgkantoren een aantal uitgangspunten, die wij hier nog even herhalen:

- *ZN stelt vast dat het gaat om een politieke toezegging aan een zeer beperkte doelgroep (1300 bewoners van ADL-clusters).*
- *De omvang van de AWBZ-zorg buiten de clusterwoning is beperkt. Als het werk en/of onderwijs betreft gaat dit via UWV.*
- *Vraag is of het gerechtvaardigd is om hiervoor het uitgangspunt binnen AWBZ/AZR (geen deelbaarheid van functies, waar om redenen en in afstemming met CVZ en VWS voor is gekozen) verlaten moet worden. ZN is van mening van niet.*
- *Kijken naar mogelijkheden hoe dan wel beantwoord kan worden aan de (op zich begrijpelijke) wensen van de bewoners. Het gaat dus om een uitzondering van de gebruikelijke werkwijze voor de afgebakende doelgroep ADL-bewoners. Daarmee wordt ook mogelijke precedentwerking (die onwenselijk is) voorkomen. ZN/zorgkantoren stellen vast dat de afbakening alleen kan op aanbod kenmerken/criteria;*
- *Alles met een PGB financieren is geen oplossingsvariant, omdat clusterbewoners niet uitkomen met een PGB dat wordt uitgerekend op basis van de vigerende spelregels;*
- *Over de inkoop van ADL-zorg (per 1.1.2012) speelt de opheffing van de contracteerplicht in relatie tot aanbesteding. Het is aan de zorgkantoren/verzekeraars om deze doelgroep -- met toestemming -- buiten de AWBZ-aanbesteding te houden. Ze kunnen beslissen om aan te besteden.*

Naar aanleiding van het thans voorliggende CVZ-advies voegen wij hieraan het volgende toe.

ZN maakt zich zorgen over de houdbaarheid en uitvoerbaarheid van de voorgestelde regeling. Zoals CVZ aangeeft is de omschrijving van de doelgroep gecompliceerd.

In het rapport worden varianten geschetst hoe tegemoet kan worden gekomen aan een politieke toezegging aan de beperkte doelgroep van bewoners ADL-clusterwoningen.

In de analyse is het effect op het systeem en uitstraling naar andere doelgroepen buiten beschouwing gelaten. Welke variant ook wordt gekozen, er wordt een precedent geschept op aanbodniveau. Wat betekent dat voor andere cliënten bij andere aanbieders met gelijke zorgvraag? Ook de consequenties voor het mogelijk maken van splitsing PGB/ZIN binnen één functie zijn -- in uitstraling op andere doelgroepen -- niet te overzien.

En wat te doen als andere cliënten met gelijke zorgvraag zich bij Fokus op de wachtlijst laten plaatsen? Kunnen andere aanbieders onder gelijke voorwaarden overbruggingszorg leveren? Wat zou dat te weeg brengen?

ZN constateert een vicieuze cirkel. De overheid wil af van de bijzondere subsidieregelingen. Alle AWBZ-zorg moet uitgevoerd worden binnen de reguliere uitvoeringsconstructie met zijn uniforme spelregels voor indicatiestelling, zorgtoewijzing, leveringsvorm, inkoop etc. Tegelijkertijd wordt vastgehouden aan de bijzonderheden van de subsidieregeling. En dat kan alleen als een uitzondering wordt gecreëerd op de reguliere AWBZ spelregels. Wat er weer voor pleit om het uit het reguliere proces te trekken.

De variant 'indicatiebesluit' uit het thans voorliggende advies komt naar onze mening het meest tegemoet aan de uitgangspunten van ZN. In de variant 'indicatiebesluit' blijft het algemene principe van ondeelbaarheid binnen AWBZ-functies overeind, en is de doelgroep goed af te bakenen. Maar ZN wil deze variant combineren met het inmiddels in de AWBZ gebruikelijke figuur van hoofd- en onderaannemerschap. Het CIZ stelt een indicatie waarbij een splitsing voor in/om huis en buiten de woning wordt gemaakt.

De ADL-aanbieder wordt hoofdaannemer, en de klant kan voor zorg buiten de woning een eigen aanbieder kiezen. ZIN via gewoon onderaannemerschap, maar ook een 'verzilvering van de indicatie buiten de woning' kan in principe geregeld worden. Op deze wijze wordt aangesloten bij de reguliere praktijk in de AWBZ én tegemoet gekomen aan de wens van de ADL-cluster bewoner.

Tenslotte nog dit. De context van de voorliggende uitvoeringstoets is de huidige uitvoeringsconstructie van de AWBZ met regionale zorgkantoren. In 2012 zal de AWBZ niet meer worden uitgevoerd door regionaal opererende zorgkantoren, maar wellicht door landelijk werkende zorgverzekeraars voor de eigen verzekerden.

Verder zullen zorgaanbieders op cliëntniveau gaan declareren. De declaratiestandaarden zijn niet ingericht op meerdere declaraties binnen één functie. Het is belangrijk dat – alvorens definitief voor een bepaalde werkwijze te kiezen – deze ook nog tegen het licht van die nieuwe werkelijkheid te houden

centrum indicatiestelling zorg



Postbus 232, 3970 AE DRIEBERGEN

College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. mw. mr. G.M.M. Hendriksen
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

CIZ
Princenhof Park 3
3972 NG Driebergen
Postbus 232
3970 AE Driebergen
KvK Utrecht 30159219

T 088 - 789 67 00
F 088 - 789 67 01
E info@ciz.nl
www.ciz.nl

Datum 16 augustus 2010
Ons kenmerk B&JZ-U-10-021
Behandeld door Mw. I. Vijzelman
Betreft Reactie CIZ op de concept-uitvoeringstoets AWBZ zorg in en om de ADL Clusterwoning
Uitgave: College voor zorgverzekeringen; Volgnummer: 2010082315
Afdeling: ZORG-ZA; Auteur: mw. mr. G.M.M. Hendriksen

Geachte mevrouw Hendriksen,

In deze brief vindt u het door u gevraagde commentaar van het CIZ op bovengenoemd concept-rapport.

Het CIZ kan voor een groot deel de bevindingen van het CVZ onderschrijven. Op enkele punten willen wij echter een aanvullende opmerking maken.

Titel van het rapport

Naar onze mening gaat het hier niet alleen om de AWBZ zorg in en om de ADL-clusterwoning, maar juist ook om de combinatie van zorgfuncties in/om en buiten de clusterwoning. Hoewel wij begrijpen dat de discussie over de deelbaarheid van functies aan de orde is in de discussie over het exploitabel houden van de zorg in en om de woningen door de huidige aanbieders van de adl assistentie, is het juist de *combinatie* van zorg in/om en buiten de clusterwoning die de vraag naar de deelbaarheid van functies op roept.

Dat zou naar ons idee in de titel van het rapport meer tot uitdrukking mogen komen.

Samenvatting

In de samenvatting stelt CVZ dat de toename van de uitvoeringslast voor het CIZ enigszins zal toenemen als deelbaarheid van functies mogelijk zou worden.

Het CIZ herkent zich in de beschrijving van de punten die zullen zorgen voor deze toename van de genoemde uitvoeringslast, maar deze zijn nog onvoldoende uitgewerkt. Om het geheel juist en volledig in kaart te brengen vindt het CIZ het van belang om nog vóór de besluitvorming zelf ook nog een uitvoeringstoets te doen, waarbij de daadwerkelijke consequenties in ware omvang expliciet in beeld gebracht kunnen worden.

Hoofdstuk 10

Dit laatste geldt ook voor het nog onbesproken alternatief van de aparte aanspraak, die wordt genoemd in de afrondende conclusies en slotopmerkingen van hoofdstuk 10. Zo is bijvoorbeeld niet duidelijk wat de consequenties zijn voor de indicatiestelling ingeval van een wijziging in de verhouding van de benodigde zorg in en om de woning en de zorg buiten de woning. Het feit dat deze verhouding dan mogelijk voor bezwaar en beroep vatbaar zou kunnen worden, vraagt nadere uitwerking. Ook is niet duidelijk hoe de herindicaties van de zittende bewoners zullen moeten plaatsvinden als wordt besloten tot deelbaarheid van functies.



Zoals CVZ heeft vermeld in het rapport is de splitsing in het zorggebruik in en om de clusterwoning en buiten de clusterwoning tijdens de herindicatieronde alleen uitgevoerd voor de functie Persoonlijke Verzorging maar niet voor de functies Verpleging en Begeleiding. Wij hebben momenteel geen zicht op de werklust die dit voor het CIZ met zich mee zal brengen. Daarnaast moet nog worden opgemerkt dat, als tot deelbaarheid van de functies wordt besloten, de adl clusterbewoners zijn uitgesloten van de mogelijkheid om via een standaard indicatieprotocol of middels een herindicatie via taakmandaat zorg aan te vragen. In deze nieuwe aanvraagmogelijkheden is voorsnog geen rekening gehouden met een mogelijke deelbaarheid van functies.

Doelmatigheid van investeringen

Afsluitend deelt het CIZ in hoge mate de twijfel van CVZ en ZN over de doelmatigheid van investeringen om tot verandering te komen voor een doelgroep van zo'n geringe omvang. Hierbij doelen wij op de noodzakelijke aanpassing van de PGB regeling en de aanpassing van de AZR zoals dit ook door CVZ in de rapportage is vermeld.

Principieel vraagstuk

Tenslotte vragen wij aandacht voor het principiële vraagstuk, namelijk dat de splitsing van de functies als deze alleen mogelijk gemaakt zou worden voor de adl clusterbewoner. In het verleden is vanuit diverse doelgroepen vraag geweest naar een splitsing van functies. Dit is echter voor deze doelgroepen niet mogelijk gemaakt. Het CIZ vraagt zich af of in dit licht het gelijkheidsbeginsel wellicht in het geding is.

Met vriendelijke groet,

M.G.A. de Krosse, arts
Manager Beleid & Juridische Zaken