

*Rapport*

## **Uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie**

Op 15 april 2013 uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<b><i>Uitgave</i></b>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<b><i>Volgnummer</i></b> <b><i>Afdeling</i></b> <b><i>Auteur</i></b>	2012121507 Zorg Advies mw. drs. C.B.M. Nyst in samenwerking met mw. L.P. van Amesfoort B.Ec., mw. mr. J. Hallie, mw. mr. G.M.M. Hendriksen-Neijssen, drs. A.M. Hopman, mw. drs. O. Overeem, mw. mr. R. Storm van 's Gravesande-Roelse, mw. J.M.C.H. van Uden-Bon en mw. mr. S.E. Weghaus-Reus
<b><i>Telefoonnummer</i></b>	Tel. (020) 797 85 55

## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting	
1	1. Inleiding	
2	1.a. Aanpak	
3	1.b. Leeswijzer	
4	2. ADL-assistentie toen en nu	
4	2.a.1. Inhoud van de aanspraak	
5	2.a.2. Situatie tot 1 januari 2012	
6	2.a.3. Situatie vanaf 1 januari 2012	
7	3. De doelgroep	
7	3.a. Beperkingen	
7	3.a.1. Lichamelijke beperkingen	
8	3.a.2. Cognitieve beperkingen	
9	3.b. Maatschappelijke participatie	
10	3.c. Minimum aantal uren individuele zorg	
11	3.d. Leeftijdsgrenzen instroom	
12	3.e. Conclusie doelgroep	
13	4. Algemene uitvoeringsaspecten	
13	4.a. Doelmatigheid	
13	4.a.1. Doelmatigheid in de AWBZ	
13	4.a.2. Doelmatigheid en ADL-assistentie	
14	4.a.3. Conclusie doelmatigheid	
14	4.b. Zorg en wonen	
16	4.c. Zorg in natura (ZIN) of persoonsgebonden budget (PGB)	
17	4.d. Eigen bijdrage AWBZ	
18	4.e. Rol zorgkantoren	
19	4.f. Conclusie algemene uitvoeringsaspecten	
21	5. Nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep	
21	5.a. Inleiding	
22	5.b. Integraal pakket van samenhangende zorg	
22	5.b.1. Indicatiestelling	
23	5.c. Voorgelegde alternatieve scenario's	
23	5.c.1. Scenario A: ADL-assistentie	
23	5.c.2. Scenario B: extramurale zorgpakketten	
24	5.c.3. Scenario C: opslag hand- en spandiensten	
24	5.d. Aanpassingen wet- en regelgeving	
25	5.e. Bekostiging	
26	5.f. Conclusie	
29	6. Integraal pakket persoonlijke assistentie	

29	6.a.	Inleiding
29	6.a.1.	Thuisbeademing
30	6.b.	De zorg
30	6.b.1.	Het 'Deens model'
31	6.b.2.	Situatie in Nederland
32	6.c.	Integraal pakket
33	6.c.1.	Indicatiestelling
33	6.d.	Doelmatigheid
34	6.e.	Wet- en regelgeving
35	6.f.	Bekostiging
36	6.g.	Conclusie
39	7.	Reacties consultatie externe partijen
45	8.	Adviescommissie pakket
47	9.	Samenvattende conclusies
47	9.a.1.	De doelgroep
47	9.a.2.	Algemene uitvoeringsaspecten
48	9.a.3.	Nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep
50	9.a.4.	Integraal pakket persoonlijke assistentie
51	9.a.5.	Wet- en regelgeving
53	10.	Vaststelling uitvoeringstoets

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

1. Brief van de staatssecretaris van VWS van 3 oktober 2012, DLZ/SFI-U-3131011
2. Overzicht geconsulteerde externe partijen
3. Wet- en regelgeving
4. Financiële toelichting 24-uurszorg op afroep
5. Financiële toelichting integraal pakket persoonlijke assistentie
6. Vervolg reacties externe partijen naar aanleiding van consultatie

## Samenvatting

Met ingang van 1 januari 2012 is de subsidieregeling voor ADL-assistentie<sup>1</sup> afgeschaft. In plaats daarvan is in de AWBZ de tijdelijke aanspraak ADL-assistentie opgenomen, waarmee het pakket 24-uurszorg op afroep dat tot nu toe in ADL-clusters wordt geleverd, behouden blijft.

Met ingang van 1 januari 2014 moet de aanspraak op 24-uurszorg op afroep structureel geregeld zijn in de AWBZ.

### *Vraagstelling*

De staatssecretaris van VWS heeft drie alternatieve scenario's voor ADL-assistentie aan het CVZ voorgelegd en gevraagd de gevolgen voor de uitvoering in beeld te brengen. Daarnaast is de mogelijkheid gelaten om andere scenario's voor te stellen.

Het CVZ gaat in deze uitvoeringstoets uit van de beleidsvoornemens van de staatssecretaris en beoordeelt niet de noodzakelijkheid van een aanspraak op 24-uurszorg op afroep. Het CVZ beperkt zich tot het bespreken van de voorwaarden waaronder een nieuwe aanspraak kan worden vormgegeven binnen de AWBZ.

Verder heeft de staatssecretaris gevraagd om te adviseren over een integraal pakket persoonlijke assistentie voor verzekerden met chronische beademing in de thuissituatie voor wie direct ingrijpen in noodsituaties noodzakelijk is.

Omdat 24-uurszorg op afroep en een integraal pakket persoonlijke assistentie twee verschillende aanspraken zijn, heeft het CVZ de vragen van de staatssecretaris afzonderlijk behandeld. Daarbij is, voor zover mogelijk, ook rekening gehouden met de plannen voor de extramurale AWBZ-zorg in het Regeerakkoord. De precieze gevolgen van het Regeerakkoord zijn op dit moment echter nog niet te overzien. Na overleg met het ministerie van VWS heeft het CVZ zich daarom in deze uitvoeringstoets gehouden aan de vragen in de brief van 3 oktober 2012.

### *24-uurszorg op afroep*

#### *24-uurszorg op afroep*

Het CVZ heeft de drie voorgelegde scenario's voor 24-uurszorg op afroep beoordeeld en vastgesteld dat een alternatief scenario in de vorm van een integraal pakket van samenhangende zorg de beste oplossing biedt als nieuwe, structurele aanspraak. De redenen hiervoor zijn dat scenario A, vergelijkbaar met de huidige tijdelijke aanspraak op ADL-assistentie, niet doelmatig is, omdat sprake is van een dubbele verstrekking voor verpleging. Scenario B bestaat uit extramurale zorgpakketten. De hiervoor noodzakelijke cliëntprofielen zijn moeilijk vast te stellen, vanwege de

### *Voorgelegde scenario's*

---

<sup>1</sup> ADL-assistentie is gedurende 24 uur direct oproepbare assistentie bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in en om de woning van de verzekerde. Op dit moment maken ongeveer 1.300 verzekerden hier gebruik van.

heterogeniteit van de doelgroep. Scenario C gaat uit van reguliere extramurale zorgfuncties, waardoor de samenhang van de zorg op termijn niet gegarandeerd is.

***Integraal pakket  
samenhangende  
zorg***

Het alternatieve scenario dat het CVZ voorstelt, bestaat uit elementen van de door de staatssecretaris voorgelegde scenario's. Met dit scenario is de huidige samenhang van de verschillende zorgvormen in de huidige ADL-assistentie ook op termijn te garanderen.

Door de totale zorg als integraal pakket te definiëren, is ook de samenhang van de zorg *buiten* de woning te garanderen. Dit voorkomt ook dat de verzekerde een nieuwe indicatie moet aanvragen bij een (tijdelijke) verschuiving in de verhouding van de zorg in en om de woning en de zorg die daarbuiten nodig is.

***Deelbaarheid  
functies***

Wel kan hierdoor een probleem ontstaan voor de verzekerde die bijvoorbeeld de zorg buiten de woning bij een andere zorgaanbieder wenst af te nemen dan de zorg binnen de woning. Het CVZ heeft in een in 2010 uitgebrachte uitvoeringstoets de (on)mogelijkheden van de deelbaarheid van functies onderzocht.<sup>2</sup> De conclusie was dat een keuze voor meerdere leveringsvormen binnen één functie tot een toename van de uitvoeringslast bij de zorgkantoren en het indicatieorgaan leidt. Bovendien is deelbaarheid van functies alleen mogelijk als er aanpassingen in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) en in de PGB-regeling plaatsvinden.

***Kosten***

De begroting van de maximale kosten voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep is afhankelijk van de reikwijdte van de aanspraak: een integraal pakket van samenhangende zorg dat beperkt is tot de zorg in en om de woning of ook de zorg buiten de woning omvat. Ook de inhoud van de aanspraak is hiervoor belangrijk. Uitgaande van de gemiddelde werkelijke zorgvraag binnen de huidige ADL-clusters op basis van de indicatie voor ADL-assistentie, en aangenomen dat de in aanvulling hierop geïndiceerde verpleging volledig in en om de woning wordt ingezet, zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 81.500 per jaar per verzekerde. Als de totale zorg als één pakket wordt gedefinieerd, dan zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 108.500 per jaar per verzekerde.

De maximale macrokosten voor een aanspraak op een integraal pakket van samenhangende zorg beperkt tot de zorg in en om de woning, heeft het CVZ begroot op ongeveer

---

<sup>2</sup> College voor zorgverzekeringen. Uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL-clusterwoning. Diemen, 21 september 2010; [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/rapporten/2010/rpt1009+awbz+in+adl-clusterwoning.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2010/rpt1009+awbz+in+adl-clusterwoning.pdf)

<sup>3</sup> Zie Bijlage 4.

<sup>4</sup> Zie onder meer RZA 2004, 196 en RZA 2007, 173.

€ 468 miljoen per jaar. De maximale kosten voor een aanspraak waarin ook de zorg buiten de woning is opgenomen heeft het CVZ begroot op ongeveer € 800 miljoen per jaar.<sup>3</sup>

Voor een nieuwe, structurele aanspraak is het belangrijk om de doelgroep af te bakenen en rekening te houden met een aantal algemene uitvoeringsaspecten.

<b>Individuele beoordeling</b>	<p><i>De doelgroep</i></p> <p>Als een verzekerde een indicatie aanvraagt voor 24-uurszorg op afroep, moet het indicatieorgaan aan de hand van een individuele beoordeling eerst bepalen of reguliere thuiszorg een adequate oplossing biedt. Is dat niet het geval, dan kan de verzekerde een indicatie krijgen voor 24-uurszorg op afroep als dit wel een adequate oplossing biedt.</p>
<b>Voorwaarden</b>	<p>De verzekerde moet aan vier cumulatieve voorwaarden voldoen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• hij heeft een ernstige lichamelijke beperking;</li><li>• hij is voldoende zelfredzaam om met praktische ondersteuning een zelfstandig huishouden te voeren, de nodige zorg op te roepen en aan te sturen;</li><li>• hij is aangewezen op samenhangende individuele persoonlijke zorg, waarvan een substantieel deel op afroep;</li><li>• hij is minimaal 18 jaar.</li></ul>
<b>Overgangsregeling</b>	<p>Voor huidige bewoners van een ADL-clusterwoning die op 1 januari 2014 niet (meer) aan de voorwaarden voldoen, is de staatssecretaris van plan een overgangsregeling te treffen.</p>
<b>Algemene uitvoeringsaspecten</b>	<p><i>Algemene uitvoeringsaspecten</i></p> <p>Op een nieuwe AWBZ-aanspraak zijn de huidige wettelijke eisen van de AWBZ van toepassing. Dat betekent dat het indicatieorgaan rekening moet houden met doelmatige zorg en dat de uitvoering door de zorgkantoren regionaal plaatsvindt. Ook moet worden overwogen of de verzekerde een eigen bijdrage moet gaan betalen voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep.</p>
<b>Zorg en wonen</b>	<p>Wil 24-uurszorg op afroep doelmatig en verantwoord geleverd kunnen worden, dan moet een verzekerde kunnen beschikken over een aan zijn beperkingen aangepaste woning waar 24-uurszorg op afroep daadwerkelijk de beoogde zelfredzaamheid realiseert. Dit kan bereikt worden door deze voorwaarde te stellen bij de formulering van de aanspraak. Een andere mogelijkheid is dat de regelgeving zodanig wordt aangepast dat overbruggingszorg aan een maximale termijn wordt gebonden of het indicatieorgaan er in zijn normering van uit mag gaan als ware een aangepaste woning aanwezig.</p>
<b>Zorg in natura (ZIN)</b>	<p>Als de nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep wordt beperkt tot zorg in natura (ZIN), moet de zorg bij één aanbieder worden afgenomen die verantwoordelijk is voor de</p>

levering en de kwaliteit van de zorg. De zorgonderdelen die deze aanbieder zelf niet verantwoord kan leveren, moet hij als hoofdaannemer inkopen bij een andere aanbieder die dat wel kan (de onderaannemer). De verplichting om de zorg in natura te verzilveren bij één hoofdaannemer betekent een beperking van de keuzevrijheid van de verzekerde.

***Persoonsgebonden budget (PGB)***

Door de mogelijkheid te creëren om de zorg zelf in te kopen met een PGB, kan de keuzevrijheid van de verzekerde worden verruimd en de eigen regie van de verzekerde worden geoptimaliseerd. Daarvoor is aanpassing van de huidige PGB-regeling noodzakelijk.

Hier past wel de kanttekening bij dat het voor een aanbieder van 24-uurszorg op afroep onrendabel kan worden om deze zorg te (blijven) leveren, als de verzekerde de keuze krijgt tussen ZIN en een PGB. Daarmee zouden mogelijkheden voor 24-uurszorg op afroep op termijn kunnen afnemen.

***Overgangsregeling***

Als aanpassingen op het gebied van de algemene uitvoeringsaspecten tot onevenredig nadelige gevolgen leiden voor huidige bewoners van ADL-clusterwoningen, kan een overgangsregeling een oplossing bieden.

***Integraal pakket persoonlijke assistentie***

In Nederland bestaat een aantal mogelijkheden voor verzekerden met chronische beademing, om in de thuissituatie adequate zorg te ontvangen, zoals reguliere thuiszorg en 24-uurszorg op afroep.

***Integraal pakket persoonlijke assistentie***

De staatssecretaris overweegt om het voor verzekerden met chronische beademing met een zeer korte responstijd mogelijk te maken om met een PGB een integraal pakket persoonlijke assistentie in te kopen. Daarbij worden de BPA-regelingen in Denemarken (het 'Deens model') als voorbeeld genomen. De Nederlandse PGB-regeling is vergelijkbaar met deze BPA-regelingen.

De staatssecretaris heeft het CVZ hierover advies gevraagd.

***Doelgroep***

Als een verzekerde een indicatie aanvraagt voor een integraal pakket persoonlijke assistentie, moet het indicatieorgaan aan de hand van een individuele beoordeling eerst bepalen of reguliere thuiszorg of 24-uurszorg op afroep een adequate oplossing biedt. Is dat niet het geval, dan kan de verzekerde een indicatie krijgen voor een integraal pakket persoonlijke assistentie als dit wel een adequate oplossing biedt.

***Inhoud aanspraak***

Het ligt voor de hand dat een integraal pakket persoonlijke assistentie *alle* zorg omvat waar de verzekerde op is aangewezen, ook de huishoudelijke hulp, omdat een assistent 24 uur per dag in de directe omgeving van de verzekerde aanwezig is.

Met een aparte aanspraak voor een integraal pakket persoonlijke assistentie is ook voor de groep verzekerden met chronische ademhalingsondersteuning met een zeer korte responstijd de samenhang tussen de verschillende zorgvormen op termijn gegarandeerd.

Op dit moment is het uitgangspunt dat de zorg die een verzekerde die is aangewezen op verblijf in een instelling in de thuissituatie ontvangt, in beginsel niet meer mag kosten dan de zorg die hij in een verblijfsinstelling zou ontvangen.<sup>4</sup>

***Financiële aspecten***

De mogelijkheid van beademing in de thuissituatie heeft een positief effect op de ervaren kwaliteit van leven. De extra kosten die hier tegenover staan, kunnen te rechtvaardigen zijn. Het CVZ kan nu geen zinvolle uitspraak doen over de kosteneffectiviteit, omdat een maatstaf voor de kwaliteit van leven op dit moment nog ontbreekt.

***Algemene uitvoeringsaspecten***

De algemene uitvoeringsaspecten zoals beschreven voor de 24-uurszorg op afroep zijn in beginsel ook van toepassing op een aanspraak in de vorm van een integraal pakket persoonlijke assistentie.

***Gevolgen voor wet- en regelgeving***

***Wet- en regelgeving***

Om de nieuwe aanspraken te kunnen realiseren is aanpassing nodig van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en het Zorgindicatiebesluit. Ook de beleidsregels zullen moeten worden aangepast, zowel de beleidsregels indicatiestelling AWBZ als de beleidsregels van de NZa voor de bekostiging. Om een eigen bijdrage voor de nieuwe aanspraken te kunnen heffen, is aanpassing van het Bijdragebesluit zorg (Bbz) nodig.

Aanpassing van de huidige PGB-regeling is nodig als de nieuwe aanspraken ook te verzilveren zijn in de vorm van een PGB. Een nieuwe aanspraak is niet zodanig te formuleren dat deze alleen met een PGB verzilverd kan worden. Daarvoor is aanpassing van de AWBZ nodig.



## 1. Inleiding

### ***Subsidie***

Met ingang van 1 januari 2012 is de subsidie voor ADL-assistentie op grond van de Regeling subsidies AWBZ afgeschaft. In plaats daarvan is in de AWBZ de tijdelijke aanspraak ADL-assistentie opgenomen. Hiermee blijft het pakket 24-uurszorg op afroep dat tot nu toe in ADL-clusters wordt geleverd, behouden. Dat wil zeggen de levering van zorg in natura in en om een met subsidie tot stand gekomen, rolstoelbaar woning door een bestaande aanbieder van ADL-assistentie.

### ***Tijdelijke AWBZ-aanspraak***

Met ingang van 1 januari 2014 vervalt de tijdelijke aanspraak ADL-assistentie. De aanspraak op 24-uurszorg op afroep moet vanaf die datum structureel geregeld zijn binnen de AWBZ. De bedoeling is dat de aanspraak dan niet langer afhankelijk is van het woonachtig zijn in een bestaande woning voor ADL-assistentie. Ook nieuwe concepten van nieuwe aanbieders moeten mogelijk zijn.

### ***Nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep***

In zijn brief van 3 oktober 2012<sup>5</sup> heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan het CVZ drie scenario's voorgelegd voor een nieuwe, structurele aanspraak 24-uurszorg op afroep. De bedoeling is om met deze aanspraak de huidige mogelijkheid te behouden voor verzekerden met een ernstige lichamelijke beperking om een zelfstandig leven te kunnen (blijven) leiden door middel van 24 uur per dag oproepbare dienstverlening. De vraag van de staatssecretaris is om per scenario de uitvoerbaarheid hiervan te beoordelen op aspecten als keuzevrijheid van de verzekerde, de gevolgen voor de uitvoering voor verzekerden, aanbieders, indicatiestellers en zorgverzekeraars, en draagvlak bij verzekerden en aanbieders.

### ***Integraal pakket thuisbeademing***

Daarnaast heeft de staatssecretaris gevraagd om te adviseren over een integraal pakket persoonlijke assistentie voor de zwaarste groep gehandicapten die vrijwel 24 uur per dag assistentie nodig hebben. Deze groep is vooralsnog beperkt tot mensen met chronische beademing in de thuissituatie die een beperkte handfunctie hebben, en voor wie in noodsituaties direct ingrijpen noodzakelijk is, omdat het uitblijven van hulp binnen enkele minuten levensbedreigend is.

De staatssecretaris heeft ook gevraagd om bij de uitvoeringstoets rekening te houden met de mogelijke gevolgen van het huidige Regeerakkoord voor de nieuwe aanspraak. De precieze gevolgen hiervan zijn op dit moment echter nog niet te overzien. Na overleg met het ministerie van VWS heeft het CVZ zich daarom in deze uitvoeringstoets gehouden aan de vragen in de brief van 3 oktober 2012.

---

<sup>5</sup> VWS, brief 3 oktober 2012, DLZ/SFI-U-3131011 (Bijlage 1).

### ***1.a. Aanpak***

Het CVZ gaat in deze uitvoeringstoets uit van de beleidsvoornemens van de staatssecretaris en beoordeelt niet de noodzakelijkheid van een aanspraak op 24-uurszorg op afroep. Het CVZ beperkt zich tot het bespreken van de voorwaarden waaronder een nieuwe aanspraak kan worden vormgegeven binnen de AWBZ.

Bij de bespreking van de voorgelegde scenario's behandelt het CVZ scenario D, de integrale zorg met persoonlijke assistentie, afzonderlijk van de andere scenario's. Het gaat bij dit scenario niet om zorg op afroep, maar om een situatie waarbij de verzekerde 24 uur per dag een of meer assistenten in zijn directe nabijheid heeft.

#### ***Afbakening doelgroep***

Verder heeft het CVZ bij de beoordeling van de voorgelegde scenario's vastgesteld dat het belangrijk is om eerst te bepalen wat de beoogde doelgroep is voor een nieuwe, structurele aanspraak binnen de AWBZ, voordat de uitvoeringsconsequenties hiervan beoordeeld worden. We gaan daarom eerst in op een aantal punten die de doelgroep betreffen.

#### ***Algemene uitvoeringsaspecten***

Daarna bespreekt het CVZ een aantal uitvoeringsaspecten die van belang zijn voor alle scenario's. Het gaat onder meer om de doelmatigheid van de zorg en de relatie tussen zorg en wonen.

#### ***Scenario's***

Vervolgens komen de mogelijke scenario's aan de orde. Het CVZ stelt daarbij een alternatief scenario voor 24-uurszorg op afroep voor dat is samengesteld uit onderdelen van de door de staatssecretaris voorgestelde scenario's en geeft aan waarom het dit scenario het meest geschikt vindt als nieuwe, structurele aanspraak.

#### ***Pakketcriteria***

Bij de beoordeling heeft het CVZ getoetst aan zijn eigen pakketcriteria:

- noodzakelijkheid;
- doelmatigheid (kosteneffectiviteit);
- uitvoerbaarheid.

Bij de totstandkoming van deze uitvoeringstoets heeft het CVZ gebruik gemaakt van interne beleidsmatige, juridische en financiële/cijfermatige expertise, en van externe experts (zie Bijlage 2).

Om zich een beter beeld te kunnen vormen van hoe op dit moment uitvoering wordt gegeven aan de aanspraak, is een bezoek gebracht aan één van de huidige ADL-clusters van Stichting Fokus en gesproken met een aantal van de bewoners en met de cliëntenraad.

### ***1.b. Leeswijzer***

In deze uitvoeringstoets beschrijft het CVZ eerst kort de ADL-assistentie tot nu toe (hoofdstuk 2).

Hoofdstuk 3 gaat over de doelgroep van een nieuwe aanspraak en de voorwaarden waar een verzekerde aan moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep. In hoofdstuk 4 komen een aantal algemene uitvoeringsaspecten aan de orde die voor alle scenario's gelden. Hoofdstuk 5 gaat over de door de staatssecretaris voorgelegde scenario's en een door het CVZ voorgesteld alternatief scenario. Hoofdstuk 6 gaat over het integrale pakket persoonlijke assistentie voor verzekerden met chronische beademing.

In hoofdstuk 7 vindt u reacties van de externe partijen op de concept-uitvoeringstoets die ter consultatie aan hen is voorgelegd. Het vervolg is opgenomen in bijlage 6.

Hoofdstuk 8 bevat een korte weergave van de bespreking van de concept-uitvoeringstoets door de Adviescommissie pakket. De samenvattende conclusies zijn opgenomen in hoofdstuk 9.

Verder is in bijlage 2 een overzicht opgenomen van de geconsulteerde externe partijen. In bijlage 3 is de van toepassing zijnde wet- en regelgeving opgenomen. De cijfers en berekeningen die bij de financiële paragrafen<sup>6</sup> horen, staan in bijlagen 4 en 5.

---

<sup>6</sup> Zie paragraaf 5.e. en paragraaf 6.f.

## 2. ADL-assistentie toen en nu

### 2.a.1. Inhoud van de aanspraak

<b>ADL-assistentie</b>	De ADL-assistentie is ontstaan vanuit het idee dat mensen met een ernstige lichamelijke beperking die wel de regie kunnen voeren, zoveel mogelijk zelf hun leven moeten kunnen inrichten. In een verblijfsinstelling is dat niet goed mogelijk. Er is bij ADL-assistentie dan ook geen sprake van verblijf in een instelling. De zorg wordt in een eigen (geclusterde) woning geboden.
<b>Inhoud ADL-assistentie</b>	ADL-assistentie is gedurende 24 uur direct oproepbare assistentie bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in en om de woning van de verzekerde. ADL-assistentie bestaat uit een mix van extramurale zorgvormen: persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten. Het gaat onder meer om "... 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)." <sup>7</sup>
<b>Hand- en spandiensten</b>	Onder hand- en spandiensten worden vooral kleine, praktische handelingen verstaan. Het kan gaan om het bijvullen van papier in de printer, het opruimen van een omgevallen glas drinken, het indraaien van een nieuwe lamp enz. Het gaat vaak om activiteiten die in de reguliere extramurale zorg onder de AWBZ-functie begeleiding thuishoren of onder de huishoudelijke activiteiten van de Wmo. <sup>8</sup>
<b>Samenhangende zorg</b>	Hand- en spandiensten zijn niet volledig te scheiden van de persoonlijke verzorging en verpleging waarop de verzekerde is aangewezen. De verschillende zorgvormen hangen met elkaar samen, zij zijn in de praktijk niet los van elkaar te zien (samenhangende zorg).
<b>ADL-clusterwoning</b>	De verzekerde woont in een zogenoemde ADL-clusterwoning. Dit is een woning die deel uitmaakt van een aantal bij elkaar horende rolstoeltoegankelijke sociale huurwoningen die tot

<sup>7</sup> Regeling subsidies AWBZ 2011, Toelichting, Hoofdstuk II p.53.

<sup>8</sup> College voor Zorgverzekeringen. Herindicatie van ADL-assistentie voor AWBZ-zorg, 23 november 2010; [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1011+herindicatie+adl-assistentie.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1011+herindicatie+adl-assistentie.pdf).

stand zijn gekomen met subsidie uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. De aanbieder van ADL-assistentie heeft een overeenkomst met de verhuurder van de woningen. De verzekerde huurt zelf de woning van de verhuurder en kiest hiermee ook voor het afnemen van de zorg van deze aanbieder.

#### *2.a.2. Situatie tot 1 januari 2012*

Tot 1 januari 2012 was ADL-assistentie onderdeel van de Regeling subsidies AWBZ (verder: de Regeling).

#### **Cumulatieve voorwaarden**

Naast wonen in een ADL-clusterwoning moest de verzekerde ook nog voldoen aan de volgende vier cumulatieve voorwaarden:<sup>9</sup>

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

#### **Omvang ADL-assistentie**

Bij de indicatiestelling gaf het CIZ een advies af over de omvang van de zorg in uren waarop de verzekerde in en om de woning aangewezen was. Het aantal werkelijk verleende uren ADL-assistentie moest globaal overeenkomen met dit aantal geïndiceerde uren. Als bij een bewoner van een ADL-clusterwoning de zorgbehoefte de omvang van de laatste indicatie structureel overschreed met meer dan twee uur, moest de aanbieder van de ADL-assistentie binnen drie maanden een herindicatie aanvragen voor die bewoner.<sup>10</sup> Met 'structurele overschrijding' werden niet tijdelijke afwijkingen in de zorgvraag naar aanleiding van ziekte, vakantie of ziekenhuisopname bedoeld.<sup>11</sup>

#### **Herindicatie**

In de loop van 2009 en 2010 zijn de verzekerden die al in een ADL-clusterwoning van een bestaande aanbieder woonden opnieuw geïndiceerd door het CIZ. Dit ter voorbereiding op de overgang van de ADL-assistentie van subsidieregeling naar de AWBZ. De zittende bewoners hebben toen een indicatie gekregen voor persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding in functies en klassen. In een bijlage bij het indicatiebesluit heeft het CIZ aangegeven wat de omvang is van de persoonlijke verzorging waarop de verzekerde is aangewezen in en om de woning.

<sup>9</sup> Artikel 2.9.3 lid 1 onderdeel a t/m d van de Regeling subsidies AWBZ 2011.

<sup>10</sup> Staatscourant 13 december 2005, nr. 242 / pag. 31; artikel 2.9.4 van de Regeling subsidies AWBZ 2005.

<sup>11</sup> Idem; paragraaf 2.9. ADL-assistentie in ADL-clusters, Toelichting Regeling subsidies AWBZ 2005.

### *2.a.3. Situatie vanaf 1 januari 2012*

#### ***Einde subsidieregeling***

Met ingang van 1 januari 2012 is de subsidieregeling voor ADL-assistentie afgeschaft. De ADL-assistentie is met ingang van die datum als tijdelijke aanspraak in de AWBZ opgenomen.<sup>12</sup>

#### ***Tijdelijke aanspraak***

De tijdelijke aanspraak geldt alleen voor verzekerden die in een bestaande ADL-clusterwoning wonen. Aan de eerder afgegeven indicatie in functies en klassen is ambtelijk een indicatie toegevoegd voor ADL-assistentie voor de zorg in en om de woning. Hierbij is geen omvang aangegeven. Voor nieuwe bewoners gelden de cumulatieve voorwaarden die ook onder de Regeling van toepassing waren.<sup>13</sup>

#### ***Aanvullende indicatie***

Op dit moment hebben de bewoners van een ADL-clusterwoning een indicatie voor ADL-assistentie voor de zorg in en om de woning. De ADL-assistentie kan alleen in natura worden afgenomen. In aanvulling daarop is een indicatie in functies en klassen mogelijk voor AWBZ-zorg buiten de woning. Deze zorg kan de verzekerde vervolgens verzilveren in natura of met een persoonsgebonden budget (PGB). Als de verzekerde is aangewezen op verpleging, kan hij hiervoor ook een aparte indicatie krijgen. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen verpleging in en om de woning en verpleging buiten de woning, ook al bevat de ADL-assistentie ook verpleegkundige handelingen.

#### ***Huidige situatie***

Op dit moment zijn er in totaal 100 clusters waar ongeveer 1.300 verzekerden ADL-assistentie ontvangen. De clusters worden geëxploiteerd door drie aanbieders van ADL-assistentie: Stichting Fokus in Groningen (97 clusters) die landelijk opereert, de Osira Groep in Amsterdam (2 clusters) en Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ) in Wassenaar (1 cluster).

---

<sup>12</sup> Artikel 34 Bza.

<sup>13</sup> Artikel 34 lid 2 Bza

### 3. De doelgroep

- De staatssecretaris heeft in de brief van 3 oktober 2012 een aantal algemene uitgangspunten opgenomen voor de doelgroep van een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep.
- Uitgangspunten**
- Het moet gaan om verzekerden met een zwaar lichamelijke beperking /handicap die geen cognitieve beperkingen mogen hebben.
  - De verzekerde moet zijn aangewezen op minimaal 10 uur individuele persoonlijke zorg per week.
  - De minimumleeftijd is 18 jaar.

#### 3.a. Beperkingen

##### 3.a.1. Lichamelijke beperkingen

Onder de tijdelijke aanspraak is één van de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op ADL-assistentie dat de verzekerde een lichamelijke handicap of somatische aandoening heeft.

- Beperking vs handicap**
- In de brief van 3 oktober 2012 spreekt de staatssecretaris over zowel “de zwaarste groep lichamelijk gehandicapten” als over “verzekerden met een ernstige lichamelijke beperking”, als beoogde doelgroep.
- Het CVZ geeft er de voorkeur aan om te spreken over verzekerden met een ernstige lichamelijke ‘beperking die langdurig moet worden gecompenseerd’ in plaats van ‘handicap’. Bij de beoordeling of iemand zorg nodig heeft, gaat het immers om activiteiten die een verzekerde niet (meer) kan uitvoeren als gevolg van een of meerdere beperkingen. Daarbij komt dat de term ‘handicap’ niet meer wordt gebruikt. De ICF<sup>14</sup> kent alleen de termen ‘aandoening’, ‘stoornis’ en ‘beperking’.
- De vraag is hoe vastgesteld moet worden of een verzekerde is aangewezen op 24-uurszorg op afroep in verband met een ernstige lichamelijke beperking.

**Grote variëteit aandoeningen en beperkingen**

Op basis van in 2012 voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitgevoerd onderzoek in het kader van de bekostiging van ADL-assistentie, is vastgesteld dat er sprake is van een grote variëteit in aandoeningen en beperkingen onder de huidige bewoners van ADL-clusters.<sup>15</sup> Dit komt onder meer voort uit het feit dat het vaak om progressieve aandoeningen gaat. Daarnaast is vaak sprake van comorbiditeit. Een afbakening van de groep verzekerden met ernstige lichamelijke beperkingen op basis van aandoeningen is daarom niet goed mogelijk.

---

<sup>14</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health van de World Health Organization (WHO).

<sup>15</sup> Nederlandse Zorgautoriteit. Bekostiging ADL-assistentie. KPMG Advisory NV. Utrecht, 16 april 2013.

	Ook een afbakening op basis van beperkingen blijkt lastig, omdat hierbij ook sprake is van een grote diversiteit.
<b>Individuele beoordeling</b>	Na consultatie van een aantal wetenschappelijke verenigingen <sup>16</sup> heeft het CVZ vastgesteld dat het van belang is om op individueel niveau vast te stellen welke activiteiten er moeten worden gecompenseerd en op welke manier. De ICF kan daarbij behulpzaam zijn.
<b>ICF</b>	
<b>Energetische beperkingen</b>	Het indicatieorgaan moet beoordelen wat de verzekerde zelf nog kan. Daarbij is het belangrijk om ook rekening te houden met bijvoorbeeld energetische beperkingen.
<b>Aangeboren vs verworven beperking</b>	Ook is van belang hoe de verzekerde met zijn beperkingen omgaat. In het algemeen bestaat er verschil tussen verzekerden met een aangeboren beperking en verzekerden met een op latere leeftijd verworven beperking doordat het voor de eerste groep vaak gemakkelijker is om de beperkingen te accepteren en er mee om te gaan dan voor de tweede groep. Een verzekerde met een aangeboren beperking is niet anders gewend en leert van jongs af aan om zijn beperking te compenseren.
<b>Stabiele vs progressieve aandoening</b>	Ook tussen verzekerden met een aandoening waarbij de beperkingen stabiel zijn en verzekerden die een progressieve aandoening hebben, bestaat in het algemeen verschil, omdat in het laatste geval het verloop onzeker en grillig kan zijn.
<b>Consultatie behandelaar</b>	Het gebruik van algoritmen en beslisbomen is in dit geval niet passend om te bepalen welke zorg noodzakelijk is. Consultatie van de behandelaar zou als voorwaarde in de indicatieprocedure opgenomen moeten worden. Bij de beoordeling ziet het CVZ ook een rol weggelegd voor een
<b>Rol revalidatiearts</b>	(onafhankelijke) revalidatiearts: deze kan het best de prognose van de aandoeningen en beperkingen, en het functioneren van een verzekerde in een bepaalde omgeving en omstandigheden in samenhang beoordelen.
<b>Reguliere thuiszorg</b>	Een belangrijke vraag die beantwoord moet worden, is of in het specifieke geval reguliere thuiszorg voldoet om de beperkingen adequaat te compenseren. Als dat zo is, kan de verzekerde geen aanspraak maken op 24-uurszorg op afroep. Hij krijgt dan een indicatie voor reguliere thuiszorg. Biedt de reguliere thuiszorg geen adequate oplossing, dan kan aanspraak bestaan op 24-uurszorg op afroep als dat wel een adequate oplossing biedt.
	<b>3.a.2. Cognitieve beperkingen</b>
	De staatssecretaris heeft aangegeven dat de verzekerde die aanspraak wil maken op 24-uurszorg op afroep geen cognitieve beperking mag hebben.

---

<sup>16</sup> De vereniging van indicerende en adviserende artsen (VIA), de Nederlandse vereniging van revalidatieartsen (VRA) en de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).



***Voldoende sociale zelfredzaamheid***

Eén van de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de huidige tijdelijke aanspraak is dat de verzekerde voldoende sociaal zelfredzaam is. Onder sociale zelfredzaamheid wordt verstaan:

“persoonlijke onafhankelijkheid, sociale verantwoordelijkheid, het hebben van inzicht in de zorgvraag en om zelfstandig ADL-assistentie te kunnen inroepen.”<sup>17</sup> Ook moet de verzekerde voldoende zelfredzaam zijn om zelfstandig te kunnen wonen.<sup>18</sup> Dit betekent dat de verzekerde niet aangewezen mag zijn op begeleiding bij het aanbrengen van structuur of het voeren van regie. De nodige begeleiding moet beperkt zijn tot praktische handelingen.

Een verzekerde met lichte cognitieve beperkingen, bijvoorbeeld als gevolg van niet aangeboren hersenletsel, kan nog heel goed in staat zijn om met enige praktische ondersteuning in de vorm van hand- en spandiensten de regie over zijn eigen leven te voeren. Het stellen van de voorwaarde dat de verzekerde geen cognitieve beperkingen mag hebben, is daarom te beperkend.

Het CVZ is van mening dat de voorwaarde dat verzekerde voldoende zelfredzaam moet zijn, zoals voor de tijdelijke aanspraak geldt, ook moet gelden voor een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep.

***3.b. Maatschappelijke participatie***

Eén van de argumenten van de staatssecretaris waarom een verzekerde op 24-uurszorg op afroep is aangewezen, is dat hij dan optimaal maatschappelijk kan (blijven) participeren, ondanks zijn ernstige lichamelijke beperkingen.

Belangrijke vragen zijn daarom wat moet worden verstaan onder ‘maatschappelijke participatie’ en of dit een voorwaarde moet zijn om aanspraak te kunnen maken op 24-uurszorg op afroep.

***Definitie***

Oorspronkelijk ging het CVZ er van uit dat maatschappelijke participatie vooral buiten de deur plaats vindt om bijvoorbeeld te werken of studeren. Mede op basis van door de geraadpleegde partijen aangedragen argumenten, kiest het CVZ alsnog voor een ruimere definitie.

***Achter de eigen voordeur***

Maatschappelijke participatie is de mogelijkheid om het eigen leven zoveel mogelijk naar eigen wens en behoefte in te richten. Dat kan buitenshuis, maar ook achter de eigen voordeur door bijvoorbeeld het ontvangen van bezoek en het gebruik maken van moderne sociale media (internet, skype enz.).

---

<sup>17</sup> Regeling subsidies AWBZ 2011, Toelichting.

<sup>18</sup> Artikel 2.9.3 lid 1 onder d Regeling subsidies AWBZ 2011.

<b>Oorsprong ADL-assistentie</b>	<p>Zoals in hoofdstuk 2 aangegeven, is de ADL-assistentie ontstaan vanuit het idee dat mensen met een ernstige lichamelijke beperking die wel de regie kunnen voeren, zoveel mogelijk zelf hun leven moeten kunnen inrichten.</p>
<b>Voldoende sociale zelfredzaamheid</b>	<p>In de voorgaande paragraaf is vastgesteld dat een verzekerde die aanspraak wil maken op een vorm van 24-uurszorg op afroep voldoende sociaal zelfredzaam moet zijn om zelf hulp in te roepen, de zorg aan te sturen en zelfstandig te wonen.<sup>19</sup> Dit leidt tot de vooronderstelling dat het gaat om verzekerden die in staat zijn om de regie over hun eigen leven te voeren. En die dit ook wensen. Om die regie te kunnen behouden, is het essentieel dat de verzekerde kan rekenen op praktische ondersteuning in de vorm van hand- en spandiensten op afroep.</p>
<b>Behoud regie eigen leven</b>	<p>Het CVZ vindt het kunnen voeren van de regie over het eigen leven daarom een belangrijke voorwaarde voor het aangewezen zijn op 24-uurszorg op afroep.</p>
	<p><b>3.c. Minimum aantal uren individuele zorg</b></p>
<b>Definitie ADL-assistentie</b>	<p>Onder de huidige tijdelijke aanspraak moet de verzekerde zijn aangewezen op minimaal vijf uur ADL-assistentie per week. Onder ADL-assistentie wordt verstaan: “gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning”.<sup>20</sup></p> <p>De staatssecretaris overweegt om een ondergrens van tien uur individuele persoonlijke zorg per week aan te houden. Het CVZ gaat er van uit dat dit zowel planbare als oproepbare zorg betreft.</p>
<b>Vraagstelling</b>	<p>De vraag is of een ondergrens aan de noodzakelijke individuele persoonlijke zorg moet worden gesteld. En zo ja, of een minimum van 10 uur dan acceptabel is.</p>
<b>Huidige zorgvraag in ADL-clusters</b>	<p>Uit gerandomiseerd onderzoek in het kader van de bekostiging van de ADL-assistentie<sup>21</sup> blijkt dat de gemiddelde werkelijke zorgvraag binnen de huidige ADL-clusters uitkomt op 15,3 uur per week. Van de onderzochte verzekerden neemt op dit moment 41% minder dan tien uur ADL-assistentie per week af, waarvan 15% zelfs minder dan vijf uur per week. Ongeveer 79% van die zorg bestaat uit persoonlijke verzorging, 3% uit verpleging en 18% uit hand- en spandiensten.</p> <p>Niet onderzocht is hoe de relatie is tussen de ADL-assistentie en anderen AWBZ-zorg die in en om de woning wordt afgenomen, zoals verpleging. Bij het stellen van een indicatie voor verpleging maakt het indicatieorgaan immers geen</p>

<sup>19</sup> Zie paragraaf 3.a.2.

<sup>20</sup> Artikel 34 lid 1 onder c Bza.

<sup>21</sup> Nederlandse Zorgautoriteit. Bekostiging ADL-assistentie. KPMG Advisory NV. Utrecht, 16 april 2013.

onderscheid tussen zorg in en om de woning en zorg buiten de woning.

### ***Responstijd***

Het is ook mogelijk dat een verzekerde op minder dan tien uur zorg per week is aangewezen, maar dat er sprake is van een responstijd. Dit wil zeggen dat op een oproep voor zorg binnen een bepaalde tijd moet worden gereageerd, wil de zorg verantwoord zijn. Niet de omvang, maar de responstijd is dan dus primair de reden waarom de zorg op afroep moet worden geleverd. Het gaat hierbij overigens niet om de permanente beschikbaarheid van assistentie als bedoeld bij het integrale pakket persoonlijke assistentie (zie hoofdstuk 6).

Het is aannemelijk dat de omvang van een indicatie voor individuele persoonlijke zorg voor de beoogde doelgroep, verzekerden met ernstige lichamelijke beperkingen, al snel tien uur per week zal zijn.

### ***Geen ondergrens***

Gezien het voorgaande vindt het CVZ het stellen van een ondergrens aan de zorg arbitrair. Wel moet de verzekerde, naast op planbare zorg, in ieder geval ook op een substantiële hoeveelheid zorg op afroep aangewezen zijn. Wat onder 'substantieel' moet worden verstaan, vraagt nog om een nadere uitwerking.

### ***3.d. Leeftijdsgrenzen instroom***

Oorspronkelijk werd een onder- en een bovengrens aangehouden voor ADL-assistentie: 18 tot 65 jaar. Deze formele leeftijdsgrenzen zijn in 2005 niet overgenomen in de toenmalige Regeling.

De staatssecretaris geeft aan voor de nieuwe aanspraak weer een leeftijdsgrens van minimaal 18 jaar aan te willen houden. Het CVZ gaat er van uit dat dit als instroomcriterium is bedoeld. Over een bovengrens wordt niet gesproken.

### ***Sociale zelfredzaamheid***

Eén van de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op ADL-assistentie is dat sprake is van voldoende sociale zelfredzaamheid en dat de verzekerde zelfstandig kan wonen.<sup>22</sup>

### ***Beschermende woonomgeving***

Het uitgangspunt is dat een kind in ieder geval tot zijn 17<sup>de</sup> jaar een beschermende woonomgeving nodig heeft. Dit is gebruikelijke zorg die ouders geacht worden aan hun kind te bieden.<sup>23</sup> Een verzekerde zonder beperkingen die 18 jaar of ouder (meerderjarig) is, wordt in beginsel in staat geacht om zelfstandig te kunnen wonen.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Zie ook paragraaf 3.a.2.

<sup>23</sup> RZA 2012/60.

<sup>24</sup> Beleidsregels Indiciestelling AWBZ 2012, Bijlage 3 Gebruikelijke zorg, onder 3 'Richtlijnen ten aanzien van gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel in verschillende levensfasen [...]', Kinderen van 12 tot 18 jaar.

**Minimum leeftijd** Een ondergrens van 18 jaar als instroomleeftijd vindt het CVZ daarom acceptabel.

**Geen maximum leeftijd** Aan de hand van de individuele beoordeling bij de indicatiestelling zoals in paragraaf 3.a. beschreven, is afbakening van de 24-uurszorg op afroep voor verzekerden met een ernstige lichamelijke beperking met de reguliere ouderenzorg voldoende mogelijk. Het stellen van een bovengrens voor de instroom tot een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep vindt het CVZ daarom niet noodzakelijk.

### **3.e. Conclusie doelgroep**

Uit het voorgaande volgt dat de doelgroep voor een nieuwe aanspraak op een nog nader te bepalen vorm van 24-uurszorg op afroep, moet voldoen aan een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden zijn *cumulatief*.

**Ernstige lichamelijke beperkingen**

- De verzekerde moet ernstige lichamelijke beperkingen hebben die langdurig moeten worden gecompenseerd. Of de verzekerde hieraan voldoet, moet aan de hand van een individuele beoordeling worden vastgesteld. Consultatie van de behandelaar maakt daar onderdeel van uit. Ook een (onafhankelijke) revalidatiearts kan bij de beoordeling een rol spelen.

**Sociale zelfredzaamheid**

- De verzekerde moet voldoende sociaal zelfredzaam zijn om de regie over zijn eigen leven te kunnen voeren. Er moet sprake zijn van een zodanige persoonlijke onafhankelijkheid dat de verzekerde inzicht heeft in zijn zorgvraag, adequaat zorg kan oproepen en aansturen. Hij is in staat om met de nodige praktische ondersteuning in de vorm van hand- en spandiensten, zelfstandig een huishouden te voeren. De verzekerde mag niet zijn aangewezen op begeleiding voor het bieden van structuur of het voeren van de regie.

**Omvang zorg**

- De verzekerde moet zijn aangewezen op samenhangende individuele persoonlijke zorg waarvan een substantieel deel op afroep. Reguliere thuiszorg biedt geen adequaat alternatief voor de verzekerde.

**Leeftijdsgrenzen**

- De verzekerde moet minimaal 18 jaar oud zijn.

**Overgangsregeling** Zoals de staatssecretaris in de brief van 3 oktober 2012 aangeeft, voldoen mogelijk niet alle huidige bewoners van een ADL-clusterwoning aan de voorwaarden die gesteld gaan worden om aanspraak te kunnen maken op een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep. De brief impliceert echter dat er een overgangsregeling wordt getroffen voor verzekerden die op 1 januari 2014 al in een ADL-cluster wonen en die niet (meer) aan alle voorwaarden voldoen.

## 4. Algemene uitvoeringsaspecten

In dit hoofdstuk komen een aantal aspecten van de uitvoering aan de orde die AWBZ-breed van toepassing zijn en daarmee ook gelden voor een aanspraak op 24-uurszorg of afroep. Het gaat om de doelmatigheid van de zorg, de relatie tussen zorg en wonen, de leveringsvorm (zorg in natura of persoonsgebonden budget), de eigen bijdrage AWBZ en de rol van de zorgkantoren.

### 4.a. Doelmatigheid

De zorgvraag van een verzekerde is in beginsel subjectief. Het indicatieorgaan heeft tot taak die subjectieve zorgvraag te objectiveren. Hierbij zijn de beperkingen van de verzekerde en de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ (verder: de Beleidsregels) leidend.

#### 4.a.1. Doelmatigheid in de AWBZ

#### **Kosteneffectiviteit**

Eén van de pakketcriteria van het CVZ is de doelmatigheid (kosteneffectiviteit) van de zorg. AWBZ-zorg moet doelmatig zijn.<sup>25</sup> Het gaat om “de zorg die het goedkoopst adequaat is”.<sup>26</sup> Dit betekent dat niet meer zorg wordt geïndiceerd dan noodzakelijk is om verantwoorde zorg te kunnen bieden.

#### **Goedkoopst adequate zorg**

Het indicatieorgaan houdt bij de indicatiestelling rekening met de volgende zaken:<sup>27</sup>

#### **Wettelijk voorliggende voorzieningen**

- andere wettelijke regelingen dan de AWBZ waarmee de nodige zorg kan worden bekostigd of waarmee de beperkingen van de verzekerde kunnen worden opgeheven of verminderd waardoor geen of minder AWBZ-zorg nodig is;
- algemeen gebruikelijke voorzieningen die een verzekerde in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte als zij voorhanden zijn;

#### **Algemeen gebruikelijke voorzieningen**

- gebruikelijke zorg zoals partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden;

#### **Gebruikelijke zorg**

#### **Gemiddelde tijden**

- gemiddelde tijden die voor de verschillende activiteiten binnen de AWBZ gelden en als uitgangspunt worden gehanteerd;<sup>28</sup>

#### **Samenvallende activiteiten Planbaarheid**

- samenvallende activiteiten waardoor de zorg efficiënter kan worden geboden;
- planbaarheid van de zorg.

#### 4.a.2. Doelmatigheid en ADL-assistentie

#### **Subjectieve zorgvraag**

In een advies naar aanleiding van geschillen over de herindicatie van ADL-assistentie<sup>29</sup> heeft het CVZ vastgesteld dat

<sup>25</sup> Artikel 2 lid 3 Bza.

<sup>26</sup> Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2013, Bijlage 1 Algemeen, paragraaf 2.1 Definities.

<sup>27</sup> Idem, Bijlage 1, paragraaf 3.

<sup>28</sup> Idem, Bijlage 4 Persoonlijke verzorging, paragraaf 4.4 en Bijlage 5 Verpleging, paragraaf 4.4 en 5.3.

de zorg die deel uitmaakt van de ADL-assistentie ruimer is dan de zorg die normaal gesproken vanuit de AWBZ wordt geïndiceerd. Bij de levering van ADL-assistentie is tot nu toe de wens van de verzekerde leidend. Dit kan leiden tot ondoelmatige zorgverlening. Bijvoorbeeld als een verzekerde geen gebruik wil maken van een tillift, terwijl hiervoor geen contra-indicatie bestaat, waardoor transfers meer tijd en mankracht kosten.

***Geen omvang***

Met ingang van 1 januari 2012 wordt geen omvang meer aangegeven bij een indicatie voor ADL-assistentie, hoewel dit op grond van het Zorgindicatiebesluit (Zib) wel zou moeten.<sup>30</sup>

***4.a.3. Conclusie doelmatigheid***

Als binnen de bestaande systematiek een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep wordt gecreëerd, moet het indicatieorgaan bij de beoordeling van de benodigde zorg rekening houden met de wettelijke eisen van de AWBZ, waaronder die van de doelmatigheid.

***4.b. Zorg en wonen***

***Loslaten koppeling  
ADL-clusterwoning***

De huidige tijdelijke aanspraak op ADL-assistentie is gekoppeld aan het wonen in een bestaande, met subsidie tot stand gekomen ADL-clusterwoning. Het is de bedoeling dat deze eis vanaf 1 januari 2014 wordt losgelaten. Ook nieuwe concepten van nieuwe aanbieders moeten dan mogelijk zijn.

Voor een nieuwe, structurele aanspraak blijft het van belang dat de verzekerde beschikt over een woning waar 24-uurszorg op afroep daadwerkelijk de beoogde zelfredzaamheid realiseert. Gezien de beoogde doelgroep, verzekerden met ernstige lichamelijke beperkingen die in staat zijn om de regie over hun eigen leven te voeren, mag verwacht worden dat zij zelf een bij de situatie passende woning regelen. Dit kan betekenen dat de verzekerde moet verhuizen.

Het aanbod van aangepaste woningen waar 24-uurszorg op afroep geleverd kan worden, kan op verschillende manieren tot stand komen en hoeft niet altijd een geclusterde woonvorm te zijn. Een bestaande instelling voor verblijfszorg kan bijvoorbeeld bereid zijn om aan verzekerden binnen een bepaalde straal 24-uurszorg op afroep te leveren in een aan de beperkingen van verzekerde aangepaste woning.

***Optie 1***

Als bij de indicatiestelling geen rekening wordt gehouden met of de verzekerde beschikt over een (volledig) aan zijn beperkingen aangepaste woning waar 24-uurszorg op afroep

---

<sup>29</sup> College voor zorgverzekeringen. Herindicatie van ADL-assistentie voor AWBZ-zorg, 23 november 2010; [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1011+herindicatie+adl-assistentie.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1011+herindicatie+adl-assistentie.pdf).

<sup>30</sup> Artikel 13 j<sup>1</sup> artikel 2 Zib

geleverd kan worden, kan dit tot extra kosten leiden. De AWBZ is immers een natura-verzekering. Dat wil zeggen dat de verzekerde een wettelijke aanspraak heeft op de zorg waarvoor hij een indicatie heeft, waarbij rekening is gehouden met de feitelijke omstandigheden: het zorgkantoor moet de geïndiceerde zorg leveren.

### ***Overbruggingszorg***

Als de verzekerde niet over een aan zijn beperkingen aangepaste woning beschikt waardoor verantwoorde en doelmatige levering van de 24-uurszorg op afroep niet mogelijk is, moet het zorgkantoor alsnog zorg leveren die de geïndiceerde zorg zo dicht mogelijk benadert (overbruggingszorg). Overbruggingszorg is bedoeld als tijdelijke oplossing. Bij een gebrek aan aangepaste woningen waar 24-uurszorg op afroep kan worden geleverd, bestaat echter het risico dat de overbruggingszorg structureel wordt. Deze zorg kan ruimer zijn dan de geïndiceerde zorg, zeker nu het gaat om 24-uurszorg op afroep.

### ***Ondoelmatige inzet AWBZ-gelden***

Als de verzekerde dus om een indicatie voor 24-uurszorg op afroep vraagt en het indicatieorgaan niet uit kan gaan van de aanwezigheid van een aan de beperkingen aangepaste woning waar de levering van 24-uurszorg op afroep mogelijk is, kan dit tot een ondoelmatige inzet van AWBZ-gelden leiden. Dit is te ondervangen cq te beperken door de regelgeving zodanig aan te passen dat overbruggingszorg aan een maximale termijn (bijvoorbeeld één jaar) wordt gebonden, of dat het indicatieorgaan er in zijn normering vanuit mag gaan als ware er een aangepaste woning aanwezig.

### ***Optie 2***

Een andere mogelijkheid is dat bij de formulering van de aanspraak de voorwaarde wordt gesteld dat de verzekerde een aan zijn beperkingen aangepaste woning moet hebben waar 24-uurszorg op afroep daadwerkelijk de beoogde zelfredzaamheid realiseert. Onderzoek naar de woning en de woonomgeving van de verzekerde kan onderdeel uitmaken van de indicatiestelling, als dit nodig is.<sup>31</sup> Als het indicatieorgaan vaststelt dat een verzekerde wel tot de doelgroep behoort, maar niet beschikt over een aan zijn beperkingen aangepaste woning, geeft het geen indicatie af voor 24-uurszorg op afroep, maar voor andere zorg. Het stellen van deze voorwaarde kan de keuzevrijheid van de verzekerde beperken.

### ***Beperking keuzevrijheid***

### ***Risico***

Het risico bestaat wel dat er een vicieuze cirkel ontstaat: de verzekerde kan geen indicatie krijgen voor 24-uurszorg op afroep omdat hij niet over een aangepaste woning beschikt waar deze zorg te leveren is. Omdat er geen indicatie wordt afgegeven voor 24-uurszorg op afroep bestaat er geen noodzaak tot het creëren van (meer) passende woningen. Hier is een taak voor de overheid weggelegd om de totstandkoming van voldoende aangepaste woningen waar 24-uurszorg op afroep kan worden geleverd, te stimuleren.

---

<sup>31</sup> Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2013, Bijlage 1 Algemeen, paragraaf 3.1. onder Stap 1.

#### **4.c. Zorg in natura (ZIN) of persoonsgebonden budget (PGB)**

Op dit moment is de aanspraak op ADL-assistentie alleen te verzilveren als zorg in natura (ZIN). De huurder kiest met het sluiten van zijn huurcontract voor de ADL-clusterwoning tevens voor het afnemen van zorg van de zorgaanbieder die een overeenkomst heeft met die verhuurder.

Als de verzekerde ook is aangewezen op verpleging, kan hij hiervoor een aparte indicatie krijgen waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen de verpleging die in en om de woning nodig is en de verpleging die buiten de woning nodig is. Om deze indicatie voor verpleging te verzilveren, heeft de verzekerde de keuze tussen ZIN en een PGB. Dat geldt ook voor de overige zorg waar de verzekerde buiten de woning op is aangewezen.

##### ***Integraal pakket in en om de woning***

De verschillende zorgvormen bij ADL-assistentie zijn in de praktijk niet los van elkaar te zien. Er is sprake van samenhangende zorg.<sup>32</sup> Het ligt daarom voor de hand de zorg als integraal pakket aan te bieden. In hoofdstuk 5 doet het CVZ hier een voorstel voor.

##### ***ZIN***

Als de nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep wordt beperkt tot ZIN, zoals nu het geval is, moet de zorg bij één aanbieder worden afgenomen. Deze aanbieder is dan verantwoordelijk voor de levering en de kwaliteit van de zorg, ook als hij bepaalde onderdelen hiervan zelf niet verantwoord kan leveren. Hij moet deze zorgonderdelen als hoofdaannemer dan inkopen bij een andere aanbieder die dat wel kan (de onderaannemer).

De verplichting om de zorg in natura te verzilveren bij een hoofdaannemer kan een beperking van de keuzevrijheid van de verzekerde betekenen. Een verzekerde kan een voorkeur hebben om bepaalde zorgonderdelen binnen het integrale pakket van een andere zorgverlener te ontvangen, zoals nu het geval is met de verpleging. Hij kan dit evenwel niet bij de hoofdaannemer afdwingen. De hoofdaannemer kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor de kwaliteit van de zorg die een andere aanbieder levert als de hoofdaannemer er niet zelf van overtuigd is dat die andere aanbieder de benodigde zorg verantwoord kan leveren.

##### ***PGB***

Door voor de verzekerde de mogelijkheid te openen om zelf het integrale pakket 24-uurszorg op afroep in te kopen met een PGB, kan de keuzevrijheid worden verruimd en de eigen regie van de verzekerde worden geoptimaliseerd. De verzekerde kan dan, desgewenst, ieder onderdeel bij een andere organisatie of persoon inkopen. De verzekerde is in dat

---

<sup>32</sup> Zie hoofdstuk 2.



geval ook zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Omdat de verzekerde die aanspraak wil maken op deze zorgvorm voldoende sociaal zelfredzaam moet zijn, mag verwacht worden dat hij deze verantwoordelijkheid ook op zich neemt.

Om het mogelijk te maken dat een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep te verzilveren is met een PGB, is aanpassing van de PGB-regeling noodzakelijk.

***Omvang  
zorgafname***

Als de verzekerde de keuze krijgt de 24-uurszorg op afroep te verzilveren in ZIN of met een PGB, ontstaat mogelijk een probleem voor de aanbieder van 24-uurszorg op afroep. Om de zorg doelmatig en verantwoord te kunnen leveren, zal hij moeten kunnen vertrouwen op een minimale omvang van zorgafname. Als hij dat niet kan, kan het onrendabel zijn voor hem om deze zorg te (blijven) leveren. Daarmee zouden mogelijkheden voor 24-uurszorg op afroep op termijn kunnen afnemen.

***Totaalpakket***

Als ook de zorg buiten de woning onderdeel is van het integrale pakket, zoals het CVZ voorstelt in hoofdstuk 5, ontstaat mogelijk een probleem voor de verzekerde die de zorg buiten de woning bij een andere zorgaanbieder wenst af te nemen of met een PGB zelf wenst in te kopen. Zo geven veel huidige bewoners er de voorkeur aan om alle verpleging waar zij op zijn aangewezen zelf in te kunnen kopen met een PGB.

***Deelbaarheid van  
functies***

In 2010 heeft het CVZ een uitvoeringstoets gedaan waarin het de (on)mogelijkheden van de deelbaarheid van functies heeft onderzocht.<sup>33</sup> Uit dit onderzoek is gebleken dat een keuze voor meerdere leveringsvormen binnen één functie tot een toename van de uitvoeringslast bij de zorgkantoren en het indicatieorgaan leidt. Bovendien is dit alleen mogelijk als er aanpassingen in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) en in de PGB-regeling plaatsvinden.

#### ***4.d. Eigen bijdrage AWBZ***

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder moeten een eigen bijdrage betalen voor extramurale AWBZ-zorg in de vorm van persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding.<sup>34</sup> Voor ADL-assistentie is op dit moment geen eigen bijdrage verschuldigd. Als binnen de bestaande systematiek een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep wordt gecreëerd, gelden de wettelijke eisen van de AWBZ. Omdat het gaat om zorg die vergelijkbaar is met extramurale zorg waarvoor nu een bijdrageplicht geldt, moet worden overwogen of de verzekerde ook voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep een eigen bijdrage moet gaan betalen.

---

<sup>33</sup> College voor zorgverzekeringen. Uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL-clusterwoning. Diemen, 21 september 2010; [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/rapporten/2010/rpt1009+awbz+in+adl-clusterwoning.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2010/rpt1009+awbz+in+adl-clusterwoning.pdf)

<sup>34</sup> Artikel 16a Bbz.

***Inkomenafhankelijk maximum*** Het CVZ verwacht dat het invoeren van een eigen bijdrage voor 24-uurszorg op afroep voor de meeste huidige bewoners van een ADL-clusterwoning geen grote gevolgen zal hebben, omdat zij al een eigen bijdrage betalen voor de AWBZ-zorg die naast de ADL-assistentie is geïndiceerd en voor de huishoudelijke zorg vanuit de Wmo. De eigen bijdrage AWBZ kent immers een inkomenafhankelijk maximum, waarbij ook rekening wordt gehouden met de eventuele eigen bijdrage voor hulp vanuit de Wmo.

***Bijdragebesluit zorg*** In opdracht van het ministerie van VWS wordt onderzoek gedaan naar de gevolgen van het heffen van een eigen bijdrage bij verzekerden die ADL-assistentie ontvangen.

Om een eigen bijdrage voor de nieuwe aanspraak op te kunnen leggen, is aanpassing van het Bijdragebesluit zorg (Bbz) nodig.

#### ***4.e. Rol zorgkantoren***

In de AWBZ is de uitvoering door de zorgverzekeraars gemandateerd aan zorgkantoren. Deze zorgkantoren maken productieafspraken met de zorgaanbieders die in hun regio zorg verlenen.

***Drie zorgkantoren*** De uitvoering van de ADL-assistentie vindt bovenregionaal plaats. Drie zorgkantoren maken de productieafspraken zonder rekening te houden met het werkgebied van de zorgaanbieders. Dit betekent dat een landelijk opererende aanbieder van ADL-assistentie als Stichting Fokus onderhandelt met één zorgkantoor.

Bovenregionaal contracteren is binnen de AWBZ-uitvoering weliswaar mogelijk, maar gebeurt alleen als regionaal contracteren tot problemen leidt die niet op een andere manier zijn op te lossen. Daar is bij ADL-assistentie geen sprake van.<sup>35</sup>

***Handhaving bestaande regionale structuur*** Het Regeerakkoord gaat er van uit dat de bestaande regionale structuur van zorginkoop vooralsnog wordt gehandhaafd. De verwachting is dat ook de uitvoering van een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep regionaal zal plaatsvinden. Dit zal met name gevolgen hebben voor de huidige aanbieder Stichting Fokus, omdat deze dan met verschillende zorgkantoren te maken krijgt. Voor de verzekerden zal het geen gevolgen hebben. Om tot regionale zorginkoop over te kunnen gaan, is tijdige aanpassing van de wet- en regelgeving nodig.

---

<sup>35</sup> College voor zorgverzekeringen. Uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL-woning. Diemen: CVZ, 21 september 2010; [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/rapporten/2010/rpt1009+awbz+in+adl-clusterwoning.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2010/rpt1009+awbz+in+adl-clusterwoning.pdf)

#### **4.f. Conclusie algemene uitvoeringsaspecten**

In dit hoofdstuk zijn een aantal aspecten van de uitvoering besproken die van belang zijn voor alle scenario's.

<b>Doelmatige zorg</b>	Een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep krijgt een plaats binnen de huidige uitvoeringskaders van de AWBZ. Dat leidt er onder meer toe dat het indicatieorgaan bij het vaststellen van (de omvang van) de benodigde zorg rekening moet houden met het vereiste dat AWBZ-zorg doelmatig moet zijn.
<b>Zorg en wonen</b>	<p>Als bij de indicatiestelling geen rekening wordt gehouden met of de verzekerde beschikt over een (volledig) aan zijn beperkingen aangepaste woning waar 24-uurszorg op afroep geleverd kan worden, kan dit leiden tot een ondoelmatige inzet van AWBZ-gelden. Dit is te ondervangen cq te beperken door de regelgeving zodanig aan te passen dat overbruggingszorg aan een maximale termijn is gebonden of het indicatieorgaan er in zijn normering van uit mag gaan als ware er een aangepaste woning aanwezig.</p> <p>Een andere mogelijkheid is dat bij de formulering van de aanspraak de voorwaarde wordt gesteld dat de verzekerde over een aan zijn beperkingen aangepaste woning moet beschikken waar 24-uurszorg op afroep daadwerkelijk de beoogde zelfredzaamheid realiseert. Ook hiermee kan ondoelmatige inzet van AWBZ-gelden als gevolg van de langdurige inzet van dure overbruggingszorg, worden voorkomen.</p>
<b>ZIN</b>	Als een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep alleen te verzilveren is in ZIN, zoals nu het geval is, moet de verzekerde de zorg van één aanbieder afnemen. Hierdoor kan de keuzevrijheid van de verzekerde worden beperkt. Door de
<b>PGB</b>	<p>mogelijkheid te openen dat de verzekerde de zorg zelf kan inkopen met een PGB, kan zijn keuzevrijheid worden verruimd en de eigen regie van de verzekerde worden geoptimaliseerd. Dit kan het voor een aanbieder echter minder rendabel maken om 24-uurszorg op afroep te leveren. Om een PGB voor de nieuwe aanspraak mogelijk te maken, is aanpassing van de PGB-regeling nodig.</p> <p>Als ook de zorg buiten de woning als onderdeel van de nieuwe aanspraak wordt gedefinieerd, kan een probleem ontstaan als de verzekerde voor één functie bijvoorbeeld verschillende aanbieders wenst. In 2010 is uit onderzoek gebleken dat een keuze voor meerdere leveringsvormen binnen één functie tot een toename van de uitvoeringslast voor het indicatieorgaan en de zorgkantoren leidt en dat daarvoor aanpassing van de AZR en de PGB-regeling noodzakelijk is.</p>
<b>Eigen bijdrage</b>	Op dit moment moet een verzekerde van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage betalen voor bepaalde vormen van extramurale

AWBZ-zorg, en niet voor ADL-assistentie. De zorg in een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep is vergelijkbaar met de zorg waar nu een eigen bijdrage voor betaald moet worden. Daarom moet worden overwogen of de verzekerde voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep ook een eigen bijdrage moet gaan betalen.

***Regionale uitvoering***

Regionale uitvoering door de zorgkantoren van een nieuwe aanspraak past binnen de huidige systematiek van de AWBZ.

***Overgangsregeling***

Als er eventueel onevenredige nadelige gevolgen voor huidige bewoners van ADL-clusterwoningen uit het voorgaande voortvloeien, kan een overgangsregeling een oplossing bieden.

## 5. Nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep

De staatssecretaris heeft drie scenario's aan het CVZ voorgelegd:

- een met de huidige ADL-assistentie vergelijkbare variant;
- een extramuraal zorgpakket op basis van cliëntprofielen;
- een toeslag voor hand- en spandiensten.

Het CVZ stelt een vierde scenario voor, bestaande uit elementen van de door de staatssecretaris voorgestelde scenario's: een integraal pakket van samenhangende zorg.

In dit hoofdstuk legt het CVZ uit waarom het een integraal pakket van samenhangende zorg de beste oplossing vindt voor een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep.

### ***5.a. Inleiding***

De huidige ADL-assistentie is een mix van een aantal extramuraal zorgvormen: persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten<sup>36</sup>, die in de eigen woning worden geleverd. Er is dus geen sprake van verblijf.

#### ***Samenhangende zorg***

De beoogde doelgroep voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep bestaat uit verzekerden met ernstige lichamelijke beperkingen, die aangewezen zijn op samenhangende individuele persoonlijke zorg, waarvan een substantieel deel op afroep geleverd moet kunnen worden (zie hoofdstuk 3). Het ene zorgonderdeel kan niet zonder het andere. Zo zijn de hand- en spandiensten niet volledig te scheiden van de persoonlijke verzorging en verpleging waarop de verzekerde is aangewezen. Het gaat om situaties die langdurig zijn en waarbij 24 uur per dag zorg nodig is die onder één verantwoordelijkheid en regie geboden moet worden. Integrale levering van de zorg is daarom noodzakelijk om deze flexibel en op afroep te kunnen organiseren.

#### ***Integrale levering***

#### ***Regeerakkoord***

In het Regeerakkoord is voorzien in het overhevelen van de extramuraal AWBZ-zorg naar andere domeinen: persoonlijke verzorging en begeleiding naar de gemeenten (Wmo) en verpleging naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Integrale levering van deze zorg is dan niet meer gegarandeerd. Dit is op te lossen door het benoemen van de samenhangende zorg als aanspraak in de AWBZ.<sup>37</sup>

<sup>36</sup> Voor uitleg van hand- en spandiensten zie hoofdstuk 2.

<sup>37</sup>Zie ook: College voor zorgverzekeringen. Signalement zorg en wonen van 4 april 2012; [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/rapporten/2012/rpt-1204-signalement-zorg-en-wonen.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2012/rpt-1204-signalement-zorg-en-wonen.pdf).

### **5.b. Integraal pakket van samenhangende zorg**

<b>Voorgesteld scenario</b>	Uitgaande van de noodzaak van integrale levering van de zorg komt het CVZ tot een alternatief scenario voor 24-uurszorg op afroep in de vorm van een integraal pakket van samenhangende zorg. Dit pakket omvat alle extramurale AWBZ-zorg waar de verzekerde op is aangewezen: persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten.
<b>Onderscheid plaats zorglevering</b>	Op dit moment is de ADL-assistentie beperkt tot zorg in en om de woning. Als wordt vastgehouden aan het onderscheid tussen zorg in en om de woning en zorg buiten de woning, moet de verzekerde op termijn de zorg buiten de woning alsnog vanuit andere domeinen (Wmo en Zvw) betrekken. Een mogelijke oplossing hiervoor is om de totale zorg als één pakket te definiëren.
<b>Voordelen</b>	Dit voorkomt ook dat de verzekerde een nieuwe indicatie moet aanvragen bij een (tijdelijke) verschuiving in de verhouding van de zorg in en om de woning en de zorg die daarbuiten nodig is.
<b>Nadeel</b>	Het kan wel een probleem opleveren als de verzekerde bijvoorbeeld de verpleging in de woning wil inkopen in natura en de verpleging buiten de woning via een PGB, zoals in paragraaf 4.c. toegelicht.
<b>'Opting in'</b>	<i>5.b.1. Indicatiestelling</i> De verzekerde moet expliciet om een indicatie voor 24-uurszorg op afroep vragen ('opting in'). De vaststelling van de inhoud van het pakket vindt plaats door het indicatieorgaan, aan de hand van een individuele beoordeling van de beperkingen van de verzekerde en de zorg waarop hij is aangewezen. Consultatie van de behandelaar van de verzekerde maakt daar onderdeel van uit. Ook voor een (onafhankelijke) revalidatiearts kan hierbij een rol weggelegd zijn. <sup>38</sup>
<b>Individuele beoordeling</b>	
<b>Omvang pakket</b>	De omvang van het integrale pakket is gebaseerd op de omvang van de persoonlijke verzorging en, zo nodig, verpleging waarop de verzekerde is aangewezen. Uit het gerandomiseerde onderzoek in het kader van de bekostiging van de ADL-assistentie <sup>39</sup> , blijkt dat gemiddeld 18% van de daadwerkelijk in en om de ADL-clusterwoning geleverde zorg bestaat uit hand- en spandiensten. Hiervan uitgaande, vindt het CVZ een ophoging van de indicatie met 20% voor de nodige hand- en spandiensten, passend om aan de zorgvraag te voldoen.

<sup>38</sup> Zie paragraaf 3.a.

<sup>39</sup> Nederlandse Zorgautoriteit. Bekostiging ADL-assistentie. KPMG Advisory NV. Utrecht, 16 april 2013.

De zorg in een integraal pakket van samenhangende zorg is vergelijkbaar met andere AWBZ-zorg waarbij de omvang in klassen wordt aangegeven. Het CVZ stelt daarom voor om ook de omvang van het integrale pakket van samenhangende zorg in klassen weer te geven. Hoe deze klassenverdeling er uit moet zien, moet nog nader worden uitgewerkt.

### **5.c. Voorgelegde alternatieve scenario's**

Op grond van de in deze paragraaf benoemde argumenten vindt het CVZ een scenario bestaande uit een integraal pakket van samenhangende zorg de beste oplossing als nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep.

#### *5.c.1. Scenario A: ADL-assistentie*

#### **Voorgelegd scenario**

Scenario A sluit nauw aan bij de huidige, tijdelijke aanspraak en bestaat uit hulp bij de persoonlijke verzorging, verpleegtechnische handelingen en hand- en spandiensten in en om de woning. Deze zorg is alleen als zorg in natura te verzilveren. Voor AWBZ-zorg buiten de woning kan de verzekerde een aparte indicatie aanvragen, evenals voor zorg die niet onder de ADL-assistentie thuishoort (bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging). Ook kan de verzekerde een afzonderlijke indicatie krijgen voor alle verpleging.

#### **Dubbele verstrekking**

In de AWBZ is het uitgangspunt dat een aanspraak op zorg alleen bestaat voor zover de verzekerde hier, gelet op zijn behoefte, redelijkerwijs op is aangewezen.<sup>40</sup> Als een verzekerde naast de indicatie voor ADL-assistentie een aparte indicatie krijgt voor verpleging, waarbij geen rekening wordt gehouden met de plaats van levering (in en om of buiten de woning) leidt dit tot een dubbele verstrekking. Verpleging maakt immers ook onderdeel uit van de ADL-assistentie. Dit is niet doelmatig.

#### *5.c.2. Scenario B: extramurale zorgpakketten*

#### **Voorgesteld scenario**

Scenario B bestaat uit extramurale zorgpakketten (EZP's) die *alle* extramurale zorg omvatten waarop de verzekerde is aangewezen in en om zijn woning. De zorg is alleen in natura te verzilveren. De omvang van de aanspraak op een EZP moet worden vastgesteld op basis van een cliëntprofiel.

Een EZP is te omschrijven als 'naar aard, inhoud en omvang bij een cliëntprofiel passende samenhangende zorg'.<sup>41</sup>

#### **Cliëntprofielen**

Om een EZP te kunnen formuleren, is het dus noodzakelijk om eerst cliëntprofielen vast te stellen. Ook voor de bekostiging zijn deze van belang, omdat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn beleidsregels hierop baseert. Een cliëntprofiel is "een profiel van zorgvragers met een

---

<sup>40</sup> Zie paragraaf 4.a.1.

<sup>41</sup> Vergelijk artikel 1 sub f Regeling zorgaanspraken AWBZ (Rza).

vergelijkbare behoefte aan samenhangende zorg en met vergelijkbare beperkingen op dezelfde terreinen, bij wie de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard en inhoud overeenkomen.”<sup>42</sup>

Zoals in paragraaf 3.a.1. vastgesteld, blijft een individuele beoordeling van de beperkingen van de verzekerde en de daaruit voortvloeiende geobjectiveerde zorgvraag noodzakelijk. De groep verzekerden die op dit moment ADL-assistentie ontvangt, is een heterogene groep met een variëteit aan (combinaties van) aandoeningen en beperkingen.<sup>43</sup> Hierdoor is het lastig om voldoende passende cliëntprofielen vast te stellen.

#### *5.c.3. Scenario C: opslag hand- en spandiensten*

#### ***Voorgesteld scenario***

In dit scenario wordt een aanspraak geregeld voor hand- en spandiensten als onlosmakelijk onderdeel van de individuele persoonlijke zorg op afroep. Deze nieuwe aanspraak moet in de vorm van opslagen op de al bestaande extramurale zorgvormen (persoonlijke verzorging, verpleging) komen. Het doel van de nieuwe aanspraak is het waarborgen van de 24-uursdienstverlening in en om de woning. De aanspraak zou in natura maar ook met een PGB te verzilveren moeten zijn.

#### ***Reguliere extramurale zorg***

Uitgangspunt van dit scenario is dat de indicatie uit reguliere extramurale zorg bestaat. In het licht van het Regeerakkoord betekent dit dat op termijn de samenhang van de hele aanspraak, zowel in en om de woning als buiten de woning niet gegarandeerd is. Om die reden is dit scenario niet voor de hand liggend.

Overigens heeft de staatssecretaris opgemerkt dat dit scenario vooralsnog niet de voorkeur heeft.

#### ***5.d. Aanpassingen wet- en regelgeving<sup>44</sup>***

Het formuleren van een nieuwe AWBZ-aanspraak op 24-uurszorg op afroep heeft gevolgen voor de wet- en regelgeving.

Een nieuwe aanspraak leidt in ieder geval tot aanpassing van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ en het Zorgindicatiebesluit.

Als de keuze valt op scenario B, de EZP's, zal ook aanpassing van de Regeling zorgaanspraken AWBZ nodig zijn.

Aanpassing van het Bijdragebesluit zorg is nodig om voor de nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep eventueel een eigen bijdrage op te kunnen leggen.

---

<sup>42</sup> Artikel 1 sub e Rza.

<sup>43</sup> Nederlandse Zorgautoriteit. Bekostiging ADL-assistentie. KPMG Advisory NV. Utrecht, 16 april 2013.

<sup>44</sup> Zie Bijlage 3.



Als er een nieuwe aanspraak komt die te verzilveren is met een PGB, is ook aanpassing van de Regeling subsidies AWBZ, de paragraaf over het PGB, noodzakelijk. Een PGB is immers alleen mogelijk voor in de PGB-regeling genoemde zorgvormen waar de verzekerde een indicatie voor heeft.

De NZa zal zijn beleidsregels moeten aanpassen om de bekostiging van de nieuwe aanspraak mogelijk te maken.

### ***5.e. Bekostiging<sup>45</sup>***

Het CVZ heeft gekeken naar de mogelijke financiële gevolgen van een nieuwe aanspraak voor 24-uurszorg op afroep die niet langer afhankelijk is van het woonachtig zijn in een op dit moment bestaande ADL-clusterwoning. De groep verzekerden die aanspraak kan maken op 24-uurszorg op afroep wordt hierdoor verruimd.

<b><i>Gemiddelde kosten per verzekerde</i></b>	De berekening van de gemiddelde kosten per verzekerde is gebaseerd op de beschikbare gegevens en aannames, zoals weergegeven in Bijlage 4.
<b><i>ADL-assistentie</i></b>	Uitgaande van de gemiddelde werkelijke zorgvraag binnen de huidige ADL-clusters op basis van de indicatie voor ADL-assistentie, zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 48.000 per jaar per verzekerde. Een eventuele indicatie voor verpleging in aanvulling hierop, die in en om de woning wordt verzilverd, is hierin niet meegenomen.
<b><i>ADL-assistentie en verpleging</i></b>	Als uitgegaan wordt van de gemiddelde werkelijke zorgvraag binnen de huidige ADL-clusters op basis van de indicatie voor ADL-assistentie én aangenomen wordt dat de in aanvulling hierop geïndiceerde verpleging volledig in en om de woning wordt ingezet, zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 81.500 per jaar per verzekerde. In beide gevallen kan de verzekerde nog een aanvullende indicatie krijgen voor zorg buiten de woning.
<b><i>Totale zorg als één pakket</i></b>	Als de totale zorg als één pakket wordt gedefinieerd, waarbij het onderscheid tussen zorg in en om de woning en zorg buiten de woning wegvalt, zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 108.500 per jaar per verzekerde.
<b><i>Macrokosten</i></b>	Ook heeft het CVZ een berekening gemaakt van de mogelijke maximale macrokosten, rekening houdend met een uitbreiding van de doelgroep tot buiten de bestaande ADL-clusterwoningen. Ook deze berekening is gebaseerd op de beschikbare gegevens en aannames, zoals weergegeven in Bijlage 4.
<b><i>Scenario A</i></b>	Scenario A is vergelijkbaar met de huidige situatie. Uitgaande van alleen de zorg in en om de woning (dus niet de

---

<sup>45</sup> Zie Bijlage 4.

afzonderlijke indicatie voor verpleging), zijn de maximale kosten als voor dit scenario wordt gekozen, begroot op ongeveer € 357 miljoen per jaar.

**Scenario B**

Voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep op grond van scenario B, het EZP, zijn de financiële gevolgen niet vast te stellen, omdat het formuleren van cliëntprofielen niet goed mogelijk is. Dit is een voorwaarde om EZP's vast te kunnen stellen.

**Andere extramurale zorg**

Zowel bij een aanspraak in de vorm van scenario A als scenario B, kan de verzekerde naast de 24-uurszorg op afroep een indicatie hebben voor andere extramurale AWBZ-zorg.

**Scenario C**

Bij scenario C bestaat geen onderscheid tussen zorg in en om de woning en zorg buiten de woning. De begrootte maximale kosten voor dit scenario bedragen op de peildatum ongeveer € 800 miljoen per jaar.

**Integraal pakket samenhangende zorg**

Het door het CVZ voorgestelde integrale pakket van samenhangende zorg gaat uit van een pakket dat *alle* persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten omvat. Als de aanspraak beperkt wordt tot de zorg in en om de woning, zijn de kosten begroot op ongeveer € 357 miljoen per jaar. Dit komt overeen met scenario A. De omvang van de werkelijk benodigde verpleging in en om de woning is niet inzichtelijk te maken, omdat dit niet afzonderlijk wordt geregistreerd. Als er van wordt uitgegaan dat de in aanvulling op de ADL-assistentie geïndiceerde verpleging geheel in en om de woning wordt afgenomen, zijn de begrootte maximale kosten voor een integraal pakket van samenhangende zorg ongeveer € 468 miljoen per jaar.

**Totale zorg als één integraal pakket**

Als besloten wordt de aanspraak op de totale zorg als één integraal pakket van samenhangende zorg te definiëren, inclusief de zorg die buiten de woning nodig is, komen de begrootte maximale kosten overeen met die voor scenario C: ongeveer € 800 miljoen per jaar.

**Conclusie**

Het CVZ concludeert dat de maximale kosten voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep afhankelijk zijn van de reikwijdte van de aanspraak: alleen de zorg in en om de woning of ook de zorg buiten de woning. Ook de inhoud van de aanspraak is bepalend.

**5.f. Conclusie**

De bedoeling van de staatssecretaris is om een nieuwe, structurele aanspraak voor 24-uurszorg op afroep te formuleren in de AWBZ. Dit impliceert dat het moet gaan om een scenario dat ook op de lange termijn houdbaar is. Bij 24-uurszorg op afroep gaat het om situaties die langdurig zijn en waarbij 24 uur per dag zorg nodig is die onder één

**Integrale levering** verantwoordelijkheid en regie geboden moet worden. Integrale levering van de zorg is daarom noodzakelijk.

**Regeerakkoord** Uitgaande van de plannen voor de extramurale zorg in het Regeerakkoord, is de samenhang van de zorg bij de door de staatssecretaris voorgelegde scenario's op termijn niet gegarandeerd. Door het creëren van een integraal pakket van samenhangende zorg waarbij de totale zorg als één pakket wordt gedefinieerd, is de samenhang op termijn wel te garanderen.

**Integraal pakket samenhangende zorg**

Scenario A vindt het CVZ ondoelmatig, omdat sprake is van een dubbele verstrekking voor de verpleging.

Scenario B gaat uit van cliëntprofielen. Voor de beoogde doelgroep blijft een individuele beoordeling van de beperkingen en de daaruit voortvloeiende geobjectiveerde zorgvraag noodzakelijk. Voldoende passende cliëntprofielen zijn lastig vast te stellen als gevolg van de heterogeniteit van de doelgroep.

Met scenario C is de samenhang van de zorg op termijn niet te garanderen, omdat dit scenario uitgaat van de reguliere extramurale functies.

**Aanpassing wet- en regelgeving** Om een nieuwe aanspraak te creëren is aanpassing van de wet- en regelgeving nodig. In dit geval gaat het om het Besluit zorgaanspraken, de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ en het Zorgindicatiebesluit. Als de keuze valt op scenario B, de EZP's, is ook aanpassing van de Regeling zorgaanspraken AWBZ nodig.

Om het mogelijk te maken de nieuwe aanspraak te verzilveren met een PGB moet de Regeling subsidies AWBZ, de paragraaf over het PGB, worden aangepast.

Aanpassing van het Bijdragebesluit zorg is nodig om voor de nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep eventueel een eigen bijdrage te kunnen heffen.

Ook aanpassing van de beleidsregels van de NZa is noodzakelijk om de bekostiging van de nieuwe aanspraak mogelijk te maken.

**Bekostiging** De maximale kosten voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep zijn afhankelijk van de reikwijdte en de inhoud van de aanspraak.<sup>46</sup>

**Kosten per verzekerde** Uitgaande van de gemiddelde werkelijke zorgvraag binnen de huidige ADL-clusters op basis van de indicatie voor ADL-assistentie, zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 48.000 per jaar per verzekerde. Als aangenomen wordt dat de in aanvulling hierop geïndiceerde verpleging volledig in en om de woning wordt ingezet, zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 81.500 per jaar per verzekerde. Wordt de totale zorg als één pakket gedefinieerd, dan zijn de

---

<sup>46</sup> Zie Bijlage 4.

gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 108.500 per jaar per verzekerde.

***Macrokosten***

Een aanspraak die beperkt is tot de zorg in en om de woning, is begroot op ongeveer € 357 miljoen per jaar, uitgaande van de huidige ADL-assistentie. De verzekerde kan in aanvulling hierop nog op andere extramurale AWBZ-zorg aangewezen zijn. Als de aanspraak in en om de woning ook alle verpleging omvat, zijn de maximale kosten begroot op ongeveer € 468 miljoen per jaar.

Betreft de aanspraak ook de zorg buiten de woning dan zijn de maximale kosten begroot op ongeveer € 800 miljoen per jaar.

***Evaluatie nieuwe aanspraak***

Het CVZ raadt de staatssecretaris aan om de nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep te monitoren en na een bepaalde periode te evalueren. Aan de hand van de uitkomst van de evaluatie zijn vervolgens aanpassingen mogelijk.

## 6. Integraal pakket persoonlijke assistentie

### ***Voorgelegd scenario***

De staatssecretaris heeft het CVZ gevraagd om ook te adviseren over een integraal pakket voor de zwaarste groep verzekerden die vrijwel 24 uur per dag assistentie nodig heeft. De verzekerde heeft 24 uur per dag persoonlijke assistenten in zijn directe omgeving die in noodsituaties direct kunnen ingrijpen. Het gaat dus *niet* om 24-uurszorg op afroep.

### ***Geen zorg op afroep***

De staatssecretaris is van plan de doelgroep vooralsnog te beperken tot verzekerden met permanente thuisbeademing met zeer beperkte handfunctie. In de brief van 3 oktober 2012 heeft de staatssecretaris aangegeven het wenselijk te vinden na een evaluatie te beslissen over een eventuele verruiming van de doelgroep voor een integraal pakket persoonlijke assistentie.

### ***6.a. Inleiding***

Het verzoek van de staatssecretaris komt voort uit een rapport dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2010 heeft uitgebracht naar aanleiding van een aantal incidenten waarvan enkele met dodelijke afloop, over de risico's van het gebruik van beademingsapparatuur voor chronische beademing in de thuissituatie.<sup>47</sup>

Naar aanleiding van dit rapport is de Veldnorm Chronische beademing<sup>48</sup> opgesteld. Het gaat om "onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners en zorgorganisaties geacht worden te voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen"<sup>49</sup> aan 'de gemiddelde patiënt'. De IGZ heeft het ministerie van VWS aanbevolen om te kijken naar de financiering van chronische beademing en zo nodig nader beleid te ontwikkelen om de veiligheid van de groep verzekerden met chronische beademing in de thuissituatie te verbeteren.

#### ***6.a.1. Thuisbeademing***

### ***Toename thuisbeademing***

Het aantal verzekerden met thuisbeademing is sinds 1990 flink toegenomen.<sup>50</sup> De levensverwachting voor mensen met bepaalde aandoeningen is door de mogelijkheid van beademing in de thuissituatie in veel gevallen met meer dan tien jaar gestegen. Ook is er een positief effect op de ervaren kwaliteit van leven.

### ***Kwaliteit van leven***

In de termen van de Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA) is sprake van

<sup>47</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg. Chronische beademing vereist betere afstemming', Den Haag, augustus 2010.

<sup>48</sup> Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA), 'Veldnorm Chronische beademing', 2012.

<sup>49</sup> Idem, p. 18.

<sup>50</sup> Het gaat op dit moment om ongeveer 2200 verzekerden met ademhalingsondersteuning. Van deze groep wordt ongeveer 21% meer dan 20 uur per etmaal beademd. (Bron: VSCA)

‘thuisbeademing’ als een verzekerde buiten het ziekenhuis wordt beademd, bijvoorbeeld thuis of in een verpleeghuis. In het kader van deze uitvoeringstoets gebruikt het CVZ een striktere definitie van ‘thuisbeademing’: het gaat om verzekerden met chronische ademhalingsondersteuning in de eigen, zelfstandige woning. Dit kan ook een ADL-clusterwoning zijn.

#### **Rol CTB’s**

Een verzekerde die afhankelijk is van beademing (invasief of non-invasief) en waarbij sprake is van een zeer korte responstijd<sup>51</sup>, is in beginsel aangewezen op 24-uurstoezicht en daarmee op verblijf in een instelling.

Als de verzekerde vanuit het ziekenhuis naar huis wil, beoordeelt een Centrum voor thuisbeademing (CTB)<sup>52</sup> of dit vertrouwd is en ziet er op toe dat de thuissituatie voldoende veiligheid biedt. Het CTB is verantwoordelijk voor het geven van individueel advies over passende ondersteuning aan de verzekerde in de vorm van zorg en alarmering. De CTB’s hebben als uitgangspunt dat de verzekerde moet beschikken over één of twee mantelzorgers om op een verantwoorde wijze thuis te kunnen worden beademd. Door de aanwezigheid van voldoende mantelzorg vervalt de noodzaak voor verblijf in een instelling.

#### **Informed consent**

Als een verzekerde geen mantelzorg heeft, wijst het CTB hem op de mogelijk onveilige situatie (informed consent). Het CTB kan de verzekerde echter niet tegenhouden als hij toch naar huis wil. De verzekerde heeft uiteindelijk een keuzevrijheid. Hij is in beginsel zelf verantwoordelijk voor het opvolgen van het advies.

### **6.b. De zorg**

De staatssecretaris verwijst in de brief van 3 oktober 2012 naar de mogelijkheid in Denemarken om gebruik te maken van permanente aanwezigheid van persoonlijke assistentie. Het zogenoemde ‘Deens model’.

Het CVZ legt eerst kort uit wat het ‘Deens model’ inhoudt en gaat vervolgens in op de mogelijkheden die in Nederland bestaan op het gebied van zorgverlening voor verzekerden met chronische beademing in de thuissituatie.

#### **6.b.1. Het ‘Deens model’<sup>53</sup>**

#### **‘Deens model’**

Het zogenoemde ‘Deens model’, de regelingen voor ‘Burgergestuurde Persoonlijke Assistentie’ (BPA) in Denemarken, zijn bedoeld voor personen van 18 jaar en ouder

---

<sup>51</sup> Met ‘responstijd’ wordt in dit geval bedoeld de tijd waarbinnen op een alarmoproep gereageerd moet worden om een levensbedreigende situatie te voorkomen.

<sup>52</sup> Er zijn vijf Centra voor thuisbeademing: in Utrecht, Rotterdam, Groningen, Maastricht en Arnhem. Deze centra werken regionaal.

<sup>53</sup> Regioplan Beleidsonderzoek. Burgergestuurde Persoonlijke Assistentie. Amsterdam: december 2011.

met ernstige, blijvende fysieke en psychische beperkingen die ondersteuning met verpleging, bewaking of begeleiding nodig hebben om een zelfstandig leven te kunnen behouden of op te bouwen. De persoon moet zelf de hulp kunnen plannen en zijn assistenten kunnen aansturen. Verder zijn er geen specifieke criteria waar hij aan moet voldoen.

**Gemeente  
verantwoordelijk**

De gemeente is verantwoordelijk voor de vaststelling van (de omvang van) de hulpvraag, de beoordeling van de regiefunctie van de persoon en de toekenning en uitkering van een budget. Ook bepaalt de gemeente de tijd die voor bepaalde handelingen staat en stelt het de salarissen van de assistenten vast. In het budget wordt rekening gehouden met kosten voor bijvoorbeeld het inwerken van assistenten. Hoe een en ander in detail vorm wordt gegeven, verschilt per gemeente.

De ontvanger van BPA moet jaarlijks een globale verantwoording afleggen bij de gemeente over de besteding van het budget en is in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die hij ontvangt. De gemeente evalueert wel jaarlijks de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg met de ontvanger van het budget.

**Inhoud zorg**

De assistent voert *alle* zorg uit die de ontvanger van het budget nodig heeft: de persoonlijke verzorging, de verpleging, de begeleiding en de huishoudelijke verzorging.

*6.b.2. Situatie in Nederland*

In Nederland bestaan voor verzekerden met chronische beademing verschillende mogelijkheden om adequate zorg te ontvangen in de thuissituatie. Bijvoorbeeld met reguliere thuiszorg of met 24-uurszorg op afroep, al of niet in een geclusterde woonvorm. In bepaalde gevallen voldoen deze mogelijkheden niet. Zelf AWBZ-zorg inkopen met een PGB kan dan de meest adequate oplossing zijn voor de verzekerde. De omvang van het te besteden PGB is daarbij belangrijk.

**Responstijd**

De responstijd is (onder meer) bepalend in welke vorm de zorg het beste aansluit bij de geobjectiveerde zorgbehoefte van de verzekerde.

De Deense BPA-regelingen zijn vergelijkbaar met de Nederlandse PGB-regeling. De zorg in Nederland is echter anders georganiseerd dan in Denemarken. Het grootste verschil is dat de uitvoering (indicatiestelling, vaststelling tarieven enz.) in Nederland voornamelijk centraal geregeld is. De uitvoering van de BPA-regelingen in Denemarken ligt volledig bij de gemeenten, waardoor de uitwerking hiervan per gemeente kan verschillen. Dit is vergelijkbaar met de uitwerking van de gemeentelijke compensatieplicht op grond van de Wmo.

Verder omvatten de BPA-regelingen meer zorg dan de PGB-

regeling; ook huishoudelijke hulp maakt hier onderdeel van uit. In Nederland behoort de huishoudelijke hulp tot een ander domein (de Wmo).

### **6.c. Integraal pakket**

Als de staatssecretaris het voor verzekerden met chronische beademing in de thuissituatie mogelijk wil maken om met een PGB een integraal pakket persoonlijke assistentie in te kopen, zal hiervoor binnen de AWBZ een aparte aanspraak geformuleerd moeten worden. Een PGB kan namelijk alleen worden verleend voor in de PGB-regeling genoemde AWBZ-zorg waar een verzekerde een indicatie voor heeft. Dit betekent dat aanpassing van het Besluit zorgaanspraken (Bza) en de PGB-regeling<sup>54</sup> nodig is.

#### ***Inhoud pakket***

In het integrale pakket kan *alle* zorg worden opgenomen waar de verzekerde op is aangewezen. Het gaat om persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten. In het kader van de doelmatigheid, ligt het in dit geval voor de hand ook de huishoudelijke hulp in het pakket op te nemen hoewel deze zorg eigenlijk binnen een ander domein thuishoort. Een assistent is immers 24 uur per dag in de directe omgeving van de verzekerde aanwezig. Er mag van hem worden verwacht dat hij alle voorkomende activiteiten waar de verzekerde op is aangewezen, kan uitvoeren in het kader van samenhangende zorg.<sup>55</sup>

#### ***Integraliteit van de zorg***

In het Regeerakkoord is voorzien in het overhevelen van de extramurale zorg naar andere domeinen: de Wmo en Zvw. Met een aparte AWBZ-aanspraak voor een integraal pakket persoonlijke assistentie, is de integraliteit van de zorg waar de verzekerde met chronische ademhalingsondersteuning met een zeer korte responstijd op is aangewezen, op termijn te garanderen.

Het uitgangspunt van de staatssecretaris is dat de verzekerde zelf zijn zorg kan (blijven) regelen. Dit is lastig te realiseren als het gaat om ZIN, maar met een PGB kan dit wel.

De AWBZ is een natura-verzekering. Dat wil zeggen dat de verzekerde in beginsel recht heeft op de geïndiceerde zorg en niet op vergoeding van de kosten van die zorg. Het is op dit moment binnen de systematiek van de AWBZ niet mogelijk om een aanspraak zodanig te formuleren dat deze alleen met een PGB te verzilveren is. Hiervoor is aanpassing van de AWBZ nodig.

---

<sup>54</sup> Regeling subsidies AWBZ, paragraaf 2.6

<sup>55</sup> College voor zorgverzekeringen. Signalement zorg en wonen. Diemen: CVZ, 4 april 2012 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS.  
[http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/rapporten/2012/rpt-1204-signalement-zorg-en-wonen.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2012/rpt-1204-signalement-zorg-en-wonen.pdf).



**Individuele  
beoordeling**

*6.c.1. Indicatiestelling*

Als een verzekerde een aanvraag doet voor een integraal pakket persoonlijke assistentie ('opting in') moet het indicatieorgaan aan de hand van een individuele beoordeling vaststellen of hij hier aanspraak op kan maken. Informatie van de behandelaar, in dit geval ook van het CTB, kan daarbij behulpzaam zijn, evenals het advies van een (onafhankelijke) revalidatiearts.<sup>56</sup>

De voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op 24-uurszorg op afroep, zoals beschreven in hoofdstuk 3, zijn ook van toepassing op verzekerden met chronische beademing in de thuissituatie.<sup>57</sup>

**Handfunctie**

Nu de staatssecretaris de doelgroep vooralsnog heeft beperkt tot verzekerden met chronische ademhalingsondersteuning, ligt het voor de hand dat dit een aanvullende voorwaarde is om aanspraak te kunnen maken op een eventueel integraal pakket persoonlijke assistentie, evenals dat er sprake moet zijn van een zeer korte responstijd. Als niet direct op een alarmoproep gereageerd wordt, kan een levensbedreigende situatie ontstaan. De handfunctie is in dit geval ook belangrijk, maar niet als enig onderscheidend criterium. Belangrijker is de vraag of de verzekerde 24 uur per dag adequaat kan reageren dan wel alarmeren in noodsituaties.

Bij de indicatiestelling is een belangrijke vraag of in het specifieke geval reguliere thuiszorg of 24-uurszorg op afroep voldoet om de beperkingen van de verzekerde adequaat te compenseren. Als dat zo is, kan hij geen aanspraak maken op een integraal pakket persoonlijke assistentie. Hij krijgt dan een indicatie voor reguliere thuiszorg of 24-uurszorg op afroep. Bieden de reguliere thuiszorg en de 24-uurszorg op afroep geen adequate oplossing, dan kan aanspraak bestaan op een integraal pakket persoonlijke assistentie als dat wel een adequate oplossing biedt.

**6.d. Doelmatigheid**

Zoals in paragraaf 6.a.1. aangegeven, is een verzekerde met chronische ademhalingsondersteuning met een zeer korte responstijd in beginsel aangewezen op verblijf in een instelling. Als de verzekerde thuis wil (blijven) wonen met adequate zorg, kan dit extra kosten met zich meebrengen.

AWBZ-zorg moet doelmatig zijn. Dit betekent dat er niet meer zorg wordt geïndiceerd dan noodzakelijk is om verantwoorde zorg te kunnen bieden.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat door de inbreng van de behandelaar de behandelrelatie met de verzekerde wordt verstoord. De informatie die van een behandelaar gevraagd kan worden, gaat ook niet verder dan zijn mogelijkheden reiken.

<sup>57</sup> Zie paragraaf 3.e.

<sup>58</sup> Zie paragraaf 4.a.

**Afweging  
verblijf/thuis**

Op dit moment hanteert het CVZ in het kader van de doelmatigheid het volgende uitgangspunt. Als een verzekerde is aangewezen op verblijf in een instelling, maar de zorg liever thuis ontvangt, mag de zorg die hij in de thuissituatie nodig heeft in beginsel niet meer kosten dan de zorg die hij in een instelling zou ontvangen.<sup>59</sup> Dit zou in het geval van een verzekerde met thuisbeademing betekenen dat de referentie voor de maximale kosten in de thuissituatie zouden zijn: de kosten van het ZZP met het best bij de verzekerde passende cliëntprofiel plus de toeslag voor ademhalingsondersteuning.<sup>60</sup>

**Kwaliteit van leven**

De mogelijkheid van beademing in de thuissituatie heeft echter ook een positief effect op de ervaren kwaliteit van leven. Tegenover de ervaren hogere kwaliteit van leven kunnen extra kosten te rechtvaardigen zijn. In de AWBZ bestaat voor de verhouding daartussen nu geen maatstaf. In de curatieve zorg wordt uitgegaan van de Quality-adjusted life years (QALY's). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelt een bovengrens van € 80.000 bij een hoge ziektelast.<sup>61 62</sup> In de AWBZ is nog geen maatstaf geformuleerd voor de kwaliteit van leven. Hier is wel onderzoek naar uitgezet, maar het zal nog geruime tijd duren voordat er voldoende resultaten zijn. Het CVZ kan daarom nu geen zinvolle uitspraak doen over de kosteneffectiviteit.

**QALY's**

**6.e. Wet- en regelgeving<sup>63</sup>**

Het formuleren van een nieuwe AWBZ-aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie heeft gevolgen voor de huidige wet- en regelgeving.

Een nieuwe aanspraak leidt in ieder geval tot aanpassing van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ en het Zorgindicatiebesluit.

Aanpassing van het Bijdragebesluit zorg is nodig om voor de nieuwe aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie eventueel een eigen bijdrage te kunnen heffen.

Om het mogelijk te maken voor de verzekerde om de nieuwe aanspraak te verzilveren met een PGB, is ook aanpassing van de Regeling subsidies AWBZ noodzakelijk. Als de staatssecretaris een aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie alleen mogelijk wil maken via een PGB, is aanpassing van de AWBZ noodzakelijk. Zoals in paragraaf

---

<sup>59</sup> Zie onder meer RZA 2004, 196 en RZA 2007, 173.

<sup>60</sup> Zie Bijlage 5. Dit betreft een zuiver illustratieve weergave van de berekening volgens het huidige uitgangspunt.

<sup>61</sup> College voor zorgverzekeringen. Pakketbeheer in de praktijk 2. Diemen: 2 juni 2009. Publicatienummer 277.

<sup>62</sup> Het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) stelt een bovengrens van ongeveer £ 20.000.

<sup>63</sup> Zie Bijlage 3.

6.c. aangegeven, is binnen de huidige systematiek een aanspraak niet zodanig te formuleren dat alleen verzilvering met een PGB mogelijk is.

De NZa zal zijn beleidsregels moeten aanpassen om de bekostiging van de nieuwe aanspraak mogelijk te maken.

### **6.f. Bekostiging<sup>64</sup>**

Het CVZ heeft, ter illustratie, gekeken naar de financiële gevolgen van een nieuwe aanspraak voor een integraal pakket persoonlijke assistentie voor verzekerden met chronische beademing op basis van het op dit moment gehanteerde uitgangspunt dat de zorg in de thuissituatie niet meer mag kosten dan de zorg als de verzekerde daadwerkelijk zou verblijven in een instelling op basis van een ZZZP.

De maximale kosten per verzekerde met non-invasieve beademing die in een instelling verblijft op basis van ZZZP 8 VV zijn begroot op ongeveer € 92.000 per jaar en voor een verzekerde met invasieve beademing op ongeveer € 152.000 per jaar. Aangenomen dat 80% van de verzekerden met chronische beademing is aangewezen op invasieve beademing, zijn de totale maximale kosten als de verzekerden in een instelling verblijven op basis van een ZZZP 8 VV begroot op ongeveer € 56 miljoen per jaar.

De maximale kosten per verzekerde met non-invasieve beademing in de thuissituatie op basis van een ZZZP 8 VV met een volledig pakket thuis (VPT) zijn in deze opzet begroot op ongeveer € 90.000 per jaar en voor een verzekerde met invasieve beademing op ongeveer € 149.000 per jaar. Aangenomen dat 80% van de verzekerden met chronische beademing is aangewezen op invasieve beademing, zijn de totale maximale kosten voor een integraal pakket persoonlijke assistentie begroot op ongeveer € 55 miljoen per jaar.

#### ***Verskil invasieve en non-invasieve beademing***

Bij het bepalen van de omvang van de maximale kosten is het belangrijk of wordt uitgegaan van non-invasieve of invasieve beademing. Er bestaat een groot verschil in de toeslagen die hierop van toepassing zijn. Als een verzekerde met chronische beademing niet in een instelling verblijft maar thuis woont, is dat verschil naar verwachting minder groot. Nadere uitwerking hiervan is noodzakelijk.

Zoals in paragraaf 6.d. aangegeven, is het een politieke afweging hoeveel de toename van kwaliteit van leven voor verzekerden met chronische beademing in de thuissituatie mag kosten en waar het omslagpunt ligt.

---

<sup>64</sup> Zie Bijlage 5.

## **6.g. Conclusie**

<b>'Deens model'</b>	<p>De staatssecretaris heeft advies gevraagd over een integraal pakket persoonlijke assistentie voor verzekerden met chronische beademing in de thuissituatie, met verwijzing naar de situatie in Denemarken. Daar is voor verzekerden de mogelijkheid gecreëerd om zorg in te kopen met een individueel toegekend budget. Het zogenoemde 'Deens model'.</p>
<b>Nederlandse mogelijkheden</b>	<p>In Nederland bestaan verschillende mogelijkheden voor mensen met chronische beademing die in een zelfstandige woning willen blijven wonen met de noodzakelijke zorg, zoals reguliere thuiszorg en 24-uurszorg op afroep. Voor verzekerden waarvoor dit geen adequate oplossing biedt, kan de PGB-regeling een alternatief zijn. De omvang van het te besteden PGB is daarbij belangrijk.</p>
<b>PGB</b>	<p>De responstijd waar de verzekerde op is aangewezen, bepaalt onder meer welke mogelijkheid de meest adequate zorg biedt.</p> <p>De PGB-regeling is vergelijkbaar met de Deense regelingen. De zorg in Denemarken is echter anders georganiseerd dan in Nederland. Ook is de zorg die de verzekerde met een PGB kan inkopen beperkter, omdat de huishoudelijke hulp hier niet onder valt.</p>
<b>Aparte aanspraak</b>	<p>Als de staatssecretaris het mogelijk wil maken om met een PGB een integraal pakket persoonlijke assistentie in te kopen, moet hiervoor een aparte aanspraak worden geformuleerd. Ook is aanpassing van de PGB-regeling nodig. Het is op dit moment niet mogelijk om een aanspraak zodanig te formuleren dat deze alleen met een PGB te verzilveren is. Hiervoor is aanpassing van de AWBZ noodzakelijk.</p>
<b>Omvang zorg</b>	<p>Het uitgangspunt bij deze aanspraak is dat de verzekerde 24 uur per dag hulp in de directe nabijheid heeft. Van de assistent mag daarom worden verwacht dat hij aan alle voorkomende hulpvragen van de verzekerde tegemoet kan komen. Het ligt daarom voor de hand dat het integrale pakket <i>alle</i> hulp omvat waar de verzekerde op is aangewezen. Dus ook als deze hulp in een ander domein thuishoort, zoals de huishoudelijke hulp. Dit komt in grote lijnen overeen met het idee van de samenhangende zorg, zoals bij de 24-uurszorg op afroep.</p>
<b>Indicatiestelling</b>	<p>Of de verzekerde die hier om vraagt aanspraak kan maken op een integraal pakket persoonlijke assistentie, moet het indicatieorgaan vaststellen aan de hand van een individuele beoordeling. Informatie van de behandelaar, voor de beoogde doelgroep het CTB, kan daarbij behulpzaam zijn.</p>
<b>Kwaliteit van leven</b>	<p>De mogelijkheid van beademing in de thuissituatie heeft een positief effect op de ervaren kwaliteit van leven. Tegenover de ervaren hogere kwaliteit van leven kunnen extra kosten staan.</p>

In de AWBZ bestaat voor de verhouding daartussen nu geen maatstaf. Voor de verhouding daartussen bestaat nu geen maatstaf, zoals de QALY's in de curatieve zorg. Het is ook niet te verwachten dat die er op korte termijn zal zijn. Het CVZ kan daarom geen uitspraak doen over de kosteneffectiviteit. Hoeveel de toename van kwaliteit van leven als gevolg van de mogelijkheid van thuisbeademing mag kosten en waar het omslagpunt ligt, moet nog nader worden uitgewerkt. Op dit moment geldt het uitgangspunt dat de zorg die een verzekerde die is aangewezen op verblijf in een instelling in de thuissituatie ontvangt, niet meer mag kosten dan de zorg die hij in een verblijfsinstelling zou ontvangen.<sup>65</sup>

#### **Wet- en regelgeving**

Om een aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie te creëren, is aanpassing van de wet- en regelgeving nodig. In dit geval gaat het om het Besluit zorgaanspraken, de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ en het Zorgindicatiebesluit. Om het mogelijk te maken de nieuwe aanspraak te verzilveren met een PGB is aanpassing van de Regeling subsidies AWBZ, de PGB-regeling, nodig. Als de staatssecretaris een aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie alleen mogelijk wil maken via een PGB, is aanpassing van de AWBZ noodzakelijk. Aanpassing van het Bijdragebesluit zorg is nodig om voor de nieuwe aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie eventueel een eigen bijdrage te kunnen heffen. Ook aanpassing van de beleidsregels van de NZa is noodzakelijk om de bekostiging van de nieuwe aanspraak mogelijk te maken.

#### **Bekostiging**

Ter illustratie heeft het CVZ gekeken naar de bekostiging van een integraal pakket persoonlijke assistentie op basis van het in het kader op dit moment gehanteerde uitgangspunt.<sup>66</sup> Het CVZ benadrukt dat het niet beoogt hiermee een financiële bovengrens te stellen aan een integraal pakket persoonlijke assistentie. Bij de begroting van de maximale kosten bij verblijf in een instelling is het belangrijk of wordt uitgegaan van non-invasieve of invasieve beademing, omdat er een groot verschil bestaat in de toeslagen die hierop van toepassing zijn. In de thuissituatie zal dit verschil naar verwachting minder groot zijn. Aangenomen dat 80% van de verzekerden met chronische beademing is aangewezen op invasieve beademing, zijn de totale maximale kosten bij verblijf in een instelling op basis van een indicatie voor ZZP 8 VV begroot op ongeveer € 56 miljoen per jaar. Als dezelfde zorg in de thuissituatie wordt geleverd in de vorm van een volledig pakket thuis (VPT) zijn de totale maximale kosten ongeveer € 55 miljoen per jaar.

<sup>65</sup> Zie onder meer RZA 2004, 196 en RZA 2007, 173.

<sup>66</sup> Zie Bijlage 5.

### ***Evaluatie***

Het CVZ vindt het verstandig om een nieuwe aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie na een bepaalde periode te evalueren, zoals de staatssecretaris in de brief van 3 oktober 2012 ook aangeeft. Aan de hand van de uitkomst van deze evaluatie zijn vervolgens aanpassingen mogelijk.

## 7. Reacties consultatie externe partijen

Het CVZ heeft in de voorbereidende fase van deze uitvoeringstoets ambtelijk overlegd met de externe, belanghebbende partijen. Ook is een expertsessie gehouden. De concept-uitvoeringstoets is vervolgens voor bestuurlijke consultatie aan de externe partijen voorgelegd. Een overzicht van de geraadpleegde partijen is opgenomen in bijlage 2.

Van zestien van de 22 aangeschreven partijen zijn reacties ontvangen. Over het algemeen geven partijen aan tevreden te zijn over de wijze waarop de concept-uitvoeringstoets tot stand is gekomen en de manier waarop het CVZ hen hierbij heeft betrokken.

In dit hoofdstuk zijn de punten uit de reacties opgenomen die van belang zijn voor de inhoud van de uitvoeringstoets. Daarbij heeft het CVZ, net als de meeste partijen, de lijn van het rapport gevolgd.

In bijlage 6 gaat het CVZ in op vragen en opmerkingen van de partijen die geen directe gevolgen hebben voor de inhoud van de uitvoeringstoets. Aan deze bijlage zijn ook de schriftelijke reacties toegevoegd.

### De aanpak

De NZa geeft aan dat het haar goed lijkt als de uitvoeringstoets meer ingaat op hoe de vier pakketprincipes zich verhouden tot de opmerking in het conceptrapport dat het CVZ in deze uitvoeringstoets niet de wenselijkheid beoordeelt van een aanspraak op 24-uurszorg op afroep. *In deze uitvoeringstoets gaat het CVZ uit van de beleidsvoornemens van de staatssecretaris en komt daarom niet toe aan een beoordeling van de wenselijkheid (het noodzakelijkheids criterium) van een aanspraak op 24-uurszorg op afroep. Omdat de precieze gevolgen van het Regeerakkoord nog niet te overzien zijn, heeft het CVZ zich, in overleg met het ministerie van VWS, gehouden aan de vragen in de brief van 3 oktober 2012.*

### De doelgroep

#### **Cumulatieve voorwaarden**

De gestelde cumulatieve voorwaarden worden over het algemeen door de partijen onderschreven. ZN geeft wel aan dat de gestelde criteria volgens haar een verruiming van de doelgroep betekent en een gewenste scherpe afbakening lastiger maakt. Ook SWZ voorziet dat een aanspraak ontstaat waarvan de omvang niet goed is aan te geven als de koppeling met ADL-clusters wordt losgelaten, zeker als deze ook nog met een PGB te verzilveren is. Osira raadt aan wel een ondergrens aan de zorg te stellen. *De staatssecretaris wenst een nieuwe aanspraak ook mogelijk te maken voor verzekerden die niet in een bestaande ADL-clusterwoning wonen. Dit kan inderdaad leiden tot een verruiming van de*

*doelgroep. Het CVZ vindt daarom een individuele beoordeling, waarbij ook een (onafhankelijke) revalidatiearts een rol kan spelen, belangrijk. Ook het monitoren van de instroom van verzekerden en een tijdige evaluatie van de gevolgen van een nieuwe aanspraak vindt het CVZ in dit verband belangrijk.*

Stichting Fokus (verder: Fokus) en de NZa vragen zich af wat bij 'een substantiële hoeveelheid zorg op afroep' moet worden verstaan onder 'substantieel'. *Dit valt buiten het bestek van deze uitvoeringstoets en moet nog nader worden uitgewerkt. Het CVZ heeft dit laatste in de tekst verduidelijkt.*

**Overgangsregeling** ZN vraagt bij een te treffen overgangsregeling aandacht voor het feit dat de huidige bewoners van ADL-clusters op 1 januari 2014 al twee jaar in een overgangsregeling zitten met soms een dubbele verstrekking of een indicatie voor een zorgzwaartepakket. Fokus vraagt aandacht voor bewoners die ook nu al niet (meer) aan de eisen voldoen en geeft aan dat ook voor de huidige aanbieders een overgangsregeling nodig is. *De staatssecretaris heeft aangegeven in een overgangsregeling te zullen voorzien. Het CVZ gaat er van uit dat de staatssecretaris daarbij rekening houdt met de bovenstaande opmerkingen.*

**Doelmatigheid** Algemene uitvoeringsaspecten  
De meeste partijen zijn het er mee eens dat bij de indicatiestelling voor een nieuwe aanspraak rekening moet worden gehouden met doelmatigheid van de zorg.

**Zorg en wonen** Per Saldo en Fokus raden aan om ook als voorwaarde bij de aanspraak op te nemen dat de verzekerde kan aantonen dat 24-uurszorg op afroep geleverd gaat worden en hoe. *De staatssecretaris wil met een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep meerdere concepten dan de bestaande mogelijk maken. Het CVZ neemt deze suggesties daarom niet over.*

**ZIN en PGB** BTN is van mening dat het mogelijk moet worden gemaakt om de zorg in een PGB te verzilveren als dit de keuzevrijheid van de verzekerde bevordert. Ook Actiz is hier een voorstander van. Per Saldo is verheugd dat de uitvoeringstoets geen directe belemmeringen laat zien voor invoering van een PGB. Osira pleit ervoor om de zorg te beperken tot ZIN, omdat de aanbieder expertise heeft en een integraal aanbod kan leveren. Fokus wijst er op dat haar cliënten een sterke voorkeur hebben voor een PGB voor de zorg buiten de woning. Als gevolg van (mogelijke) versnippering van een integraal pakket blijft er van de beoogde samenhang weinig over als een PGB mogelijk wordt gemaakt. Een samenhangend pakket leidt volgens Fokus logischerwijs tot levering door één aanbieder. Ook voorziet Fokus problemen voor aanbieders van 24-uurszorg op afroep als de verzekerde kan kiezen tussen ZIN en een PGB. Fokus geeft daarom de voorkeur aan ZIN en pleit voor een



'indicatietrap' waarbij de keuze voor een PGB pas wordt opengesteld als ZIN niet mogelijk is. *Het CVZ heeft geen keuze gemaakt tussen ZIN en PGB. Dit is een beslissing van de staatssecretaris.*

**Regionale uitvoering**

Fokus voorziet dat regionale uitvoering door de zorgkantoren zal leiden tot een toename van zijn administratieve lasten en sluiting van te dure clusters. Ook wijst Fokus er op dat het denkbaar is dat de uitvoering in 2015 weer landelijk gaat plaatsvinden. *Regionale uitvoering past binnen de structuur van de AWBZ. Het Regeerakkoord gaat er van uit dat de bestaande structuur van regionale zorginkoop vooralsnog wordt gehandhaafd. Het CVZ ziet geen redenen om hier van af te wijken.*

**Zorginkoop**

ZN stelt dat de voorbereiding van de inkoop van AWBZ-zorg voor 2014 inmiddels in een vergevorderd stadium is, waardoor regionale inkoop per 1 januari 2014 niet meer te realiseren is. Ook de NZa vraagt om rekening te houden met de noodzaak dat wet- en regelgeving tijdig worden aangepast. *Het CVZ is het hier mee eens.*

24-uurszorg op afroep

De meeste partijen zijn het eens met het door het CVZ voorgestelde alternatieve scenario.

**Voorgestelde scenario's**

Osira beschouwt scenario A als second best-oplossing. De CRF ziet het huidige aanbod graag in de nieuwe aanspraak gecontinueerd en vindt niet dat in scenario A sprake is van een dubbele verstrekking, zoals het CVZ stelt. De CRF behoudt graag de huidige mogelijkheid voor een aparte indicatie voor verpleging naast de indicatie voor ADL-assistentie. Fokus is van mening dat de dubbele verstrekking binnen scenario A niet juist is beschreven. *Omdat bij scenario A een indicatie mogelijk wordt gemaakt naast een indicatie voor 24-uurszorg op afroep waar verpleging onderdeel van uitmaakt, is wel sprake van een dubbele verstrekking.*

**Integraal pakket samenhangende zorg**

De meeste geconsulteerde partijen hebben positief gereageerd op het door het CVZ voorgestelde scenario waarbij de totale zorg (in, om én buiten de woning) wordt gedefinieerd als een integraal pakket van samenhangende zorg. Het CIZ ziet het belang in van een integraal pakket van samenhangende zorg, maar vraagt zich af of dit ook het cliëntenbelang dient. De CRF ziet een integraal pakket van samenhangende zorg, samengevat, als een belemmering van de keuzevrijheid van de verzekerde en het voeren van de eigen regie. Ook voorziet de CRF dat de verzekerde in een onwenselijke onderhandelingspositie met de zorgaanbieder belandt als één hoofdaannemer het totale pakket verzorgt. Fokus geeft aan zich wel te kunnen vinden in een integraal pakket van samenhangende zorg in en om de woning, maar

stelt voor de nieuwe aanspraak zo te formuleren dat aan de wensen van verzekerden tegemoet kan worden gekomen en delen van de functie verpleging elders kunnen worden afgenomen. Fokus geeft verder aan geen voorstander te zijn van een integraal pakket dat ook op de zorg buiten de woning van toepassing is. Hiervoor geeft Fokus een aantal argumenten, waaronder dat hiervoor geen draagvlak bestaat onder de verzekerden. *Het CVZ is zich er van bewust dat de keuzevrijheid van de verzekerde beperkt wordt door de totale zorg in een integraal pakket van samenhangende zorg te definiëren. In de afweging tussen de keuzevrijheid voor de verzekerde en het belang van de integraliteit van het pakket, vindt het CVZ vooral het laatste belangrijk. Tenzij het mogelijk wordt om de zorg met een PGB in te kopen, is de samenhang van de zorg op termijn anders niet te garanderen.*

#### ***Omvang van de zorg***

De NZa wijst er op dat er op dit moment geen omvang wordt meegegeven aan een indicatie voor ADL-assistentie en dat dit de zorginkoop belemmert. Het CIZ vraagt om een nadere uitwerking van hoe de omvang van de nieuwe aanspraak moet worden aangegeven. Fokus pleit voor een indicatie in klassen die onnodige tussentijdse herindicaties voorkomt. *Het CVZ stelt voor om de omvang van het integrale pakket van samenhangende zorg weer te geven in klassen. Hoe deze klassenverdeling er uit moet zien, moet nog nader worden uitgewerkt. Dit is in de tekst opgenomen.*

#### ***Bekostiging***

Fokus en de NZa merken op dat bij de berekening van de maximale kosten voor een aanspraak is uitgegaan van de netto-uren waarbij geen rekening is gehouden met aanlooptijden enz. Ook wijzen zij er op dat in het aangehaalde onderzoek is vastgesteld dat het gemiddelde aantal afgenomen uren 15,3 per week is en niet 15. *Het CVZ heeft de berekening van de maximale kosten aangepast door het gemiddelde aantal afgenomen uren ADL-assistentie per week aan te passen van 'ongeveer 15' naar 15,3. Omdat in de AWBZ wordt uitgegaan van face-to-face contacten blijft het CVZ wel het door de NZa gebruikte tarief<sup>67</sup> hanteren voor de berekening van de maximale kosten. In dit tarief is rekening gehouden met aanlooptijden enz.*

De NZa geeft verder aan dat een onderbouwing ontbreekt voor ophoging van de indicatie voor een integraal pakket van samenhangende zorg met 20% voor hand- en spandiensten. *Uit het onderzoek in het kader van de bekostiging van een nieuwe aanspraak is gebleken dat gemiddeld 18% van de daadwerkelijk geleverde zorg in en om de ADL-clusterwoning bestaat uit hand- en spandiensten. Hier van uitgaande vindt het CVZ een ophoging van de indicatie met 20% voor de nodige hand- en spandiensten passend om aan de zorgvraag te voldoen. Dit is in de tekst nader toegelicht.*

---

<sup>67</sup> Nederlandse Zorgautoriteit, Beleidsregel CA-300-547

<b>Rol CTB's</b>	<p><u>Integraal pakket persoonlijke assistentie</u></p> <p>De VSCA maakt een aantal kanttekeningen bij de rol van de CTB's. <i>Het CVZ heeft de opmerkingen overgenomen en de rol van de CTB's bij de indicatiestelling genuanceerd. Informatie van de behandelaar kan behulpzaam zijn bij de individuele beoordeling van de beperkingen van de verzekerde en de daardoor nodige ondersteuning. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat door de inbreng van de behandelaar, in dit geval een CTB, bij de indicatiestelling de behandelrelatie met de verzekerde wordt verstoord.</i></p>
<b>Indicatiestelling</b>	<p>De VSN en de VSCA merken beiden op dat de handfunctie van de verzekerde belangrijk is bij het vaststellen of hij 24 uur per dag adequaat kan reageren dan wel alarmeren in nood-situaties, maar dat dit geen stabiel en enig onderscheidend criterium kan zijn. <i>Het CVZ vindt dit een terechte opmerking en heeft deze overgenomen.</i></p>
<b>Bekostiging</b>	<p>Zowel de VSN als de VSCA geven aan dat het onderscheid tussen de tarieven voor non-invasieve en invasieve beademing ver uiteen liggen. VSN merkt op dat het tarief voor non-invasieve beademing in de thuissituatie naar verwachting ontoereikend zal zijn, zeker in situaties waarbij er 24 uur per etmaal iemand aanwezig moet zijn. Ook de VSCA geeft aan dat het onderscheid tussen verzekerden met non-invasieve en invasieve beademing in de thuissituatie aanzienlijk minder groot zal zijn dan bij verblijf in een instelling. De CG-raad denkt ook dat verdere onderbouwing op dit punt nodig is.</p> <p><i>Het CVZ is het met partijen eens dat het verschil tussen non-invasieve en invasieve beademing in de thuissituatie minder groot is dan in een verblijfsinstelling en heeft dit in de tekst opgenomen. Het CVZ stelt daarbij vast dat nadere uitwerking van dit punt nog nodig is.</i></p> <p>De NZa vraagt waar de regel is vastgelegd dat zorg voor een verzekerde die is aangewezen op verblijf niet meer mag kosten dan zorg die hij in een verblijfsinstelling zou ontvangen. De VSN merkt op dat door het CVZ een financiële bovengrens is aangegeven. SWZ vraagt waar het omslagpunt ligt en Verenso vraagt op welke deskundigheid de maximale kosten per jaar voor een integraal pakket persoonlijke assistentie zijn gebaseerd.</p> <p><i>Op dit moment wordt in het kader van de doelmatigheid het uitgangspunt gehanteerd dat de zorg die een verzekerde in de thuissituatie ontvangt in beginsel niet meer mag kosten dan de zorg die hij in een verblijfsinstelling zou ontvangen.<sup>68</sup></i></p>

---

<sup>68</sup> Zie onder meer RZA 2004, 196 en RZA 2007, 173.

*De berekening die het CVZ geeft, is puur bedoeld ter illustratie van het huidige uitgangspunt en niet om een financiële bovengrens aan te geven. Wat de maatschappelijk aanvaardbare kosten zijn van de toename van kwaliteit van leven, is een politieke afweging. Het CVZ heeft dit in de tekst nader toegelicht.*

## 8. Adviescommissie pakket

De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft de uitvoeringstoets in zijn vergadering van 5 april 2013 besproken. Er waren vijf sprekers van vier organisaties: de VSN, de Cliëntenraad Fokus (CRF), Per Saldo en twee mensen van Werkgroep de Rode Bril (belangenvereniging van beademingspatiënten).

Hier volgt een korte weergave van wat de sprekers aandroegen.

De VSN en de mensen van Werkgroep de Rode Bril gaven aan dat het ADL-clusterwonen niet voldoet voor mensen met chronische beademing met een korte responstijd. Het concept van ADL-assistentie is daar ook nooit voor bedoeld geweest.

De aanlooptijden zijn te lang en er is onvoldoende deskundigheid aanwezig. Met een persoonlijk assistentie budget kan een verzekerde met chronische beademing zelfstandig leven en maatschappelijk (blijven) participeren. Het huidige budget is daarvoor niet toereikend.

De CRF wijst op het recht van persoonlijke vrijheid en eigen regie van ADL-clusterbewoners en pleit voor het behoud van de huidige mogelijkheid om de nodige verpleging en de zorg buiten de woning zelf in te kopen met een PGB.

Per Saldo pleit voor de mogelijkheid van een PGB, zodat het voor verzekerden mogelijk wordt om zelf te kiezen van wie ze de zorg afnemen.

Meerdere sprekers benadrukken dat hun huidige situatie mede een gevolg is van toegenomen/verbeterde medische mogelijkheden en behandelingen. Daardoor is een nieuwe groep patiënten ontstaan met een andere zorgvraag dan waarvoor de regeling oorspronkelijk was bedoeld.

De ACP kan zich in de inhoud van de uitvoeringstoets vinden, maar vraagt, mede naar aanleiding van wat door de sprekers is ingebracht, nog wel aandacht voor het volgende.

Er bestaat consensus binnen de ACP over het belang van een zo goed mogelijk behoud van de eigen bestaansregie, voor ieder mens, en dus ook voor deze doelgroep. Een integraal pakket waarbij de zorg door één hoofdaanbieder als zorg in natura (ZIN) wordt verzorgd, kan die eigen regie beperken. De ACP spreekt daarom zijn voorkeur uit voor de mogelijkheid om het inkopen van de zorg met een PGB ook mogelijk te maken voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep. Hiermee kan de eigen regie voor de doelgroep worden geoptimaliseerd.

De ACP stelt ook vast dat clustering van woningen niet altijd een oplossing biedt, maar zeker afgewogen moet worden, omdat het efficiënt kan zijn. Daarbij merkt de ACP op dat voor ieder mens, met of zonder beperkingen, geldt dat hij of zij niet altijd een volledige keuzevrijheid heeft.

Afbakening van de doelgroep moet plaatsvinden door middel van de voorgestelde individuele beoordeling bij de indicatiestelling. Een individuele beoordeling garandeert maatwerk, zowel wat betreft de specifieke situatie als het te verwachten toekomstbeeld. Het monitoren van de instroom van verzekerden en een tijdige evaluatie van de gevolgen van een dergelijke nieuwe aanspraak, acht de ACP in dit verband wel belangrijk.

De ACP spreekt de verwachting uit dat de kosten voor de nieuwe aanspraken voor een beperkt aantal mensen substantieel hoger zullen zijn dan € 80.000 per QALY. Dit is een richtinggevend grensbedrag dat het CVZ hanteert bij pakketadviezen. Het algemene gevoel is dat dit in bepaalde gevallen verdedigbaar is, zeker als er, zoals bij deze groep, sprake is van acute levensbedreiging. Waar het omslagpunt ligt is een politieke afweging.

Tenslotte komt het ook door de insprekers naar voren gebrachte argument ter sprake dat hun situatie mede het gevolg is van toegenomen/verbeterde medische mogelijkheden/behandeling. Over de vraag of dit een belangrijk argument is in de afweging lopen de meningen uiteen.

Het CVZ heeft deze aandachtspunten in de tekst uitgewerkt.

## 9. Samenvattende conclusies

In dit hoofdstuk geeft het CVZ de eerder getrokken conclusies nogmaals in samenhang weer.

### ***Verzoeken staatssecretaris***

In het kader van de beëindiging van de subsidieregeling voor ADL-assistentie heeft de staatssecretaris drie alternatieve scenario's voor een nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep in de AWBZ voorgelegd aan het CVZ en gevraagd de gevolgen voor de uitvoering te beoordelen, rekening houdend met de plannen voor de extramurale AWBZ-zorg in het Regeerakkoord. De bedoeling is om met deze aanspraak de huidige mogelijkheid voor verzekerden met een ernstige lichamelijke beperking te behouden om een zelfstandig leven te kunnen (blijven) leiden door middel van 24 uur per dag oproepbare dienstverlening.

Ook heeft de staatssecretaris gevraagd om te adviseren over een integraal pakket persoonlijke assistentie voor verzekerden met chronische beademing in de thuissituatie. Het gaat om verzekerden voor wie direct ingrijpen in noodsituaties belangrijk is om levensbedreigende situaties te voorkomen.

Het CVZ gaat in deze uitvoeringstoets uit van de beleidsvoornemens van de staatssecretaris en beoordeelt niet de noodzakelijkheid van een aanspraak op 24-uurszorg op afroep. Het CVZ beperkt zich tot het bespreken van de voorwaarden waaronder een nieuwe aanspraak kan worden vormgegeven binnen de AWBZ. Omdat de precieze gevolgen van het Regeerakkoord op dit moment nog niet te overzien zijn, heeft het CVZ zich, in overleg met het ministerie van VWS, gehouden aan de vragen uit de brief van de staatssecretaris.

#### *9.a.1. De doelgroep*

### ***Doelgroep***

Alvorens op de inhoud van de aanspraken in te gaan, is gekeken hoe de beoogde doelgroep voor een nieuwe, structurele aanspraak kan worden afgebakend. Dat heeft geleid tot vier cumulatieve voorwaarden waar een verzekerde aan moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op 24-uurszorg op afroep. Aan de hand van een individuele beoordeling en informatie van de behandelaar, moet het indicatieorgaan vaststellen op welke zorg de verzekerde is aangewezen. Het advies van een (onafhankelijke) revalidatie-arts kan hierbij een rol spelen.

### ***Overgangsregeling***

Voor verzekerden die op 1 januari 2014 al in een ADL-cluster wonen en die niet (meer) aan alle voorwaarden voldoen, kan een overgangsregeling, zoals de staatssecretaris in de brief van 3 oktober 2012 aangeeft, een oplossing bieden.

#### *9.a.2. Algemene uitvoeringsaspecten*

### ***Algemene***

Daarnaast zijn een aantal algemene uitvoeringsaspecten

<b>uitvoerings- aspecten</b>	<p>besproken die op elk scenario van toepassing zijn. Voor een nieuwe AWBZ-aanspraak gelden immers de huidige wettelijke eisen van de AWBZ. Dit heeft onder meer gevolgen voor de doelmatigheid van de zorg en de uitvoering door de zorgkantoren.</p> <p>Omdat een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep zorg omvat die vergelijkbaar is met andere extramurale AWBZ-zorg waarvoor een bijdrageplicht geldt, moet worden overwogen of de verzekerde ook voor 24-uurszorg op afroep een eigen bijdrage moet gaan betalen.</p>
<b>Zorg en wonen</b>	<p>Als bij de indicatiestelling geen rekening wordt gehouden met of de verzekerde beschikt over een (volledig) aan zijn beperkingen aangepaste woning waar 24-uurszorg op afroep geleverd kan worden, kan dit leiden tot een ondoelmatige inzet van AWBZ-gelden. Dit is te ondervangen cq te beperken door de regelgeving zodanig aan te passen dat overbruggingszorg aan een maximale termijn is gebonden of het indicatieorgaan er in zijn normering van uit mag gaan als ware er een aangepaste woning aanwezig.</p> <p>Een andere mogelijkheid is dat bij de formulering van de aanspraak de voorwaarde wordt gesteld dat de verzekerde over een aan zijn beperkingen aangepaste woning moet beschikken waar 24-uurszorg op afroep daadwerkelijk de beoogde zelfredzaamheid realiseert. Ook hiermee kan ondoelmatige inzet van AWBZ-gelden als gevolg van de langdurige inzet van dure overbruggingszorg, worden voorkomen.</p>
<b>ZIN en PGB</b>	<p>Als een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep alleen te verzilveren is in ZIN, zoals nu het geval is, moet de verzekerde de zorg van één aanbieder afnemen, waardoor zijn keuzevrijheid kan worden beperkt. Door de mogelijkheid te openen dat de verzekerde de zorg zelf kan regelen met een PGB, kan zijn keuzevrijheid worden verruimd en de eigen regie van de verzekerde worden geoptimaliseerd.</p>
<b>Overgangsregeling</b>	<p>Als er eventueel onevenredig nadelige gevolgen voor huidige bewoners van ADL-clusterwoningen uit het voorgaande voortvloeien, kan een overgangsregeling ook hier een oplossing bieden.</p>
<b>Scenario's</b>	<p><i>9.a.3. Nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep</i></p> <p>Het CVZ heeft de drie door de staatssecretaris voorgelegde scenario's voor 24-uurszorg op afroep beoordeeld. Daarnaast stelt het CVZ een vierde alternatief voor: een integraal pakket van samenhangende zorg. Dit scenario is samengesteld uit elementen van de andere drie scenario's.</p>



<b><i>Samenhangende zorg</i></b>	In een aanspraak op 24-uurszorg op afroep is integrale levering van de zorg noodzakelijk om deze flexibel en op afroep te kunnen organiseren. Door de overheveling van de extramurale zorg naar andere domeinen (Wmo en Zvw), zoals voorzien in het Regeerakkoord, is de huidige samenhang van de verschillende zorgvormen niet langer gegarandeerd. Door te kiezen voor een integraal pakket van samenhangende zorg is dit wel mogelijk.
<b><i>Geen onderscheid plaats zorglevering</i></b>	Door de totale zorg als één pakket te definiëren, blijft ook de samenhang behouden buiten de woning.
<b><i>Voorgestelde scenario's</i></b>	De voorgestelde scenario's zijn minder geschikt als nieuwe, structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep. In scenario A is sprake van een dubbele verstrekking voor de verpleging, wat ondoelmatig is. Voor Scenario B is het noodzakelijk om cliëntprofielen vast te stellen, wat lastig is vanwege de heterogeniteit van de doelgroep. Een individuele beoordeling van de beperkingen en de daardoor noodzakelijke zorg blijft aangewezen. Scenario C gaat uit van reguliere extramurale zorg, waardoor de samenhang van de totale zorg op termijn niet gegarandeerd is. Om die reden is dit scenario niet voor de hand liggend.
<b><i>Deelbaarheid van functies</i></b>	Door de totale zorg als één integraal pakket van samenhangende zorg te definiëren, wordt de keuze beperkt voor verzekerde die bijvoorbeeld dezelfde zorgvorm in en om de woning van een andere aanbieder willen afnemen dan buiten de woning. Om deelbaarheid van functies mogelijk te maken, zijn aanpassingen in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) nodig en in de PGB-regeling. Dit leidt verder tot een toename van de uitvoeringslast bij de zorgkantoren en het indicatieorgaan. <sup>69</sup>
<b><i>Bekostiging</i></b>	De maximale kosten voor een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep zijn afhankelijk van de reikwijdte van de aanspraak.
<b><i>Kosten per verzekerde</i></b>	Uitgaande van de gemiddelde werkelijke zorgvraag binnen de huidige ADL-clusters op basis van de indicatie voor ADL-assistentie, zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 48.000 per jaar per verzekerde. Een eventuele indicatie voor verpleging in aanvulling hierop, die in en om de woning wordt verzilverd, is hierin niet meegenomen. Als aangenomen wordt dat de in aanvulling op de ADL-assistentie geïndiceerde verpleging volledig in en om de woning wordt ingezet, zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 81.500 per jaar per verzekerde. Als de totale zorg als één pakket wordt gedefinieerd, zijn de gemiddelde kosten begroot op ongeveer € 108.500 per jaar per verzekerde.

<sup>69</sup> College voor zorgverzekeringen. Uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL-woning. Diemen: CVZ, 21 september 2010; [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/rapporten/2010/rpt1009+awbz+in+adl-clusterwoning.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2010/rpt1009+awbz+in+adl-clusterwoning.pdf)

<b>Macrokosten</b>	<p>De maximale macrokosten voor een aanspraak die beperkt is tot de zorg in en om de woning, is begroot op ongeveer € 357 miljoen per jaar. De verzekerde kan in aanvulling hierop nog op andere extramurale AWBZ-zorg aangewezen zijn. Als de nieuwe aanspraak ook <i>alle</i> verpleging in en om de woning omvat, zijn de maximale kosten begroot op ongeveer € 468 miljoen per jaar.</p> <p>Omvat de nieuwe aanspraak ook de zorg buiten de woning, dan zijn de maximale kosten begroot op ongeveer € 800 miljoen per jaar.<sup>70</sup></p>
<b>Evaluatie</b>	<p>Het CVZ raadt de staatssecretaris aan om de nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep te monitoren en na een bepaalde periode te evalueren.</p>
<b>Integraal pakket persoonlijke assistentie</b>	<p><i>9.a.4. Integraal pakket persoonlijke assistentie</i></p> <p>In Nederland bestaat een aantal mogelijkheden voor verzekerden met chronische beademing om in de thuissituatie adequate zorg te ontvangen, zoals reguliere thuiszorg of 24-uurszorg op afroep. Voor verzekerden waar deze mogelijkheden geen adequate oplossing voor bieden, bestaat de mogelijkheid om zelf zorg in te kopen met een PGB. De responstijd is belangrijk bij het vaststellen wanneer sprake is van verantwoorde zorg.</p>
<b>'Deens model'</b>	<p>De PGB-regeling is vergelijkbaar met de BPA-regelingen in Denemarken (het 'Deens model'). De zorg in Nederland is echter anders georganiseerd en het PGB omvat geen huishoudelijke verzorging.</p> <p>De staatssecretaris overweegt om het voor verzekerden met chronische ademhalingsondersteuning met een zeer korte responstijd mogelijk te maken om met een PGB een integraal pakket persoonlijke assistentie in te kopen. Daarbij is de omvang van het PGB belangrijk.</p> <p>Het indicatieorgaan moet aan de hand van een individuele beoordeling eerst vaststellen of reguliere thuiszorg of 24-uurszorg op afroep voor de verzekerde een adequate oplossing biedt. Informatie van de behandelaar, waaronder het CTB, kan hierbij behulpzaam zijn, evenals het advies van een (onafhankelijke) revalidatiearts. Als reguliere thuiszorg of 24-uurszorg op afroep geen adequate oplossing bieden, kan de verzekerde aanspraak maken op een integraal pakket persoonlijke assistentie als dat wel een adequate oplossing biedt.</p>
<b>Inhoud zorgpakket</b>	<p>Het ligt in dit geval voor de hand dat dit pakket <i>alle</i> zorg omvat waar de verzekerde op is aangewezen, ook de huishoudelijke hulp, omdat de assistenten 24 uur per dag in de directe omgeving van de verzekerde aanwezig zijn.</p>

---

<sup>70</sup> Zie Bijlage 4.

<b><i>Integraliteit zorg</i></b>	Met een aparte aanspraak voor een integraal pakket persoonlijke assistentie is ook voor de groep verzekerden met chronische beademing met een zeer korte responstijd, de integraliteit tussen de verschillende zorgvormen op termijn te garanderen.
<b><i>Doelmatigheid</i></b>	Op dit moment is het uitgangspunt dat de zorg die een verzekerde die is aangewezen op verblijf in een instelling in de thuissituatie ontvangt, niet meer mag kosten dan de zorg die hij in een verblijfsinstelling zou ontvangen. <sup>71</sup> De mogelijkheid van beademing in de thuissituatie heeft echter ook een positief effect op de ervaren kwaliteit van leven. De extra kosten die hier tegenover staan, kunnen te rechtvaardigen zijn. In de AWBZ bestaat hiervoor nu geen maatstaf, zoals de QALY's in de curatieve zorg en het zal nog geruime tijd duren voordat die er is. Het CVZ kan daarom nu geen zinvolle uitspraak doen over de kosteneffectiviteit.
<b><i>Bekostiging</i></b>	Ter illustratie heeft het CVZ gekeken naar de financiële gevolgen van een integraal pakket persoonlijke assistentie op basis van het op dit moment gehanteerde uitgangspunt. <sup>72</sup> Het CVZ benadrukt dat het niet beoogt hiermee een financiële bovengrens te stellen aan een integraal pakket persoonlijke assistentie. Bij de begroting van de maximale kosten bij verblijf in een instelling is het belangrijk of wordt uitgegaan van non-invasieve of invasieve beademing, omdat er een groot verschil bestaat in de toeslagen die hierop van toepassing zijn. Aangenomen dat 80% van de verzekerden met chronische beademing is aangewezen op invasieve beademing, zijn de totale maximale kosten bij verblijf in een instelling op basis van een indicatie voor ZZZ 8 VV begroot op ongeveer € 56 miljoen per jaar. Als dezelfde zorg in de thuissituatie wordt geleverd in de vorm van een volledig pakket thuis (VPT) zijn de totale maximale kosten ongeveer € 55 miljoen per jaar.
<b><i>Evaluatie</i></b>	Het CVZ vindt het verstandig om een nieuwe aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie na een bepaalde periode te evalueren, zoals de staatssecretaris in de brief van 3 oktober 2012 ook aangeeft. Aan de hand van de uitkomst van deze evaluatie zijn vervolgens aanpassingen mogelijk.
	<b><i>9.a.5. Wet- en regelgeving</i></b> Om de nieuwe aanspraken te kunnen realiseren is aanpassing nodig van het Besluit zorgaanspraken en het Zorgindicatiebesluit. Ook de beleidsregels zullen moeten worden aangepast, zowel de beleidsregels indicatiestelling AWBZ, als de beleidsregels van de NZa voor de bekostiging.

---

<sup>71</sup> Zie onder meer RZA 2004, 196 en RZA 2007, 173.

<sup>72</sup> Zie Bijlage 5.

Aanpassing van de PGB-regeling is nodig als de nieuwe aanspraken ook te verzilveren zijn in de vorm van een PGB. Het is op dit moment niet mogelijk om de aanspraak zodanig te formuleren dat deze alleen te verzilveren is met een PGB. Daarvoor is ook aanpassing van de AWBZ nodig. Het Bijdragebesluit zorg moet worden aangepast als de verzekerde voor de nieuwe aanspraak een eigen bijdrage moet betalen.

## **10. Vaststelling uitvoeringstoets**

Deze uitvoeringstoets is vastgesteld op 15 april 2013.

College voor zorgverzekeringen



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

College voor Zorgverzekeringen  
t.a.v. de heer drs. A.H.J. Moerkamp  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**  
drs. H.G. van der Burg  
*Senior Beleidsmedewerker*  
T 070-3406436  
hg.vd.burg@minvws.nl

**Kenmerk**  
DLZ/SFI-U-3131011

**Bijlage(n)**

Datum **03 OKT. 2012**  
Betreft Uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

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

Geachte heer Moerkamp,

### 1. Inleiding

Per 1 januari 2012 is de tijdelijke aanspraak ADL-assistentie ingevoerd. Het gaat om een overgangsbepaling tot 1 januari 2014 voor verzekerden die in een ADL-woning wonen. De aanspraak omvat de zorg, zoals die voorheen werd gesubsidieerd op grond van de Regeling subsidies AWBZ. De overgangregeling is getroffen in afwachting van het introduceren van een structurele aanspraak.

In de brief van 9 september 2011 aan de Tweede Kamer is aangegeven dat de beslissing om een nieuwe aanspraak is genomen om extra waarborgen in te bouwen voor de overgang naar reguliere AWBZ-bekostiging<sup>1</sup>. Door de invoering van de tijdelijke aanspraak ADL-assistentie kan de levering van het pakket vierentwintiguurszorg behouden blijven. De Tweede Kamer heeft hier expliciet om gevraagd<sup>2</sup>.

In het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) is geregeld dat de tijdelijke aanspraak ADL-assistentie met ingang van 1 januari 2014 vervalt. Vanaf dat moment zal de aanspraak op deze zorgvorm structureel geregeld moeten zijn. In verband daarmee vraag ik u een uitvoeringstoets uit te brengen over de opties die ik hierna aangeef. In paragraaf 2 wordt kort ingegaan op de context van deze aanvraag en enkele algemene uitgangspunten. Daarna ga ik in paragraaf 3 en 4 in op de gewenste situatie per 1-1-2014 en de denkbare scenario's om dit te realiseren.

### 2. ADL-assistentie in de AWBZ per 1 januari 2012

Met de aanspraak op een pakket assistentie wordt bevorderd dat de zwaarste groep lichamelijk gehandicapten zoveel mogelijk overeenkomstig hun levensfase en levensstijl kunnen functioneren en zich binnen hun mogelijkheden kunnen ontplooiën. Zij kunnen thans 24 uur per dag dienstverlening oproepen die naast

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 30 597, nr. 203

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2010/11, 30 597, nr. 181



persoonlijke verzorging, delen van de functie Verpleging ook hand- en spandiensten omvat. Deze 24 uurszorg op afroep is nodig om een zelfstandig leven te kunnen leiden.

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

De bewoners van ADL-clusters hebben de afgelopen jaren onzekerheden ervaren over de situatie per 1 januari 2012. Van belang is dat voor de huidige bewoners geen onnodige risico's ontstaan voor de continuïteit van dienstverlening. Eventuele veranderingen zijn erop gericht om voor degenen die dit echt nodig hebben de continuïteit van 24 uursdienstverlening op afroep te garanderen. Daarnaast is van belang dat bewoners per 2014 beschikken over de juiste indicatie.

**Kenmerk**  
DLZ/SFI-U-3131011

De overgang naar de AWBZ is voor alle partijen met de nodige waarborgen doorgevoerd. In het Bza is de inhoud van het pakket dan ook tijdelijk omschreven als hetgeen bewoners van een ADL-woning konden vragen onder de subsidieregeling. De tijdelijke aanspraak ADL-assistentie omvat derhalve uitsluitend de naturazorg in en om de ADL-woning. Naast ADL-assistentie kan het CIZ ook zorg indiceren die geen onderdeel is van het pakket ADL-assistentie<sup>3</sup>. De bewoner kan voor deze zorg kiezen voor naturazorg of pgb als leveringsvorm.

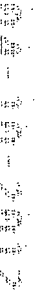
Om de overgang per 1-1-2012 niet gepaard te laten gaan met risico's voor de dienstverlening is voor de huidige bewoners naast ADL-assistentie de geïndiceerde zorg verlengd tot 1-1-2014. De zorgvuldige overgang is ook van toepassing op de zorgaanbieders. De NZa heeft een apart tarief vastgesteld voor ADL-assistentie en waarborgt door middel van een budgetgarantie tot 1-1-2014 de continuïteit van de 24 uursdienstverlening op afroep.

Voor de overgangperiode zijn ten aanzien van ADL-assistentie enkele keuzes gemaakt. Bij het inrichten van de situatie per 1-1-2014 verdienen met name de volgende zaken nadere aandacht:

- In de overgangperiode is de verzekeringsaanspraak nog gekoppeld aan het woonachtig zijn in een "ADL-woning". Het gaat dan om woningen die met subsidie zijn gerealiseerd. In andere (aangepaste) woningen bestaat geen aanspraak op ADL-assistentie.
- In de overgangperiode kunnen alleen de huidige drie aanbieders van ADL-assistentie de aanspraak leveren. Er zijn nog geen mogelijkheden voor nieuwe aanbieders en nieuwe concepten.
- De afbakening tussen het pakket 24 uurszorg op afroep en de overige AWBZ-zorg is niet optimaal:
  - het CIZ moet voor bewoners van een ADL-woning een onderscheid maken tussen persoonlijke verzorging in en om de woning en persoonlijke verzorging buiten de woning;
  - In bijzondere gevallen heeft het CIZ ook een indicatie gegeven voor persoonlijke verzorging die in en om de woning wordt gevraagd maar niet door ADL-assistenten wordt geleverd;
  - de ADL-assistentie omvat niet alle activiteiten binnen de functie Verpleging. Het CIZ kan binnen deze functie geen knip maken die daarbij aansluit. Om deze reden zal het CIZ in de overgangssituatie de integrale behoefte aan verpleging indiceren naast de ADL-assistentie;

---

<sup>3</sup> Op 1 april 2012 hebben 1130 van de 1290 bewoners waarvan het CIZ gegevens had ook een indicatie voor andere AWBZ-zorg.



- Er is sprake van bureaucratie voor bewoners en het CIZ door het onderscheid tussen ADL-assistentie in en om de ADL-woning en overige AWBZ-zorg.
- Er zijn herindicaties nodig bij:
  - aanvang betreden ADL-woning;
  - tijdelijke afwezigheid in verband met vakantie;
  - het verlaten ADL-woning.

Daarnaast belet dit dat de aanbieder van ADL-assistentie desgevraagd ook ADL-assistentie zou kunnen leveren tijdens een activiteit of logeren in de nabijheid van een ander ADL-cluster of bij een korte vakantie.

Ook is gesignaleerd dat een beperkte groep cliënten met thuisbeademing meer assistentie nodig heeft dan de in de woning oproepbare assistentie. Thuisbeademing betekende in de jaren tachtig een doorbraak bij de behandeling van een aantal aandoeningen. Het aantal cliënten met thuisbeademing is enorm gestegen van 100 in 1990 naar 2.200 nu. De levensverwachting is hierdoor in veel gevallen met meer dan tien jaar gestegen. Ook is er een groot effect op de ervaren kwaliteit van leven. Wel ondervinden velen moeilijkheden om het voor beademing benodigde toezicht op veilige wijze georganiseerd te krijgen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg onderstreept met het rapport 'Chronische beademing vereist betere afstemming (augustus 2010)' en met het opstellen van de 'veldnorm chronische beademing' (begin 2012) ook de noodzaak te komen tot verbeteringen voor de veiligheid van de groeiende groep cliënten met thuisbeademing. De IGZ heeft het ministerie van VWS in het verlengde daarvan aanbevolen om te kijken naar de financiering van chronische beademing en als systeemverantwoordelijke zo nodig nader beleid te ontwikkelen. De Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VCSA), de Vereniging Spierziekten Nederland (VSN) en Per Saldo hebben recentelijk een gezamenlijke reactie gegeven op het rapport van bureau Regioplan over Burgergestuurde Persoonlijke Assistentie (BPA) dat in december aan de Tweede Kamer is aangeboden<sup>4</sup>. Deze partijen geven het signaal af dat:

- de extramurale zorgverlening voor mensen met chronische ademhalingsondersteuning (thuisbeademing) suboptimaal is;
- incidenten voorkomen rond thuisbeademing. Het kan blijvende schade en zelfs overlijden tot gevolg hebben of wanneer hulp niet snel genoeg ter plaatse is;
- het risicovol zou zijn als beademingscliënten in noodsituaties zelf moeten alarmeren.

Permanente aanwezigheid van persoonlijke assistenten, zoals in Denemarken mogelijk is, zou meerwaarde kunnen hebben voor de veiligheid van deze cliënten. Een deel van de voornemens heeft daarom betrekking op deze doelgroep.

### **3. Voornemens per 2014**

Per 1 januari 2014 wil ik de AWBZ-aanspraken uitbreiden met een pakket zorg voor cliënten met een ernstige lichamelijke beperking die zijn aangewezen op 24 uurszorg op afroep om een zelfstandig leven te kunnen leiden. Op hoofdlijnen wil ik het volgende bereiken:

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

**Kenmerk**  
DLZ/SFI-U-3131011

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2011/12, 30 597, nr. 240.





1. *Een duidelijke afbakening van de cliëntgroep die in aanmerking komt voor de aanspraak op ADL-assistentie.*

Mijn voornemen is om in de regelgeving op te nemen dat ADL-assistentie uitsluitend is bedoeld voor mensen met een ernstige lichamelijke handicap zonder cognitieve beperkingen die ernstige beperkingen hebben op het gebied van bewegen en verplaatsen en zijn aangewezen op persoonlijke verzorging op afroep. Zij hebben voldoende regie over eigen leven en hebben hand- en spandiensten op afroep nodig om zelfstandig te kunnen wonen. Een verblijfsindicatie is niet aan de orde. Men moet in staat zijn hulp in te roepen.

De aanspraak op ADL-assistentie zal niet gekoppeld zijn aan het woonachtig zijn in een ADL-woning. De aanspraak kan ook worden geleverd in aangepaste woningen die niet met subsidie zijn gerealiseerd. Mijn voornemen is om een expliciete leeftijdsgrens te hanteren van minimaal 18 jaar. Ook overweeg ik om een minimale zorgvraag van 10 uur individuele zorg aan te houden. Het CIZ zal de aanspraak expliciet op verzoek van de cliënt indiceren die aan de voorwaarden voldoet (opting-in).

Mogelijk voldoen niet alle huidige bewoners van een ADL-woning aan de nieuwe voorwaarden. Zolang zij woonachtig zijn in die woning behouden zij op basis van overgangsrecht ook na 1-1-2014 aanspraak op 24 uurszorg op afroep.

2. *Duidelijkheid over de inhoud van de aanspraak ADL-assistentie.*

Ik ben voornemens ook per 1-1-2014 de inhoud van de aanspraak ADL-assistentie te beperken tot hetgeen 24 uur in en om de woning van de cliënt op afroep wordt geboden. De hulp omvat oproepbare persoonlijke verzorging en hand- en spandiensten in en om de woning. In bijzondere gevallen kan de bewoner ADL-assistentie via een alarmoproep inschakelen.

ADL-assistentie omvat alle activiteiten onder de functie Persoonlijke Verzorging. Indien bepaalde handelingen niet naar tevredenheid door ADL-assistenten wordt uitgevoerd, mag verwacht worden dat de aanbieder van ADL-assistentie hierop alert is en eventueel deskundigheid inhuurt.

3. *Invoering van persoonlijke assistentie voor deel van de beademingscliënten*

In de voortgangsrapportage Hervorming langdurige zorg<sup>5</sup> van 24-06-2012 is aangegeven dat ik een veilige dienstverlening aan beademingscliënten wil bevorderen. In het verlengde daarvan overweeg ik per 1-1-2014 te regelen dat voor een zeer beperkte cliëntgroep de assistentie ook 24 uurstoezicht omvat die noodzakelijk is bij activiteiten buiten de woning. Het gaat dan om de cliënten die vanuit oogpunt van veilige dienstverlening 24 uur per dag omringd moeten zijn door persoonlijke assistenten.

4. *Indicatiestelling op orde.*

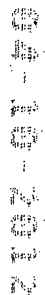
Per 1-1-2014 dienen alle bewoners te beschikken over een passende indicatie. Het heeft mijn voorkeur als het CIZ per 1-1-2014 net als voor persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding een klasse-indeling voor ADL-assistentie gaat hanteren. Op basis van het totaal van de geïndiceerde volumina kan het zorgkantoor een productieafspraken maken.

Veel bewoners van een ADL-woning hebben naast ADL-assistentie ook een indicatie voor persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding.

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

**Kenmerk**  
DLZ/SFI-U-3131011

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2011/2012, 30 597, nr. 255.



Voor een deel gaat het om niet uitstelbare persoonlijke verzorging op afstand van ADL-woning. Deze indiceert het CIZ naast ADL-assistentie. Mogelijk gaat het ook om hulp die ook gevraagd zou kunnen worden aan de aanbieder van ADL-assistentie<sup>6</sup>.

Door sommige bewoners zijn signalen afgegeven dat zij bepaalde handelingen niet (kunnen) vragen aan ADL-assistenten aangezien zij onvoldoende ervaring en deskundigheid hebben over de uit te voeren dienstverlening. Een en ander zal op basis van bevindingen van het CIZ en de IGZ nader worden bezien.

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

**Kenmerk**  
DLZ/SFI-U-3131011

#### 5. *Eenvoudige uitvoering*

Een nieuwe regeling dient uitvoerbaar te zijn voor cliënt, zorgaanbieders, zorgverzekeraar en CIZ. Ook voor cliënten moet de situatie uitvoerbaar en overzichtelijk zijn. Indien mogelijk moeten herindicaties worden vermeden als de zorgbehoefte niet wijzigt.

#### 6. *Een passende bekostiging*

De aanspraak wordt bekostigd ervan uitgaande dat deze op doelmatige wijze wordt geleverd. De NZa heeft hiervoor reeds een onderzoekstraject in gang gezet.

#### 7. *Keuzemogelijkheden voor cliënten*

Zoals aangegeven vind ik het wenselijk dat de doelgroep in de toekomst kan kiezen uit meerdere concepten van 24 uurszorg op afroep. Ook andere dan de huidige drie aanbieders moeten dit kunnen leveren. Voorts is het wenselijk dat cliënten die kiezen voor het ADL-clusterwonen zelf keuzes kunnen blijven maken ten aanzien van voorkeursaanbieder en/of leveringsvorm voor de geïndiceerde AWBZ-zorg die geen onderdeel is van de 24 uurszorg op afroep. Bewoners hadden aangegeven niet afhankelijk te willen zijn van de aanbieder van ADL-assistentie om dit via onderaannemerschap te regelen. Over de uitvoerbaarheid om voor een geïndiceerde functie twee leveringsvormen te kiezen heeft u reeds op 21 september 2010 een rapport uitgebracht.

### 4. **Scenario's per 1-1-2014**

Gelet op de in de vorige paragrafen genoemde punten, ligt oriëntatie op uitvoerbare alternatieven in de rede. Graag vraag ik u onderstaande scenario's voor 2014 nader uit te werken en daarbij aan te geven hoe het in paragraaf 3 genoemde bereikt kan worden. Mogelijk ziet u ook andere scenario's voor de korte of langere termijn.

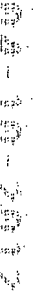
Ik verzoek u per scenario de uitvoeringsconsequenties voor cliënten, indicatiestellers, aanbieders en verzekeraars in kaart te brengen.

Ook vraag ik u de scenario's te beoordelen op aspecten als eenvoud, prikkels tot doelmatigheid, keuzevrijheid voor de cliënt, waarborgen voor continuïteit van 24 uursdienstverlening op afroep en draagvlak bij aanbieders en cliënten.

Ik verzoek u daarbij te bezien of de aanvraagprocedure voor de indicatie aanpassing verdient.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Het CIZ bestudeert momenteel de achtergronden van de naast ADL-assistentie gevraagde en geïndiceerde AWBZ-zorg.

<sup>7</sup> Het wel of niet indiceren en verzilveren van de aanspraak op een pakket ADL-assistentie heeft immers gevolgen voor de omvang van extramurale AWBZ-zorg waarop de cliënt naast ADL-assistentie is aangewezen. Relevant is dat de potentiële doelgroep die in aanmerking



Ten aanzien van de afbakening van de doelgroep vraag ik u om een advies over een mogelijke grens van minimaal 10 uur persoonlijke zorg. Tevens vraag ik u per scenario aandacht te besteden aan een mogelijke overgang vanuit de huidige situatie.

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

Voor de cliënten die op assistentie zijn aangewezen zie ik per 1 januari 2014 op hoofdlijnen onderstaande scenario's. Scenario's A, B en C zijn alternatieven voor ADL-assistentie. In de scenario's A en B blijft in de aansprakensfeer het onderscheid tussen in en om de woning en op afstand van de woning behouden. Scenario C zie ik als terugvaloptie als mocht blijken dat scenario's A en B niet goed uitvoerbaar zijn of andere zwaarwegende nadelen hebben. Voor persoonlijke assistentie (scenario D) kan worden gekozen naast één van de drie scenario's voor ADL-assistentie en is vooralsnog alleen relevant voor de kleine groep maatschappelijk actieve beademingscliënten die vanuit oogpunt van veilige dienstverlening 24 uur per dag zijn aangewezen op assistentie.

**Kenmerk**  
DLZ/SFI-U-3131011

#### A. Structureel regelen huidige situatie

Het eerste scenario sluit nauw aan bij de huidige situatie. In dit scenario blijft een onderscheid gehandhaafd tussen 24 uurszorg op afroep in- en om de woning en AWBZ-zorg die daarnaast indiceerbaar is. Alleen personen die kiezen voor een pakket 24 uurszorg op afroep in en rond een woning vragen de indicatie aan. ADL-assistentie is dan een zorgvorm die *uitsluitend* assistentie omvat die de cliënt *in en om de woning* oproept. De maximumomvang die het CIZ indiceert zou kunnen bestaan uit de zorgvraag persoonlijke verzorging waarbij een vaste marge van bijvoorbeeld 20% voor de hand- en spandiensten wordt aangehouden. Deze hand- en spandiensten kunnen bestaan uit allerhande diensten die op afroep beschikbaar moeten zijn om een zelfstandig leven te kunnen leiden.

De aanspraak op ADL-assistentie kan net als nu alleen in natura worden verzilverd. Daarnaast blijft de mogelijkheid gehandhaafd om naast ADL-assistentie een indicatie te krijgen voor AWBZ-zorgvormen die geen onderdeel zijn van ADL-assistentie. Het gaat daarbij om de AWBZ-zorg buiten de woning en om planbare verpleging die men wenst te ontvangen van een verpleegkundige van een thuiszorgorganisatie. Net als in de huidige situatie kan het CIZ de integrale behoefte aan verpleging aanvullend op ADL-assistentie indiceren. In dit scenario kunnen cliënten zelf kiezen of zij verpleging afnemen van de aanbieder van ADL-assistentie, een thuiszorgorganisatie inschakelen of de verpleging zelf regelen via het pgb.

#### B. Extramuraal zorgpakket (EZP)

In het tweede scenario zal het CIZ de omvang van de aanspraak op 24 uursdienstverlening op afroep vaststellen op basis van een cliëntprofiel waaraan een vast quotum ADL-assistentie is gekoppeld. Dit extramuraal zorgpakket (EZP) is een zorgvorm in natura die *alle* extramurale AWBZ-zorg en hand- en spandiensten omvat waarop de cliënt in en om de woning is aangewezen. Het EZP wordt in natura geleverd door een hoofdaannemer die verantwoordelijk is voor de kwaliteit van het zorgpakket.

---

zou kunnen komen voor een indicatie voor ADL-assistentie mogelijk bestaat uit ca. 6000 personen. Slechts een minderheid daarvan zal een indicatie voor ADL-assistentie wensen en nodig hebben.



Op verzoek van de cliënt kunnen ook andere aanbieders worden ingezet op een onderaannemerschap. Net als bij de ZPP-systematiek kan de NZa de regels voor bekostiging van 24 uurszorg op afroep baseren op de geïndiceerde EZP's. Hiermee kan ook rekening worden gehouden met de kosten van de 24 uursbeschikbaarheid van de dienstverlening op afroep.

De cliënt die kiest voor het EZP kan aanvullend daarop ook een indicatie krijgen voor de zorg op afstand van de woning. Het gaat dan met name om de niet-uitstelbare persoonlijke verzorging buitenshuis. Daarvoor kan de bewoner blijven kiezen voor een thuiszorgorganisatie naar keuze of pgb.

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

**Kenmerk**  
DLZ/SFI-U-3131011

### C. Functiegerichte benadering

In de functiegerichte benadering wordt slechts een aanspraak geregeld voor de dienstverlening op afroep die momenteel nog niet is omschreven krachtens de AWBZ. Het gaat dan om de hand- en spandiensten die een onlosmakelijk onderdeel zijn van de overige persoonlijke zorg op afroep. De continuïteit van 24 uurszorg op afroep wordt geborgd dankzij een systematiek van opslagen.

Bij deze variant kunnen alle cliënten voor de geïndiceerde functies afzonderlijke keuzes maken. De bewoner die kiest voor een ADL-woning zal de persoonlijke verzorging en de hand- en spandiensten vragen van de aanbieder van ADL-assistentie.

Voordeel van deze variant kan zijn dat de indicatiestelling niet afhankelijk is van de keuze voor een zorgpakket in en om de woning. Bewoners van een ADL-woning zouden dan dezelfde indicatie krijgen als mensen met een ernstige lichamelijke beperking die kiezen voor een ander extramuraal arrangement. Een logische gedachte lijkt dat deze cliënten in deze variant ook aanspraak kunnen maken op een quotum hand- en spandiensten en deze ook via pgb kunnen verzilveren. In deze variant is echter nog geen goede oplossing gevonden voor het "deelbaarheidsvraagstuk"<sup>8</sup> en wijkt bovendien enigszins af van hetgeen is voorgesteld in mijn brief van 9-9-2012. Daarom heeft dit scenario vooralsnog niet mijn voorkeur.

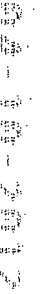
### D. Integrale zorg met persoonlijke assistentie

Voor de zwaarste groep cliënten die vrijwel 24 uur per dag assistentie nodig hebben zou een integraal pakket assistentie een optie kunnen zijn. Ik vraag u hierover bij de uitwerking van de scenario's te adviseren. Met name vanuit oogpunt van cliëntveiligheid is in bijzondere gevallen van belang dat cliënten 24 uur per dag worden omringd door persoonlijke assistenten. Het gaat hier vooralsnog alleen om cliënten met permanente thuisbeademing met zeer beperkte handfunctie voor wie in noodsituaties direct ingrijpen is vereist aangezien het uitblijven van hulp binnen enkele minuten levensbedreigend is<sup>9</sup>. Indien zij worden begeleid door assistenten kunnen ook deze personen maatschappelijk actief zijn. Zij moeten in staat zijn leiding te geven over hun team assistenten. Naar verwachting gaat het slechts om enkele tientallen cliënten.

Een meerderheid van de mensen waar het hier om gaat woont thuis. Een klein deel is woonachtig in een ADL-woning. Een integraal pakket voor deze personen is vanuit cliëntperspectief wenselijk omdat geen onderscheid nodig is naar de plaats waar de assistentie wordt ingeroepen. De indicatie bestaat uit een aantal uren

<sup>8</sup> Zie "Uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL-woning" van het CVZ, 21 september 2010.

<sup>9</sup> Het is wenselijk eerst na een evaluatie te beslissen over een eventuele verruiming van de doelgroep.



persoonlijke assistentie dat in principe alle extramurale AWBZ-zorg omvat. Persoonlijke assistentie kan zowel via natura als pgb worden verzilverd. Het is immers niet wezenlijk of persoonlijke assistenten in dienst zijn van de cliënt. Het gaat erom dat zij de assistenten zelf kunnen kiezen en het vermogen hebben zelf het team assistenten aan te sturen.

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

**Kenmerk**  
DLZ/SFI-U-3131011

#### E Financiële gevolgen

De nieuwe aanspraak op ADL-assistentie wordt ingevoerd zonder macromeerkosten. Ook na 1-1-2014 blijft ADL-assistentie slechts de dienstverlening in en om de woning omvatten. De nieuwe aanspraak biedt weliswaar ook mogelijkheden voor personen die wel behoren tot de doelgroep die aanspraak zou kunnen maken maar thans niet heeft gekozen voor een ADL-clusterwoning. De doelgroep is echter klein en het realiseren van nieuwe capaciteit zal zeer geleidelijk verlopen. Niet zozeer het leveren van de 24 uurszorg, maar het realiseren van nieuwe aangepaste woningen is vanuit oogpunt van exploitatie niet aantrekkelijk<sup>10</sup>. Het intensiveren van extramuraal toezicht op beademingscliënten door persoonlijke assistenten kan naar verwachting budgetneutraal verlopen<sup>11</sup>.

#### **5. Slot**

Het kabinet heeft besloten de besluitvorming over de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars over te laten aan een volgend kabinet. Op dit moment wordt de zorginkoop geregeld door de drie zorgkantoren van de drie aanbieders van ADL-assistentie. Ik verzoek u, voor zover mogelijk, in uw rapport ook in te gaan op de mogelijke gevolgen van een nieuw regeerakkoord op de institutionele inrichting van de AWBZ voor de contractering van assistentie per 1-1-2014.

Zoals ik in de brief van 9-9-2012 aan de Tweede Kamer heb aangegeven is mij er veel aan gelegen om de continuïteit van dienstverlening te waarborgen en meer keuzemogelijkheden te introduceren. Uiteraard wil ik de overgang per 2014 zorgvuldig laten plaatsvinden. Op verzoek van leden van de Tweede Kamer vraag ik uw rapport voor 1-12-2012.

Een afschrift van deze brief heb ik gestuurd naar de NZa, ZN, het CIZ, de VSN, de VCSA, de aanbieders van ADL-assistentie en vertegenwoordigers van cliënten. Ik vertrouw erop dat u, daar waar u dat zinvol acht, partijen consulteert.

Met vriendelijke groet,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner

<sup>10</sup> Team M: ADL-assistentie: onderzoek naar exploitatie van ADL-clusters, 29 mei 2012.

<sup>11</sup> Zie bijvoorbeeld de casus Dick in het rapport Burgergestuurde Persoonlijke Assistentie van Regioplan, december 2011.

## Bijlage 2

### **Geconsulteerde externe partijen**

#### Uitvoeringsorganisaties:

- Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Menzis zorgkantoor
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

#### Huidige aanbieders van ADL-assistentie en hun cliëntenraden:

- Osira Groep
- Stichting Fokus
- Stichting Wassenaaarse Zorginstellingen (SWZ)

#### Brancheverenigingen:

- Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
- Organisatie van zorgondernemers ActiZ
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA)

#### Patiëntenorganisaties:

- Chronische zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad)
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)
- Per Saldo
- Vereniging Spierziekten Nederland (VSN)

#### Wetenschappelijke verenigingen:

- Nederlandse vereniging van revalidatieartsen (VRA)
- Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Zorgverzekeraars (VAGZ)
- Vereniging van indicerende en adviserende artsen (VIA)
- Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)



Postbus 232, 3970 AE DRIEBERGEN

College van Zorgverzekeringen  
T.a.v. mevrouw mr. M. van der Veen-Helder  
Programmamanager Pakketbeheer  
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	13 maart 2013
Ons kenmerk	RvB-U-013.036
Uw kenmerk	ZA/2013021369, ontvangen d.d. 25 februari 2013
Behandeld door	Mw. drs. I. Vijzelman-Waarheid
Betreft	Reactie conceptrapportage uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

Geachte mevrouw Van der Veen,

Graag willen wij onze waardering uitspreken voor de wijze waarop u deze materie inzichtelijk heeft gemaakt. Vanuit onze betrokkenheid bij dit onderwerp weten wij dat het hier gaat om complexe problematiek die op dit moment ook interfereert met wat er over de AWBZ-zorg in het nieuwe regeerakkoord staat. Momenteel is het moeilijk te doorgronden wat de precieze impact van nieuwe voorstellen zal zijn op deze doelgroep.

Wij hebben de uitvoeringstoets met belangstelling gelezen en komen tot de volgende reactie:

U merkt op dat per 01-01-2013 de eerder afgegeven indicaties in functies en klassen zijn omgezet naar een indicatie voor ADL-assistentie voor de zorg in en om de woning (pagina 6). Wij willen u er graag op wijzen dat de bestaande indicaties in functies en klassen niet zijn omgezet, maar dat de ADL-assistentie juist is toegevoegd aan de indicaties zoals bewoners van ADL-clusterwoningen hadden op 31-12-2011. Dit verklaart voor een deel waarom er indicaties zijn met AWBZ zorg naast de ADL-assistentie. Ook in het verleden had een aantal bewoners al andere AWBZ zorg naast de ADL-assistentie. Dit heeft enerzijds te maken met ongenoegen van cliënten met betrekking tot de geboden kwaliteit van de zorg in de clusters en anderzijds met het geringe aanbod van verpleegkundige activiteiten waardoor de cliënt noodgedwongen moet uitwijken naar een andere zorgaanbieder om de benodigde zorg te kunnen ontvangen. Wat het CIZ wil meegeven naar aanleiding van deze rapportage is te komen tot een voorstel voor kwaliteitsverbetering en uitbreiding van het zorgaanbod met betrekking tot de functie verpleging in de bestaande clusters dat zorgt voor continuïteit van het reeds bestaande aanbod van ADL-assistentie.

Momenteel kent de aanspraak ADL-assistentie geen omvang. Hoewel daar in de brief van VWS van 3 oktober wel naar wordt gevraagd, bevat de uitvoeringstoets geen conclusie met betrekking tot het indiceren van de omvang van de aanspraak ADL-assistentie of het integrale pakket samenhangende zorg. CIZ neemt aan dat de vraag hoe de omvang van deze aanspraak of van dit integrale pakket zal moeten worden aangegeven, nog nader zal worden uitgewerkt.

Aansluitend daarop rijst de volgende vraag. Gezien de criteria die u stelt in de rapportage om voor ADL-assistentie in aanmerking te komen, mag er van worden uitgegaan dat het hier gaat om bewoners van een aangepaste woning. Wat betekent dit nu voor een cliënt die met vakantie gaat en op de vakantiebestemming tijdelijk verblijft in een niet aangepaste woning?

Moet deze cliënt langs het CIZ voor aanpassing van de indicatie waarin het gemis van een aangepaste woonomgeving wordt gecompenseerd? Of hoeft dat niet en wordt de cliënt geacht het te doen met de indicatie die hij/zij heeft?

Wat het CIZ verder bezighoudt, is de door u aangehaalde overgangsregeling die VWS noemt in de brief van 3 oktober 2012: het CIZ wil nogmaals opmerken dat het hier wel gaat om een groep bewoners waarvan bekend is dat een aantal van hen in het bezit is van indicaties die niet op orde zijn. Diverse oorzaken zijn hier debet aan. In verband hiermee heeft het CIZ meerdere malen aangedrongen op een herindicatie-traject. Als deze indicaties met de bedoelde overgangsregeling worden voortgezet is dit een cumulatie van diverse ondoelmatigheden die opgesloten liggen in de indicaties van bewoners die op 31-12-2011 in een ADL-clusterwoning woonden. Omdat dit zeker ook voor de bewoners zelf onduidelijk is en steeds weer leidt tot onrust zodra er veranderingen op komst zijn voor deze doelgroep, stelt het CIZ voor om deze groep mensen zo snel als mogelijk is te herindiceren, zodat er een juist beeld ontstaat van zowel de beperkingen als van de benodigde zorg.

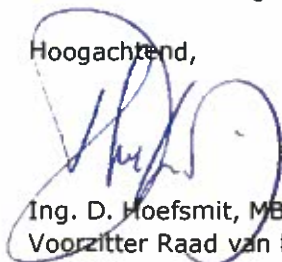
Wij zien het belang van een integraal pakket met samenhangende zorg voor deze doelgroep. Of dit ook het cliëntenbelang dient, is voor ons de vraag. Het is onduidelijk of en hoe cliënten die aanspraak hebben op een integraal pakket samenhangende zorg in aanmerking kunnen komen voor een PGB. Dit zal mede afhangen van de wijze waarop de genoemde zorg wordt geformuleerd en in de wet wordt verankerd.

Op hoofdlijnen kunnen wij ons vinden in de door u uitgezette lijn. Op bovengenoemde onderdelen zal het rapport naar ons idee nog verder moeten worden uitgewerkt. Het CIZ kan zich ook vinden in de door u voorgestelde wijze van indicatiestelling voor deze doelgroep. Deze impliceert een face to face contact met de cliënt en het inwinnen van gedegen advies bij de behandelaar. Met VWS zullen hierover nog nadere afspraken moeten worden gemaakt. Daarbij komt nog dat we in de huidige realiteit praten over een doelgroep van rond de 1300 gebruikers van ADL-assistentie. Uw rapport gaat uit van ruim 6000 potentiële gebruikers.

Ten aanzien van de individuele beoordeling van cliënten die zijn aangewezen op thuisbeademing, voor wie na beoordeling van het CIZ een aanspraak kan bestaan op een integraal pakket persoonlijke assistentie, vraagt het CIZ zich af of de CTB's hierin zijn gehoord en hoe zich dat verhoudt tot de criteria die toegang geven tot het verpleegkundig toezicht ter ondersteuning van de mantelzorg.

Wij hebben u in deze reactie nog enkele punten ter nadere bestudering aangereikt en danken u voor de gelegenheid die ons is geboden onze mening hierover kenbaar te maken.

Hoogachtend,



Ing. D. Hoefsmit, MBA  
Voorzitter Raad van Bestuur





Nederlandse  
Zorgautoriteit

College voor Zorgverzekeringen  
Mevrouw mr. M. van der Veen - Helder  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

<b>Behandeld door</b> mw dr. ing. M. van der Veen	<b>Telefoonnummer</b> 030 296 89 51	<b>E-mailadres</b> vragencare@nza.nl	<b>Kenmerk</b> 0031866/43077
<b>Onderwerp</b> Reactie concept-rapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie			<b>Datum</b> 18 maart 2013

Geachte mevrouw Van der Veen - Helder,

Op 22 februari 2013 heeft u ons het conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie voorgelegd. U stelt ons als collega zelfstandig bestuursorgaan in de gelegenheid onze reactie te geven over de voorstellen die daarin worden gedaan. Die treft u hierbij aan. In aansluiting hierop zijn op medewerkersniveau reeds ook een aantal meer specifieke opmerkingen doorgegeven.

#### *Algemeen*

In het conceptrapport geeft u aan dat de uitvoeringstoets zich houdt aan de vragen uit de brief van de Staatssecretaris van 3 oktober 2012. Deze vragen hielden rekening met de plannen voor de extramurale AWBZ-zorg uit het Lente-akkoord en de brief van de Staatssecretaris van 28 september 2012. Ten aanzien van de plannen voor de extramurale AWBZ-zorg uit het regeerakkoord "Bruggen slaan" van 29 oktober 2012 geeft u aan dat de precieze gevolgen nog niet te overzien zijn.

Een belangrijk vraagstuk is of voor ADL-cliënten een aparte aanspraak zonder verblijf in de AWBZ gefaciliteerd dient te worden, terwijl een ADL-cliënt bij uitstek een cliënt is die de eigen regie voert en daarom op basis van de uitgangspunten van het regeerakkoord "Bruggen slaan" op zijn plaats zou zijn binnen de Wmo. Mede gezien in relatie tot het voornemen uit het "Bruggen slaan" ook ZZP4 (op termijn) te extramuraliseren en te komen tot een kern-AWBZ voor ZZP5 en hoger.

Het lijkt de NZa daarnaast ook goed als de uitvoeringstoets meer ingaat op hoe de vier pakketprincipes (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) zich verhouden tot de opmerking in het conceptrapport dat het CVZ in deze uitvoeringstoets niet de wenselijkheid beoordeelt van een aanspraak op 24-uurszorg op afroep.

#### *Samenhangende zorg*

In het conceptrapport stelt het CVZ een scenario voor in de vorm van een integraal pakket van samenhangende zorg.

Zowel bij een scenario dat wordt vormgegeven onder de AWBZ als bij een scenario dat wordt vormgegeven onder de Wmo, lijkt ons een aandachtspunt hoe daarbij de samenhang met verpleging kan worden vormgegeven. Dit in het licht van het kabinetsvoornemen om de verpleging over te hevelen naar de Zvw, in aansluiting op de eerdere CVZ-adviezen over verpleging in de thuissituatie. Wij doelen daarbij zowel op de verpleging die nu al deel uitmaakt van de ADL-assistentie als op de verpleging die nu vaak naast de ADL-assistentie wordt ontvangen.

**Kenmerk**  
0031866/43077

**Pagina**  
2 van 2

#### *Doelgroep*

In het rapport wordt geen maximale leeftijd meer aan de doelgroep gekoppeld en wordt aangegeven dat ook cliënten met een cognitieve beperking aanspraak op de ADL-assistentie zouden kunnen maken. De NZa merkt op dat door deze twee elementen de potentiële doelgroep groter kan worden dan de 6100 potentiële cliënten genoemd in het rapport.

Een cliënt krijgt een indicatie voor 24-uurszorg op afroep als reguliere thuiszorg geen adequaat alternatief biedt. Uit het concept rapport is voor de NZa niet duidelijk wat onder "een adequaat alternatief" wordt verstaan en hoe dit wordt getoetst.

Bij de financiële aspecten wordt er gerefereerd aan een regel dat de zorg die een verzekerde die is aangewezen op verblijf in een instelling niet meer mag kosten dan de zorg die hij in de thuissituatie zou ontvangen. De NZa vraagt zich af waar deze regel is vastgelegd en wat de motivering is om dit omslagpunt te kiezen en niet een hoger.

#### *Relatie met de zorginkoop*

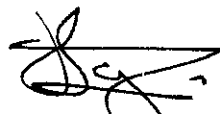
Tenslotte wil de NZa aandacht vragen voor twee raakvlakken met de zorginkoop.

Allereerst vraagt de NZa aandacht voor de vraag of bij de voorgestelde wijzigingen rekening gehouden is met de noodzaak dat wet en regelgeving tijdig worden aangepast zodat publicatie van de voor de zorginkoop noodzakelijke beleidsregel voor 1 juli 2013 kan worden gepubliceerd.

In de tweede plaats wil de NZa erop wijzen dat regionale uitvoering van een (nieuwe) ADL-assistentie aanspraak alleen mogelijk is met een volledige indicatiestelling. In de huidige situatie wordt geen volume geïndiceerd, wat een belemmering is voor de zorginkoop.

De NZa beoogt met deze reactie een bijdrage te leveren aan uw advies en is desgewenst graag bereid deze reactie toe te lichten.

Hoogachtend,  
Nederlandse Zorgautoriteit,



drs. H. Lagerwaard  
directeur Zorgmarkten Care

## Ambtelijke reactie NZa

Datum: 11 maart 2013

Betreft: conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

Geachte mevrouw Nyst,

Naar aanleiding van uw schrijven van 22 februari j.l. waarbij u het conceptrapport "uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie" aan de NZa voorlegt, volgt hieronder de reactie. Gezien de termijn waarbinnen gereageerd kon worden was het niet haalbaar een bestuurlijke reactie te geven, de onderstaande reactie is daarom op ambtelijk niveau.

### *Algemeen*

In overleg met VWS heeft CVZ de keuze gemaakt om de uitvoeringstoets niet te bezien vanuit het Regeerakkoord. Deze keuze maakt het mogelijk om voor ADL-cliënten een aparte aanspraak zonder verblijf in de AWBZ te houden. Dit terwijl een ADL-cliënt per uitsteking een cliënt is die de eigen regie voert en daarom op basis van de uitgangspunten van het Regeerakkoord op zijn plaats zou zijn binnen de Wmo.

Het CVZ geeft als reden dat de zorg in samenhang gegeven dient te worden. Waarom zou deze samenhang niet kunnen worden geboden onder de Wmo? De samenhang zou wellicht juist kunnen worden vergroot indien de gemeenten verantwoordelijk worden voor ADL-assistentie ook omdat de huishoudelijke verzorging en het aanpassen van woningen tot het gemeentelijke domein horen.

Ook andere doelgroepen, bijvoorbeeld de te extramuraliseren ZZP's VG1 en 2 gaan vanuit de verschillende domeinen de zorg ontvangen terwijl bij deze doelgroepen de eigen regie beduidend minder is dan die van de ADL-cliënt. Waarom kan dit niet voor de ADL-cliënten?

CVZ heeft eerder een pakket advies uitgebracht over verpleging. Hoe verhoudt dit advies zich tot een samenhangend integraal pakket van ADL-assistentie in de AWBZ waar verpleging onderdeel is van het pakket?

### *Samenvatting*

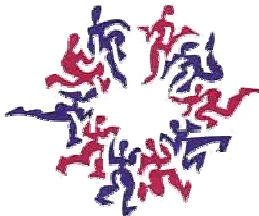
In het rapport wordt geen maximale leeftijd meer aan de doelgroep gekoppeld en ook wordt in het rapport aangegeven dat er volgens het CVZ ook cliënten met een cognitieve beperking aanspraak op de zorg zouden kunnen maken. De potentiële doelgroep kan daardoor groter worden dan de 6100 die genoemd worden in het afdeling onderzoek. Een cliënt krijgt een indicatie voor 24 uurszorg op afspraak als reguliere thuiszorg geen adequaat alternatief biedt. Wat is een adequaat alternatief en hoe wordt dit getoetst?

Bij de financiële aspecten wordt er gerefereerd aan een regel dat de zorg die een verzekerde die is aangewezen op verblijf in een instelling niet meer mag kosten dan de zorg die hij in een verblijfstelling zou ontvangen. Waar is deze regel vastgelegd?

Kunnen de wet en regelgeving tijdig worden aangepast zodat publicatie van de voor de zorginkoop noodzakelijke beleidsregel tijdig kan worden gepubliceerd (1 juli 2013)?

Pag. 4: Welke wettelijke aanpassing zijn noodzakelijk om handenspandiensten en huishoudelijke verzorging een AWBZ aanspraak te laten zijn? Waarom is dit voor ADL- cliënten nodig en voor andere doelgroepen niet?





College voor Zorgverzekeringen  
Mevrouw mr. M. van der Veen-Helder  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 16  
Postbus 520  
3700 AM ZEIST  
Telefoon (030) 698 89 11  
Telefax (030) 698 83 33  
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon drs. M. Meijer  
Doorkiesnummer (030) 698 83 16  
Ons kenmerk B-13-2218-mmei1  
Uw kenmerk ZA/2013021369  
Datum 12 maart 2013  
Onderwerp Conceptorrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

Geachte mevrouw Van der Veen,

Graag geven wij hieronder onze reactie op hoofdlijnen op het van u ontvangen conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie.

#### Algemeen

CVZ geeft aan in de uitvoeringstoets uit te gaan van de beleidsvoornemens van de staatssecretaris. Een goed uitgangspunt, ook ZN acht het van belang dat de hiermee gepaard gaande wijzigingen (inkoop, declaratiestandaarden e.d.) toekomstbestendig zijn. Op dit moment moet besluitvorming over de hervorming langdurige zorg nog plaatsvinden. Dat maakt het moeilijk nu uitspraken te doen hoe de aanspraak op 24-uurszorg op afroep structureel geregeld moet zijn (binnen de AWBZ?), en zet de invoeringsdatum van 1 januari 2014 onder druk. Als er voor 1 mei door VWS geen besluit is genomen over hoe de bekostiging en uitvoering van ADL-assistentie er in 2014 uit gaat zien, is invoering per 2014 niet mogelijk is.

#### De doelgroep

ZN neemt het standpunt hierover van CVZ voor kennisgeving aan. Eén en ander betekent o.i. wel een verruiming van de doelgroep en het maakt een gewenste scherpe afbakening lastiger. Wij zijn benieuwd hoe CIZ dit ziet.

#### 24-uurszorg op afroep als integraal pakket

ZN kan zich vinden in de voorkeur van CVZ, is voor de doelgroep het duidelijkst, is toekomstbestendig.

Vraagt wel veel aanpassingen in regelgeving e.d. voor een relatief kleine doelgroep.

#### Doelmatigheid

ZN onderschrijft de lijn in het rapport dat de geïndiceerde zorg doelmatig en verantwoord moet kunnen worden geleverd en dat een verzekerde daarom moet kunnen beschikken over een woning waar levering van 24-uurszorg op afroep daadwerkelijk de beoogde zelfredzaamheid realiseert. Verder zijn wij het eens dat CIZ bij de indicatie 24-uurszorg op afroep de omvang moet vaststellen/meegeven.

#### Ondeelbaarheid functie

Het is logisch om voor de nieuwe functie 24-uurszorg de gebruikelijke spelregel van ondeelbaarheid binnen één functie toe te passen.

In hoeverre cliënten de keuze moeten hebben tussen leveringsvorm ZIN en PGB is lastig. Als in een geclusterde setting een substantieel aantal bewoners kiest voor PGB en zij kiezen ervoor de zorg niet in te kopen bij de betreffende ZIN aanbieder, dan komt hiermee de exploitatie/continuïteit van zorg in gevaar. Kunnen PGB houders verplicht worden om de zorg in en om de woning in te kopen bij deze ZIN aanbieder?

#### Regionale contractering door zorgkantoren

Op dit moment vindt de uitvoering van de ADL-assistentie bovenregionaal plaats. CVZ stelt vast dat ADL-assistentie regionaal kan worden ingekocht, wat het basis uitgangspunt is in het Regeerakkoord. ZN deelt deze mening, maar stelt vast dat de voorbereiding van de inkoop AWBZ 2014 in een vergevorderd stadium is. Dit betekent dat regionale inkoop per 1 januari 2014 van ADL-assistentie niet gerealiseerd kan worden.

#### Overgangsregeling

Met een kanttekening bij de haalbaarheid van invoering nieuwe aanspraak per 1 januari 2014, plaatst ZN vraagtekens bij de gesuggereerde nieuwe overgangsregeling voor ADL-clusterbewoners die in hun belangen worden geschaad. Bewoners zitten straks al 2 jaar (2012 en 2013) in een overgangsregeling met soms een dubbele verstrekking (PGB + ZIN). Het is met het oog op doelmatigheid moeilijk te verkopen daar nog weer een periode aan te plakken. Verder zouden bewoners met een ZZP-indicatie niet nog langer oneigenlijk een plaats in de ADL-clusterwoning moeten kunnen blijven bezetten. Wij realiseren ons dat dit een pijnlijke ingreep is, maar het betekent ook dat wachtenden kunnen doorstromen.

Graag vertrouwen wij erop u met deze reactie van dienst te zijn geweest.

Met vriendelijke groet,  
Zorgverzekeraars Nederland

drs. H.R. Wever  
manager Zorg



ALBATROSPAD 68, 1021 TR AMSTERDAM

College voor Zorgverzekeringen  
T.a.v. Mw. mr. M. van der Veen- Helder en mw. Nyst  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

**Kantoor sector LG**

Albatrospad 68  
1021 TR Amsterdam  
T (020) 7566522  
www.osiragroep.nl

E-MAIL [ralderden@osiragroep.nl](mailto:ralderden@osiragroep.nl)

DOORKIESNUMMER 06-13309185

ONDERWERP Reactie op conceptrapportage uitvoeringstoets  
alternatieven ADL-assistentie

KENMERK ZA/2013021369

DATUM 11 maart 2013

Geachte mw. van der Veen- Helder,

Wij ontvingen uw brief met het conceptrapport over Uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie van 22 februari 2013. In deze brief stuur ik u mijn reactie als manager van 2 adl-cluster locaties van Osira Amstelring, te weten Park de Meer en Daguerre in Amsterdam. U leest hieronder eerst het onderwerp met een korte samenvatting en daarna onze aanbeveling op dat punt.

**1. Doelgroep**

Verzekerden met een ernstige lichamelijke beperking die langdurig moet worden gecompenseerd. Het gaat hierbij om een heterogene doelgroep. Daarbij stelt het CVZ dat ook rekening moet worden gehouden met energetische beperkingen, een aangeboren of niet aangeboren beperking en een stabiele of progressieve aandoening.

**Aanbeveling: Akkoord**

**2. Indicatieprocedure**

Consultatie van de behandelaar als voorwaarde in de indicatieprocedure. Hierbij ziet het CVZ ook een rol voor de (onafhankelijke) revalidatiearts.

**Aanbeveling: lijkt ons professioneel. Afhankelijk van de wens van de cliënt kunnen wij als zorgaanbieder, wanneer de behandelaar in de indicatiefase betrokken wordt, beter zorgen voor een passende overdracht van revalidatie naar wonen.**

**3. Afbakening met Thuiszorg**

Als reguliere thuiszorg voldoet om de beperkingen adequaat te compenseren, dan kan de verzekerde geen aanspraak maken op 24-uurszorg op afroep.

**Aanbeveling: Akkoord**

#### 4. Cognitieve beperkingen

De verzekerde moet voldoende sociaal redzaam zijn. Dit betekent dat de verzekerde niet aangewezen mag zijn op begeleiding bij het aanbrengen van structuur of het voeren van regie. Het CVZ stelt dat een verzekerde met licht cognitieve beperkingen bijvoorbeeld als gevolg van niet aangeboren hersenletsel, nog prima in staat kan zijn om de regie over zijn eigen leven te voeren.

**Aanbeveling: Akkoord**

#### 5. Maatschappelijke participatie

Regie over eigen leven is een belangrijke voorwaarde voor het aangewezen zijn op 24-uurszorg op afroep. Maatschappelijke participatie kan ook achter de voordeur plaatsvinden d.m.v. bezoek en sociale media.

**Aanbeveling: Akkoord. Past goed binnen de visie van Osira Amstelring om maatschappelijke participatie van cliënten te bevorderen.**

#### 6. Minimum aantal uren

Het CVZ stelt dat er geen ondergrens wordt voorgesteld, maar dat de verzekerde naast de planbare zorg ook op een substantiële hoeveelheid zorg op afroep aangewezen moet zijn. Het CVZ stelt dat een ADL-cluster cliënt gemiddeld 10 uur per week afneemt.

**Aanbeveling: kies wel voor een ondergrens.**

#### 7. Leeftijdsgrenzen

Minimaal 18 jaar en geen maximum leeftijd.

**Aanbeveling: Akkoord**

#### 8. Overgangsregeling

Er wordt een overgangsregeling getroffen voor verzekerden die op 1 januari 2014 al in een ADL-cluster wonen en die niet (meer) aan alle voorwaarden voldoen.

**Aanbeveling: ons is de overgangsregeling onbekend en kunnen ons dus geen mening vormen over de gevolgen daarvan voor cliënten en organisatie. Graag hebben wij invloed op deze regeling, omdat het mogelijk grote consequenties kan hebben voor huidige cliënten.**

#### 9. Doelmatigheid

Er moet rekening worden gehouden met de wettelijke eisen van de AWBZ. Dit betekent dat niet meer zorg wordt geïndiceerd dan noodzakelijk is om verantwoorde zorg te kunnen bieden. Het CVZ stelt dat tot op heden bij levering van ADL-assistentie de wens van de verzekerde leidend is. Dit kan leiden tot ondoelmatige zorgverlening. Op grond van het Zorgindicatiebesluit zal de omvang van de ADL-assistentie moeten worden aangegeven (is nu niet het geval).



**Aanbeveling: lijkt ons passend. Nu is er geen maximum. Ik ben voorstander van gezamenlijke regie; de cliënt als ervaringsdeskundige en de ADL-assistent als professional.**

#### **10. Loslaten koppeling ADL-clusterwoning**

Vanaf 2014 kan de ADL-assistentie ook geleverd worden buiten de ADL-clusters en door nieuwe aanbieders.

**Aanbeveling: Dit biedt kansen voor de clusters van Osira Amstelring. Er kan immers zorg geleverd worden aan andere cliënten wonend in het gebouw, die onze expertise nodig hebben.**

#### **11. ZIN of PGB**

Het CVZ stelt dat als de 24-uurszorg alleen te verzilveren is in ZIN, dan moet de verzekerde de zorg van 1 aanbieder afnemen. Hierdoor wordt de keuzevrijheid van de verzekerde beperkt. Door het mogelijk te maken de zorg zelf te regelen via het PGB wordt de keuzevrijheid van de verzekerde vergroot. Echter dit kan het voor de zorgaanbieder minder rendabel maken om 24-uurszorg op afroep te leveren.

**Aanbeveling: ik ben voorstander om de zorg wel door ZIN te laten afnemen. De zorgaanbieder heeft namelijk expertise met 24 uurs-zorg en wij kunnen een integraal aanbod leveren.**

#### **12. Eigen bijdrage AWBZ**

Volgens het CVZ gelden de wettelijke eisen van de AWBZ: alle verzekerden van 18 jaar en ouder moeten een eigen bijdrage betalen voor extramurale AWBZ-zorg.

**Aanbeveling: Akkoord**

#### **13. Zorgkantoren**

Het Regeerakkoord gaat ervan uit dat de bestaande regionale structuur van zorginkoop wordt gehandhaafd.

**Aanbeveling: Akkoord**

#### **14. Integraal pakket van samenhangende zorg**

Het CVZ komt met een alternatief scenario in de vorm van een integraal pakket van samenhangende zorg. Dit pakket omvat alle extramurale AWBZ-zorg: persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten. Dit pakket omvat zowel zorg in en om de woning als zorg buiten de woning. In het Regeerakkoord wordt de extramurale AWBZ-zorg overgeheveld naar andere domeinen: WMO en Zorgverzekeringswet. Integrale levering van deze zorg is niet meer gegarandeerd.

**Aanbeveling: ik ben voorstander van dit scenario, omdat alle zorg vanuit de AWBZ wordt gefinancierd. Huishoudelijke hulp wordt hierin niet genoemd, maar zou ik wil in het integrale aanbod willen meenemen.**

## 15. Alternatieve scenario's

*Scenario A: Huidige situatie continueren*

Hierbij kan alleen ZIN worden geleverd in en om de woning. Voor de zorg buiten de woning en voor bijvoorbeeld verpleging kan een aparte indicatie worden aangevraagd. Dit vindt het CVZ een dubbele verstrekking en daarom niet doelmatig.

**Aanbeveling: is second best, maar je zit met de WMO en ZVZ en daarmee los je het probleem van de dubbele verstrekking niet op.**

*Scenario B: extramurale zorgpakketten(EZP's)*

De omvang van de aanspraak op een EZP moet worden vastgesteld op basis van een cliëntprofiel. De zorg kan alleen in natura worden gegeven. Het CVZ stelt dat de groep verzekerden heterogeen is, waardoor het moeilijk is voldoende passende cliëntprofielen vast te stellen. Daarnaast blijft een individuele beoordeling van de beperkingen van de verzekerde en de daaruit voortvloeiende geobjectiveerde zorgvraag noodzakelijk.

**Aanbeveling: niet doen**

*Scenario C: opslag hand- en spandiensten*

Hier wordt een aanspraak geregeld voor hand- en spandiensten, naast de aanspraak op persoonlijke verzorging en verpleging. Het gaat hierbij om zorg in en om de woning en kan zowel als ZIN of PGB worden verzilverd. Gezien het Regeerakkoord zal deze vorm van reguliere extramurale zorg niet leiden tot samenhangende zorg. (zie ook punt 14)

**Aanbeveling: niet doen.**

Ik dank u voor de geboden mogelijkheid onze reactie te geven op de voorstellen. Deze reactie is opgesteld als belanghebbende partij, maar minstens zo essentieel, in het belang van de cliënten die wij zorg bieden in de adl-clusters en toekomstige cliënten.

Voor vragen of overleg kunt u contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet,

Ron Alderden  
Manager, sector lichamelijk gehandicaptenzorg  
Osira Amsteling



## Reactie Fokus op CVZ-concept Uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

### 1 Inleiding

In de Uitvoeringstoets bespreekt het CVZ een aantal varianten van een nieuwe structurele aanspraak op '24-uurszorg op afroep' ter vervanging van de huidige tijdelijke AWBZ-aanspraak ADL-assistentie. Naast de door de staatssecretaris voorgelegde drie varianten presenteert CVZ een vierde variant, welke volgens CVZ de voorkeur verdient.

Die voorkeursvariant kent twee alternatieven:

- (a) een integraal pakket van persoonlijke verzorging, verpleging en hand en spandiensten in en om de woning van de cliënt die op basis van indicatie recht heeft op 24uurszorg op afroep;
- (b) hetzelfde pakket aangevuld met de geïndiceerde zorg buiten de woning.

Inhet navolgende blijkt dat *Fokus positief is over de eerste variant* en adviseert een andere oplossing te zoeken voor de door de doelgroep gewenste combinatie van zorg in de woning en de zorg buiten de woning en datte doen binnen één en dezelfde (integrale) aanspraak, binnen de AWBZ. Voor variant b is geen draagvlak onder cliënten en evenmin bij aanbieder Fokus (zie paragraaf 5 hieronder).

Fokus is blij met de inspanning van CVZ om de formulering van de nieuwe aanspraak voor te bereiden voor opname in de kern-AWBZ. Fokus ziet daarin een bevestiging van de wens van het vorige kabinet, de Kamer en vooral van cliënten naar een structurele, toekomstbestendige en wettelijk verankerde regeling, waardoor garantie op een samenhangend zorgpakket en op continuïteit ontstaat. Daaraan is onder cliënten en aanbieders grote behoefte.

Fokus stemt in met de opmerkingen van CVZ over de door de staatssecretaris voorgelegde drie varianten, doch meent dat scenario A, waarin goeddeels de huidige situatie wordt gecontinueerd, ook realistisch en aanvaardbaar is. Voor het bij deze variant gesignaleerde probleem van 'dubbele verstrekking' is volgens Fokus een eenvoudige en afdoende oplossing denkbaar (zie opmerkingen hieronder bij 5.c).

In het navolgende zal de volgorde van het CVZ-rapport worden aangehouden, na een hoofdstuk van meer algemene aard.

### 2 Algemeen

De voorgestelde nieuwe aanspraak maakt het voor mensen met een zware lichamelijke handicap mogelijk 'gewoon te wonen en te leven, midden in de maatschappij'. De aanspraak compenseert de beperkingen die uit de lichamelijke handicap voortvloeien door het beschikbaar maken van extramurale 24-uurszorg op afroep in de eigen woning.

Zoals uit het CVZ-rapport blijkt, biedt en vraagt dat 'eigen regie' aan, respectievelijkvån de cliënt. Mét de 24-uurszorg op afroep voert hij eigen regie over leven en zorg, welke zorg hij ook zelf aanstuurt door de zorgverlener op te roepen en hem aanwijzingen te geven.

Het gaat om zorg die 24 uur per dag oproepbaar is en die werkt op aanwijzingen van de cliënt. Naast de (objectiveerbare) behoefte aan 24-uurszorg op afroep, is de cliënt dan ook –ook volgens CVZ- voldoende sociaal zelfredzaam.

Dat zijn twee voorwaarden om effectief van de aanspraak gebruik te kunnen maken. Mét de aanspraak kan de cliënt extramuraal functioneren en is hij in staat tot maatschappelijke participatie. Zonder de aanspraak 'dreigt' intramurale zorg en afhankelijkheid. Gelet op de aard van de doelgroep en van de aanspraak, mogen hoge eisen worden gesteld aan de uitvoering van de aanspraak. Het is bijzonder in de AWBZ dat de cliënt eigen regie heeft over tijdstip en inhoud van de zorgverlening en daarin zélf keuzen maakt. Dat stelt eisen aan de organisatie en inrichting van de zorg, maar ook aan beroepshouding van de uitvoerenden.

Het is verheugend dat de nieuwe aanspraak ruimte biedt voor die manier van leven en zorg.

In het onderstaande wordt op deze beschrijving teruggesproken als wordt verzocht om aanscherping van een aantal in de CVZ-rapportage behandelde punten, zoals de meer kwalitatieve omschrijvingen in de voorgestelde nieuwe aanspraak.

### 3 Doelgroep

In een mondelinge toelichting door CVZ is ons duidelijk geworden dat CVZbeoogd aan te sluiten op de doelgroep die thans van het ADL-clusterwonen gebruik maakt.

Fokus stemt dan ook in met de in hfdst.3 gegeven beschrijving van de doelgroep: verzekerden met ernstige lichamelijke beperkingen welke langdurig moet worden gecompenseerd en die is aangewezen op 24-uurszorg op afroep.

Hetzelfde geldt voor de stelling dat op individueel niveau moet worden vastgesteld welke activiteiten er moeten worden gecompenseerd, waarbij ook rekening moet worden gehouden met energetische beperkingen.

Het indicatieorgaan zal volgens CVZ de behandelaar van de cliënt consulteren en bij de beoordeling een (onafhankelijke revalidatiearts) inschakelen. Fokus gaat er van uit dat de wens van cliënt in het indicatieproces zal zijn betrokken.

CVZ stelt dat de aanspraak op 24-uurszorg op afroep pas kan worden geïndiceerd als vast komt te staan dat *reguliere thuiszorg niet voldoet* om de beperkingen adequaat te compenseren. Dat is juist, maar vraagt wel om een nadere specificering en objectivering van de begrenzing. Dat is mogelijk door aan 24uurszorg op afroep kwaliteitseisen te stellen, die niet door de reguliere thuiszorg worden gerealiseerd, zoals een responstijd voor oproepen en een responstijd voor alarmoproepen (zie par 4 en 5).

Fokus onderstreept de door CVZ genoemde *voorwaardedat*de verzekerde *voldoende sociaal zelfredzaam* moet zijn, omschreven als: het hebben van inzicht in de zorgvraag, zelfstandig ADL-assistentie kunnen inroepen en aansturen, voldoende zelfredzaam om zelfstandig te kunnen wonen. Fokus is het met CVZ eens dat dit betekent dat cliënten in staat moeten zijn de regie over het eigen leven te voeren en dat ook wensen én dat daarom ondersteuning in de vorm van hand en spandiensten onderdeel moet zijn van de aanspraak.

Het kunnen voeren van de eigen regie wordt dan ook terecht door CVZ als *voorwaarde* benoemd. Het is tegelijkertijd een *doel* van de nieuwe aanspraak.

Fokus is blij met de passage over 'maatschappelijke participatie' en kan zich daar geheel in vinden.

Fokus stemt van harte in met de conclusie dat een ondergrens in uren arbitrair is en om genoemde redenen niet zou moeten gelden, doch dat uit indicatie moet blijken dat de cliënt in ieder geval op een substantiële hoeveelheid zorg op afroep aangewezen moet zijn. Wel is ook de term 'substantieel' arbitrair en behoeft deze nadere invulling. In de optiek van Fokus gaat het erom dat het *doel* (de eigen regie) daarbij uitgangspunt moet zijn. Om een leven in eigen regie te kunnen leiden is nodig dat de cliënt zelf zijn dag kan indelen en niet afhankelijk is van de (personeels- en activiteiten-)planning van aanbieder of zorgverlener. Er is dan de noodzaak van zorg op afroep bij b.v. toiletgang en een dringende behoefte aan zorg op afroep bij opstaan, wassen, kleden e.d.

De variatie in de omvang van de per cliënt gevraagde assistentie binnen de huidige aanspraak is groot. Op grond daarvan onderschrijft Fokus niet CVZ-stelling, dat het aannemelijk is dat de omvang van de indicatie al snel tien uur per week zal zijn. In de huidige populatie zijn er veel cliënten die minder dan tien uur assistentie vragen (in en om de woning) en daar wel degelijk op aangewezen zijn (doelmatige verstrekking).

In dit kader noemt CVZ de noodzakelijke (kennelijk wordt bedoeld: korte) responstijd als primaire reden waarom zorg op afroep moet worden geleverd. Dat is juist en daarom is de *korte responsetijd* volgens Fokus dan ook een kenmerkend inhoudelijk onderdeel van de aanspraak, zowel voor de gewone oproep als voor de alarmoproep (zie ook par. 4 en 5).

CVZ meent dat een ondergrens van 18 jaar als toetredingsleeftijd acceptabel is. Fokus ziet graag een *hardheidsclausule* waardoor het mogelijk wordt dat ook personen met een lagere leeftijd (onder condities) kunnen instromen. Zo is bijvoorbeeld het juridisch instrument handhaving mogelijk voor het handelingsbekwaam maken van minderjarigen. Een dergelijk regel zou ook hier kunnen worden toegepast. Ook zou een hardheidsclausule het mogelijk moeten maken dat (een) ouder(s) met geïndiceerd kind tijdelijk gebruik maken van de nieuwe aanspraak, waarna het kind vanaf 18 jaar zelfstandig verder gaat.

Fokus is het eens met de conclusie dat indicatiestelling de nieuwe aanspraak voldoende afbakent van reguliere ouderenzorg en dat er dus geen maximum-leeftijdsgrens noodzakelijk is.

Aan het eind van hoofdstuk 3 formuleert CVZ de (cumulatieve)voorwaarden waaraan een cliënt moet voldoen om in aanmerking te komen voor de nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep. In bijlage 1 bij deze reactie zijn die voorwaarden opgenomen en in cursief voorzien van tekstvoorstellen en aanvullingen van Fokus.

#### **4 Uitvoeringaspecten**

Fokus kan instemmen met de conclusie (par. 4.a) dat het indicatieorgaan bij het beoordelen van de benodigde zorg rekening moet houden met de wettelijke eisen van de AWBZ, waaronder de *doelmatigheid*.

Als uitwerking daarvan noemt CVZ de aspecten '*gemiddelde tijden*' en '*samenvallende activiteiten*'. In eerdere indicatierondes is duidelijk geworden dat de gehanteerde gemiddelde tijden niet zijn afgestemd op de doelgroep van de nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep, vanwege hun meer dan gemiddelde beperkingen. Om die reden moet vaak een beroep worden gedaan op de *mogelijkheid af te wijken van de gemiddelde tijden, gelet op de individuele situatie van de cliënt*. De oorzaak daarvan is vaak gelegen in meer complexe fysieke omstandigheden (de cliënt kan niet mééwerken aan de handelingen) waardoor deze langer duren en in de benutting/uitputting van de energie van de cliënt in snelheid/tempo van handelen en rustmomenten tussen handelingen. Fokus gaat er van uit dat de indicatie tegen die achtergrond wordt vastgesteld, dus in relatie tot de individuele beperkingen van de cliënt en diens 'energiehuishouding'.

De indicatie moet niet alleen doelmatige zorgverlening mogelijk maken, maar ook effectieve. De eigen regie van de cliënt brengt bovendien met zich mee dat hij de volgorde en het al dan niet in samenhang uitvoeren van handelingen bepaalt, zoals deze voor hem het beste resultaat heeft. Op grond van eerdere ervaringen maakt Fokus zich wel zorgen over de toereikendheid voor deze doelgroep van de beleidsregels voor de indicatiestelling en stelt dan ook een *gerichte projectmatige aanpak van een eventuele herindicatieronde vóór 1-1-2014* voor, waarin genoemde aspecten kunnen worden bewaakt en bezwaar- en beroepsprocedures kunnen worden vermeden.

Indien de indicatie in klassen wordt gesteld, bepleit Fokus de klassen voldoende ruim te bepalen om te voorkomen dat met grote regelmaat, wegens verergering van beperkingen door progressieve aandoeningen en veroudering, een nieuwe indicatie moet worden aangevraagd. Bevorderd moet worden dat de indicaties de maximale duur van 15 jaar 'meekunnen' (zie ook par. 7 hieronder) en niet bij kleine wisselingen in zorgbehoefte steeds opnieuw moeten worden vastgesteld. Herindicaties zijn onnodig en onnodig belastend.

In par. 4.b stelt CVZ o.i. terecht de noodzaak vast dat de verzekerde over een *woning beschikt waar 24-uurszorg op afroep kan worden geleverd en daadwerkelijk de beoogde zelfredzaamheid realiseert*. In par.4.b. en 4.f. formuleert het CVZ dan ook terecht dat dit een *voorwaarde* is die in de formulering van de aanspraak moet worden opgenomen en door het indicatieorgaan moet worden vastgesteld. Fokus meent dat in de voorwaarde ook de beschikbaarheid van oproep- en alarmapparatuur moet worden opgenomen. Dat zijn immers de minimaal vereiste voorzieningen voor de realisatie van oproepbare zorg. Zonder de woning en deze voorzieningen kan de zorg niet effectief en doelmatig worden verleend (zie ook par. 4.b van het CVZ-rapport) en kan de kwaliteit en veiligheid niet worden gegarandeerd.

Fokus stelt voor hier de term *adequaate aangepaste woning* te hanteren, waarbij adequaat moet worden gelezen als: passend bij de aard en omvang van de beperkingen van de cliënt. Mogelijk is ook een aantal minimeisen te formuleren als: rolstoeltoegankelijkheid, voldoende ruime draaicirkels, een aangepaste keuken en voldoende ruimte in slaap- en badkamer voor het hanteren van hulpmiddelen als een tillift.

Fokus kan instemmen met de redenering van CVZ dat het ontbreken van een aangepaste woning waarin de 24uurszorg op afroep kan worden geleverd, tot overbruggingszorg noopt, welke door het ontbreken van voldoende aangepaste woningen structureel kan worden, wat leidt tot ondoelmatige inzet van AWBZ-gelden.

Om dezelfde reden adviseert Fokus daarnaast als *voorwaarde* te formuleren dat bij de indicatiestelling wordt vastgesteld *of de 24-uurszorg op afroep ook daadwerkelijk (langdurig) kan en zal worden geleverd*. Voorstelbaar is immers dat wél een aangepaste woning aanwezig is, doch om redenen van afstand tot de beoogde leverancier van de 24uurszorg op afroep, levering van die zorg niet mogelijk is, (structureel) overbruggingszorg moet worden ingezet, met ook hier ondoelmatige inzet van AWBZ-gelden als gevolg.

In par. 4.b constateert CVZ terecht dat er voor de overheid een taak resteert tot het stimuleren van de totstandkoming van voldoende aangepaste woningen waar 24-uurszorg op afroep kan worden geleverd. Fokus onderstreept die noodzaak (zie ook par. 6).

In par.4.c beschrijft CVZ de noodzaak van een integraal pakket omdat er sprake is van samenhangende zorg.

Indien de aanspraak wordt beperkt, zoals ook thans het geval is tot levering in ZIN, moet de zorg bij één aanbieder worden afgenomen. De aanbieder kan onderdelen van de zorg, al dan niet op verzoek van de cliënt, inkopen bij onderaannemers. Omdat daardoor de cliënt dan niet kan kiezen 'ieder onderdeel bij een andere organisatie of persoon in te kopen' en daarmee de keuzevrijheid van de cliënt wordt beperkt, zou de cliënt de keuze moeten krijgen de aanspraak 24uurszorg op afroep ook (geheel) in PGB-vorm te verzilveren.

Fokus ziet hier de volgende problemen:

- Is het voorstelbaar dat in PGB-vorm 24 uurszorg op afroep daadwerkelijk realiseerbaar is. Vereist is immers dat er een zorgverlener 24 uur per etmaal op afroep beschikbaar is. De indicatiestelling zal uitgaan van het aantal benodigde zorguren. Het bijbehorend tarief zal het nagenoeg onmogelijk maken een personele 24 uurs-voorziening te creëren.
- Een ZIN-aanbieder zal niet geneigd zijn slechts een deel van de 24-uurszorg met de cliënt te contraheren, vooral als dat bestaat uit de 24uurs beschikbaarheid voor oproepen met korte responsetijd of op alarm of daarvoor onrealistisch hoge tarieven in rekening moet brengen, in geval de cliënt ervoor kiest een groot deel van de aanspraak bij andere organisaties of personen te betrekken.
- Omdat huidige cliënten sterke voorkeur hebben voor PGB-invulling van de zorg buitend de woning, worden zij 'gedwongen' de gehele aanspraak in PGB te verzilveren, waarmee zij een eveneens door hen gewenste ZIN-invulling van de zorg in en om de woning, noodgedwongen moeten opgeven.
- Door (mogelijke) versnippering van het samenhangende pakket over meerdere ZIN- en/of PGB-aanbieders blijft er van de beoogde samenhang weinig over. Een samenhangend pakket leidt logischerwijs tot de levering door één aanbieder (zie ook CVZ-rapport).
- In par. 4.c. constateert CVZ dat voor de aanbieder van 24-uurszorg op afroep mogelijk een probleem ontstaat als verzekerde de keus krijgt tussen ZIN en PGB: "Om de zorg doelmatig en verantwoord te kunnen leveren, zal hij moeten kunnen vertrouwen op een minimale omvang van zorgafname. Als hij dat niet kan, kan het onrendabel zijn voor hem om deze zorg te (blijven) leveren. Daarmee zouden mogelijkheden voor 24-uurszorg op afroep op termijn kunnen afnemen."

Fokus acht een dergelijk gevolg reëel en gelet op de belangen van de overige cliënten van de aanbieder, die als gevolg van de keus van een individuele cliënt, de eigen 24-uurszorg op afroep zouden zien verdwijnen, *onaanvaardbaar*. Dat het gevaar realistisch is, blijkt uit de rapportage van TeamM, welk bureau op verzoek van VWS daarnaar onderzoek deed.<sup>1</sup> Er zullen door zorgaanbieders, gemeenten en corporaties geen investeringen worden gedaan in het bouwen en aanpassen van woningen en in het aanleggen van dure infrastructuur als alarm-intercomsystemen.

Fokus stelt voor de nieuwe aanspraak zó te formuleren dat aan de wensen van cliënten tegemoet kan worden gekomen. Fokuscliënten hechten aan de vrijheid delen van de functie verpleging bij een andere organisatie of bij andere personen dan bij Fokus af te nemen, ook al omdat Fokus een deel van die functie niet kan leveren. Hetzelfde geldt voor de assistentie buiten de woning en voor enkele uitzonderlijke specifieke situaties van persoonlijke verzorging (zie ook bij alternatieven, bijlage 1).

In par. 4.d concludeert CVZ dat moet worden overwogen ook voor 24-uurszorg op afroep de extramurale eigen bijdrage te heffen en verwijst naar onderzoek dat VWS instelt naar de gevolgen daarvan. Fokus voorziet ingrijpende gevolgen voor cliënten die wegens gezinssamenstelling geen gebruik maken van Wmo-huishoudelijke zorg.

---

<sup>1</sup>TeamM: ADL-assistentie: onderzoek naar exploitatie van ADL-clusters, 29 mei 2012 (genoemd in brief staatssecretaris aan CVZ d.d. 3 oktober 2012, p 8).

De rol van zorgkantoren wordt in par. 4.e beschreven. CVZ meent dat een overgang van bovenregionaal naar regionaal contracteren geen problemen met zich mee zal brengen. Behalve een toenemende administratieve last (onderhandelen met alle zorgkantoren in heel Nederland en voldoen aan per regio/zorgkantoor andere aanbestedingseisen), speelt het volgende.

ADL-clusters, waarin de 24-uurszorg op afroep is georganiseerd, verschillen qua omvang (aantal cliënten/woningen) en in intensiteit en omvang van de zorgvraag, waardoor de kostprijs per ADL-cluster aanzienlijk kan variëren<sup>2</sup>, welke verschillenthans landelijk worden verevend (door zorgkantoor en aanbieder) in het met één zorgkantoor gesloten contract voor geheel Nederland. Regionaliseren kan tot gevolg hebben dat *te dure ADL-clusters onnodig moeten worden gesloten*, met onnodig capaciteitsverlies voor de nieuwe aanspraak 24uurszorg op afroep als gevolg. Dat valt te voorkomen door landelijke inkoop en een landelijk budget in plaats van regionale inkoop en de opsplitsing van het huidige landelijke budget over de regio-budgetten. Als gevolg van het regeerakkoord is denkbaar dat vanaf 2015 weer centraal zal worden ingekocht, althans centrale regie wordt versterkt.

## 5 Nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep

In de Uitvoeringstoets komt een aantal aspecten minder goed uit de verf:

- a. De alarmopvolging als onderdeel van de huidige aanspraak en de nieuwe aanspraak;
- b. De responsetijden bij 24uurszorg op afroep en bij alarmopvolging;
- c. De geschiktheid van de huidige ADL-assistentie voor cliënten met beademingsondersteuning.

### Ad.a.

Alarmopvolging (binnen enkele minuten, ofwel binnen 3 tot 5 minuten) is een belangrijk onderdeel van de ADL-assistentie zoals bedoeld in de per 2012 beëindigde subsidieregeling, in de huidige tijdelijke aanspraak<sup>3</sup> en in de adviesaanvraag van de staatssecretaris<sup>4</sup>.

Alarmopvolging binnen een zeer korte responstijd is als *veiligheidswaarborg* nodig voor cliënten (zoals de beoogde doelgroep) die over een slechte hand- en/of armfunctie beschikken, rolstoelafhankelijk zijn in een noodsituatie terecht kunnen komen die direct ingrijpen vereist. Uitblijven van direct ingrijpen kan tot ernstig lichamelijk letsel en zelfs de dood leiden. Dat geldt niet alleen voor cliënten die wegens problemen met de beademing(sapparaat) acuut geholpen moeten worden, maar ook in geval de rolstoel door een ongelukkige manoeuvre op hol slaat of klem rijdt onder het aanrecht, als hete thee in de schoot valt of in andere acuut gevaarlijke situaties. Van de 24uurszorg op afroep is de alarmopvolging binnen enkele minuten daarom een integrerend onderdeel.

*Fokus verzoekt het element alarmopvolging op te nemen in de inhoudelijke beschrijving van de nieuwe aanspraak.* (zie ook bijlage 1).

### Ad.b.

De nieuwe aanspraak 24uurs zorg op afroep onderscheidt zich van de reguliere aanspraken op persoonlijke verzorging en verpleging in de reguliere thuiszorg. Dat onderscheid wordt, behalve door de gerichtheid op de eigen regie van de cliënt<sup>5</sup>, gevormd door de korte responstijden na een oproep om zorg en na een alarmoproep. Die aanspraak heeft alleen meerwaarde als de kortere responstijden ook onderdeel uitmaken van de beschrijving van de aanspraak en daarmee onderdeel worden van het recht van de cliënt en de plichten van de aanbieder en onderdeel van het contract tussen aanbieder en zorgkantoor.<sup>6</sup> De responstijd is vervolgens ook onderscheidend ten opzichte van de nieuwe aanspraak 'integraal pakket persoonlijke assistentie' (hfdst. 6 CVZ-rapport). Voor die aanspraak zou dan een responstijd van korter dan 3-5 minuten kunnen gelden.

*Fokus verzoekt de responsetijden op te nemen in de formulering van de aanspraak* (zie ook bijlage 1).

### Ad.c.

Cliënten met non-invasieve en invasieve beademingsondersteuning zijn met de huidige tijdelijke aanspraak ADL-assistentie goed voorzien van bewaarde, bevoegde en veilige en tijdige zorg. De voorbehouden verpleegkundige handelingen worden uitgevoerd door onder auspiciën van de CTB's geschoolde assistenten.

<sup>2</sup>Onderzoek NZa/KPMG (geciteerd in de uitvoeringstoets; rapport is op dit moment nog niet definitief) en TeamM (zie noot 1).

<sup>3</sup>Zie de toelichting bij art. 34 Bza (Staatsblad 2011, nr. 593, p.3): '*binnen enkele minuten*'.

<sup>4</sup>Brief staatssecretaris aan CVZ d.d. 3 oktober 2012, p.4, punt 2, voorafgegaan door haar brief aan TK 9-9-2011.

<sup>5</sup>En naast de samenhang in en de opname van hand- en spandiensten in dat pakket.

<sup>6</sup>In de formulering van de huidige aanspraak op ADL-assistentie (art. 34 Bza) is sprake van: '*direct oproepbare zorg*'.

Die (voorbehouden) handelingen maken onderdeel uit van het samenhangend pakket ADL-assistentie dat bovendien voorziet in adequate en korte responstijden bij gewone oproepen voor hulp bij beademingsondersteuning en alarmoproepen. Die faciliteiten worden door cliënten en CTB-artsen gewaardeerd.

Fokus kan instemmen met de door CVZ in par. 5.a gegeven argumentatie voor en omschrijving van het *pakket van samenhangende zorg*: persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten, waarvan de onderdelen nauw samenhangen en met elkaar verstrengeld zijn en welke zorg voor een substantieel deel op afroep moet kunnen worden geleverd, 24 uur per dag. Nodig is, volgens CVZ, dat die zorg *onder één verantwoordelijkheid en regie geboden* moet worden en dat daarom *integrale levering noodzakelijk* is teneinde deze flexibel en op afroep te kunnen organiseren.

Teneinde bedoelde *integrale levering van samenhangende zorg te garanderen*acht CVZ het nodig dat die samenhangende zorg als aanspraak in de AWBZ wordt benoemd, tegen de achtergrond van de gevolgen van het regeerakkoord. Fokus stemt daarmee van harte in. Daarmee wordt tevens voldaan aan de wens van de staatssecretaris, Fokus en vooral van cliënten, dat één en ander ook de lange termijn houdbaar is.

In par. 5.b beschrijft CVZ dat door het *samenvoegen van de zorg in de woning met de zorg buiten de woning*, kan worden voorkomen dat de cliënt op termijn, als gevolg van het regeerakkoord, alsnog de zorg buiten de woning uit andere domeinen (WMO en Zvw) moet betrekken. Dat is onmiskenbaar een voordeel. De samenvoeging van zorg in en om de woning en die daarbuiten stuit echter op andere problemen:

- De cliënten wensen over het algemeen niet dat een dergelijk integraal pakket wordt uitgevoerd door één aanbieder. Zij willen de zorg op afroep in en om de woning van de ZIN-aanbieder. Zij wensen de zorg buiten de woning in eigen regie, en veelal in de vorm van PGB, zelf kunnen organiseren en daarbij niet afhankelijk zijn van de mogelijkheden van de ZIN-aanbieder.
- Voor de zorg buiten de woning wordt uitsluitend de benodigde tijd voor de zorghandelingen geïndiceerd (en gefinancierd). Een ZIN-aanbieder kan dergelijke zorg niet doelmatig en effectief organiseren omdat een medewerker ook de tijd die benodigd is voor de reis samen met de cliënt betaald moet krijgen. Cliënten weten met een PGB daarvoor flexibele en passende arrangementen te treffen die niet tot de mogelijkheden van een ZIN-aanbieder behoren. Daardoor is de zorg buiten de woning niet of nauwelijks te organiseren voor een ZIN-aanbieder. Onderaannemerschap leidt bovendien tot teveel administratieve belasting.
- Zorg buiten de woning is niet noodzakelijkerwijs nodig op afroep, omdat er veelal iemand meegaat of wordt afgesproken op bepaalde tijd en/of plaats.<sup>7</sup>
- Zorg buiten de woning wordt thans veelal op basis van PGB verstrekt. Opname in een integraal pakket zal de kosten ervan (indien in ZIN verzilverd) onnodig doen stijgen.

Zie voor het geschetste probleem ook de alternatieve oplossingen in bijlage 1.

CVZ stelt dat bij de indicatiestelling de omvang van persoonlijke verzorging en verpleging kan worden vastgesteld, welke vervolgens kan worden opgehoogd met 20% voor de nodige hand- en spandiensten.<sup>8</sup> Fokus kan daarmee instemmen, met dien verstande dat op grond van een *hardheidsclausule* in een individueel geval een hogere toekenning mogelijk wordt. De onderzoeksresultaten waarnaar CVZ verwijst, laten zien dat de behoefte aan zorg tussen cliënten enorm verschilt. Evaluatie moet uitwijzen of deze 'ophoogregel' passend blijkt.

In par. 5.c. beoordeelt CVZ **de door de staatssecretaris voorgelegde scenario's**.

Fokus stemt met CVZ in dat de **scenario's B en C**, wegens de beschreven doorslaggevende redenen, niet voldoen.

Fokus is het niet met CVZ eens dat **scenario A**, dat nauw aansluit bij de huidige situatie, niet zou passen.

CVZ stelt vast dat dit scenario voor het onderdeel **Verpleging** tot een **dubbele verstrekking** kan leiden, hetgeen ondoelmatig is. CVZ beschrijft evenwel de dubbele verstrekking onjuist en komt wellicht daardoor tot genoemde conclusie.

<sup>7</sup>Voor cliënten met beademingsondersteuning geldt wel de noodzaak van zorg op afroep buiten de woning, waarvoor onlangs een voorziening voor het toezicht tijdens buitenactiviteiten aanvullend is geregeld.

<sup>8</sup>Verwijzend naar een NZa/KPMG-rapport dat op dit moment nog niet definitief is.



In dit scenario maakt van de aanspraak de zorg in en om de woning deel uit, niet de zorg buiten de woning. De zorg in en om de woning wordt geïndiceerd op basis van de aanspraak ADL, de zorg daarbuiten in de reguliere functies en klassen. Die scheiding is goed aan te brengen door de indicatiesteller en leidt dan ook niet tot dubbele verstrekking.

*Het probleem van de dubbele verstrekking ontstaat binnen de indicatie voor de verpleging in en om de woning. De toelichting op de tijdelijke aanspraak ADL-assistentie laat zien dat een deel van de verpleging onder de zorg op afroep in de woning valt, en dat een ander deel ervan door de cliënt (in natura of met een PGB) bij een andere aanbieder (veelal de thuiszorg/wijkverpleging of een zzp-verpleegkundige) wordt betrokken. Omdat het niet mogelijk bleek de indicatie van de verpleging in de woning te splitsen in deel dat in het ADL-pakket en het deel dat daarbuiten valt, is voor 2012 en 2013 besloten dat de verpleging in zijn geheel en naast de ADL-assistentie in de woning afzonderlijk in reguliere functie en klasse wordt geïndiceerd, als gevolg waarvan een dubbele verstrekking ontstaat voor alle cliënten die verpleging én van de ADL-aanbieder én van een andere aanbieder betrekken.*

*Verpleging is een onlosmakelijk deel<sup>9</sup> van de huidige ADL-assistentie in en om de woning en van de toekomstige nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep, omdat een deel van de verpleegkundige handelingen nauw samenhangt en verweven is met verzorgende handelingen.*

*In bijlage 2 is een lijst opgenomen van verpleegkundige handelingen die in ADL-clusters wordt geleverd. Daaruit wordt duidelijk dat veel van die handelingensamenhangen met 'toiletgang', waarbij tevens sprake is van verzorgende handelingen. Een splitsing van die handelingen is onlogisch en praktisch nauwelijks mogelijk, uit een oogpunt van effectiviteit en van doelmatigheid ongewenst en voor de cliënt onnodig belastend.*

*Eenzelfde onmogelijkheid geldt voor de assistentie bij beademingsondersteuning, die onmogelijk door derden kan worden geleverd gelet op de benodigde responstijden en omdat ook deze handelingen voor het overgrote deel samenhangen en verweven zijn met persoonlijke verzorging (een jas aan of uitdoen of het douchen, raakt onmiddellijk ook de beademingsondersteuning). Zónder deze verpleegkundige handelingen in de nieuwe aanspraak vervalt de samenhang in het pakket alsnog!*

*Voor ándere verpleegkundige handelingen wenst de cliënt een beroep te doen op daarvoor gekwalificeerde verpleegkundigen, waarover de aanbieder van 24 uurszorg op afroep nietbeschikt, omdat deze handelingen te weinig voorkomen om specialistische kennis te verwerven.<sup>10</sup>*

*Tegen die achtergrond is het nodig dat een oplossing wordt gevonden die voorkomt dat de aanbieder van 24 uurszorg op afroep geen delen van de verpleging meer kan bieden of cliënten 'gedwongen' zouden raken te kiezen voor een PGB-variant, terwijl zij dat niet wensen.*

Als gevolg van de brief van de staatssecretaris van 3 oktober 2012 aan CVZ<sup>11</sup>, is voor cliënten met beademingsondersteuning, die *24 uren toezicht nodig hebben buiten de woning* een voorziening getroffen binnen de AWBZ. Of de assistentie buiten de woning nu in of afzonderlijk van de nieuwe aanspraak wordt gerealiseerd, het blijft nodig deze voorziening op enigerlei wijze ook voor de toekomst te borgen, omdat de indicatiestelling voor de aanspraak 24uurszorg op afroep dan wel de indicatiestelling in functies en klassen zich beperkt tot de netto zorgtijd voor de geïndiceerde handelingen en geen rekening houdt met de noodzaak van permanent toezicht.

### **Conclusie nieuwe aanspraak 24 uurszorg op afroep**

CVZ concludeert (in par. 5.f) tot een integraal pakket van 24-uurszorg op afroep in en om de woning, waardoor de samenhang op termijn is gegarandeerd, dat onder één verantwoordelijkheid een regie geboden moet worden en dat integrale levering van zorg daarom noodzakelijk is. CVZ stelt dat de totale zorg in samenhang is te garanderen als ook de zorg buiten de woning in dat ene pakket wordt gedefinieerd.

Fokus heeft, evenals de staatssecretaris<sup>12</sup> en de Cliëntenraad Fokus, sterke voorkeur voor een aanspraak waarvan de zorg buiten de woning geen deel uitmaakt, deels vanwege praktische bezwaren, maar vooral vanwege het feit dat voor de uitgebreide variant het draagvlak onder de cliënten ontbreekt en de variant voor spanningen zou zorgen tussen cliënten en aanbieder.

<sup>9</sup> Al sinds de eerste uitvoering van ADL-assistentie in ADL-clusters.

<sup>10</sup> Zie ook brief staatssecretaris aan CVZ d.d. 3 oktober 2012, p.6 onder A.

<sup>11</sup> Genoemde brief, p.4, punt 3 en zie ook de meest recente voortgangsrapportage AWBZ van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer.

<sup>12</sup> Brief staatssecretaris aan CVZ d.d. 3 oktober 2012, p.4, punt 2 en p.8 onder E.

Fokus adviseert (zie ook bijlage 1) een variant te kiezen die de wens gegarandeerde samenhang te realiseren en de wens van cliënten de zorg binnen de woning te (onder)scheiden van die buiten woning.

Fokus adviseert de nieuwe aanspraak uitsluitend te doen uitvoeren in de ZIN-variant. Ook de staatssecretaris stuurt daar in de brief van 3 oktober aan CVZ op aan.

In bijlage 3 enige opmerkingen over de *financiële paragraaf*.

## **6 Integraal pakket persoonlijke assistentie**

Hoofdstuk 6 van het CVZ-rapport bespreekt de introductie van een nieuwe aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie voor cliënten met thuisbeademing, waarbij sprake is van *een zeer korte responstijd* en die in beginsel zijn aangewezen op *24-uurs toezicht* en die vrijwel 24 uur per dag assistentie nodig hebben.

Als onderscheidend ten opzichte van de 24-uurszorg op afroep geldt de kortere responstijd (par. 6.b.). Fokus adviseert dat onderscheid duidelijk te omschrijven. In de 24-uurszorg op afroep is een responsetijd van 3 tot 5 minuten de eis. Voor de nieuwe aanspraak zou dan een responstijd van *minder dan 5 minuten* moeten gelden, als voorwaarde om voor deze nieuwe aanspraak in aanmerking te komen. Die responstijd kan door het CTB worden vastgesteld.

Als voorwaarden stelt CVZ (par. 6.c.1):

- De voorwaarden zoals die gelden voor de aanspraak 24 uurszorg op afroep;
- Het gaat om een verzekerde met chronische beademingsondersteuning;
- Met een zeer korte responsetijd;
- De cliënt heeft vrijwel 24 uur per dag assistentie nodig;
- Een zwaarwegend advies van het CTB;
- Thuiszorg of 24uurszorg op afroep compenseren de beperkingen van de verzekerde niet voldoende.

Het integrale pakket omvat volgens CVZ (par. 6.c) alle (huidige) AWBZ-zorg (persoonlijke verzorging verpleging en hand en spandiensten, begeleiding) en de huishoudelijke zorg. Door het pakket als AWBZ-aanspraak te formuleren is de integraliteit ervan ook op termijn te garanderen. Dat is een goede oplossing.

De aannahme dat realisatie van het pakket slechts in PGB-vorm valt te realiseren, is nietvoldoende onderbouwd. Niet valt in te zien dat natura-aanbieders dit pakket niet tot tevredenheid van de cliënt zal kunnen uitvoeren.

Fokus adviseert het hier bedoelde pakket *ook in ZIN-vorm* aan te bieden, waardoor ook cliënten die nu in een ADL-clusterwoning wonen, in overleg met de aanbieder van de ADL-zorg tot een arrangement kan komen van 24uurszorg in de nabijheid.

Er zal een intensieve actie moeten worden ontwikkeld voor het *verkrijgen van adequaat aangepaste woningen* voor cliënten die thans gebruik maken van ADL-assistentie in ADL-clusters en per 1-1-2014 voor de nieuwe aanspraak integraal pakket persoonlijke assistentie worden geïndiceerd en om die reden hun ADL-clusterwoning zullen verlaten. Fokus bepleit daartoe een overgangsregeling en een krachtige aanpak om te voorkomen dat cliënten en aanbieders daarin stranden.

## **7 Overige opmerkingen**

### **- Benaming van de aanspraak**

Fokus stelt als benaming van de nieuwe aanspraak voor: '*Aanspraak samenhangende 24-uurs ADL-assistentie op afroep en aanwijzing van de verzekerde/cliënt, inclusief alarmopvolging*'.

In die benaming komt tot uitdrukking dat het om een samenhangend zorgpakket gaat, dat 24 uur per dag oproepbaar is, wordt aangestuurd door de cliënt en waarin de alarmopvolging is opgenomen. Daarmee wordt helder onderscheiden van de traditionele functies in de AWBZ. Bovendien wordt met 'assistentie' uitdrukking gegeven aan de regierol van de cliënt.

- **De indicatie-trap**

In het CVZ-rapport is een indicatietrap verwerkt:

- Als de beperkingen van de verzekerde door *regulier thuiszorg* onvoldoende kan worden gecompenseerd, kan, als aan de overige voorwaarden wordt voldaan, de *aanspraak 24uurszorg op afroep zijn* geïndiceerd;
- Als voor verzekerden met chronische beademingsondersteuning thuiszorg of 24-uurszorg op afroep geen adequate oplossing biedt, kan de nieuwe *aanspraak integraal pakket persoonlijke assistentie* een oplossing zijn. De responstijd waar de verzekerde op is aangewezen, bepaalt welke mogelijkheid de meest adequate zorg biedt.

Uit de brief van de staatssecretaris van 3 oktober 2012 aan CVZ blijkt dat 24-uurszorg of het integrale pakket persoonlijke assistentie op expliciet verzoek van de cliënt wordt geïndiceerd (opting in).

Fokus acht die indicatietrap logisch.

Naar verwachting geldt ook hier dat allereerst wordt nagegaan of ZIN-aanbod gerealiseerd kan worden en zo niet, de keuze voor PGB open staat.

- **Indicatieklassen**

Fokus adviseert voor de aanspraak op 24-uurszorg in de woning de volgende indicatieklassen:

- Tot tien uur per week
- Van 10 tot 20 uur per week
- Van 20 tot 30 uur per week
- Van 30 tot 40 uur per week
- 40 uur en meer

In de huidige aanspraak is geregeld dat de indicatie niet de omvang van de individuele aanspraak vastlegt. Reden daartoe was de gerechtvaardigde stelling dat de doelgroep niet geneigd is méér zorg te vragen dan nodig is en daardoor: niet meer dan geïndiceerd is. Fokus vond dat een charmante en doeltreffende oplossing en bepleit die oplossing ook voor de nieuwe aanspraak te kiezen, indien deze in natura wordt verzilverd.

De vraag van cliënten wisselt door seizoens- en wisselende gezondheidsinvloeden (bijvoorbeeld hevige korte ziekte thuis), waardoor risico's ontstaan dat de actuele indicatie wordt overschreden. Dergelijke invloeden middelen zich over een jaar gemeten over het algemeen wel uit, doch leveren registratieproblemen op.

- **Overgangsregeling**

Op diverse plaatsen in het CVZ-rapport is sprake van overgangsregeling. De staatssecretaris heeft eerder toegezegd dat er geen risico's mogen ontstaan voor de continuïteit van dienstverlening voor de huidige cliënten van het ADL-clusterwonen. Uit de brief van de staatssecretaris van 3 oktober 2012 aan CVZ blijkt dat cliënten *recht houden op 24uurszorg op afroep zolang zij in hun ADL-clusterwoning blijven wonen, ook als zij volgens de nieuwe voorwaarden daarvoor niet meer in aanmerking zouden komen*. Fokus is blij met die toezegging, die gelet op de aard en impact ervan, logischerwijze niet kan gelden voor *cliënten die niet meer voldoende sociaal zelfredzaam raken en niet meer in staat zijn de eigen regie te voeren*. Fokus verzoekt in de formulering van de overgangsregeling daarmee rekening te houden.

Fokus meent dat ook voor de huidige aanbieders van ADL-assistentie in ADL-clusters een overgangsregeling nodig is. Overgangsregeling is nodig omdat niet alle regelingen en administratieve procedurestijdig op orde kunnen zijn en bijvoorbeeld niet al reeds voor 2014 regionaal gecontracteerd kan worden, temeer daar de contractering volgens de staatssecretaris moet samenhangen met de volumina, zoals die uit indicatiestelling blijken. Die volumina zijn thans onbekend en afhankelijk van nadere regelgeving. Fokus bepleit een overgangsregeling waarin zij voor een aantal jaren het ZIN-aanbod bij één zorgkantoor kan inkopen..

Wordt besloten tot een aanspraak waarin zorg in/om de woning wordt gecombineerd met die buiten de woning, dan is tijd nodig voor cliënten en aanbieders om afspraken te maken of aan te passen en de uitvoering te organiseren. Dat kan niet al per 1-1-2014 gereed zijn.

De lopende overeenkomsten tussen cliënten en aanbieders in ADL-clusters (en de betrokken woningcorporaties) moeten, met het oog op de continuïteit van de exploitatie van de 24uurszorg op afroep in de ADL-clusters worden geëerbiedigd (zie ook de brief van staatssecretaris aan de Tweede

Kamer d.d. 5 juni 2012). Daarmee worden de rechten van huidige cliënten gewaarborgd. Het zou onaanvaardbaar zijn alstevolge van nieuwe regelgeving de met omvangrijke overheidssubsidies gebouwde clusters/clusterwoningen onbedoeld hun doel en doelbestemming zouden verliezen, waardoor de cliënten die van die voorziening gebruik willen blijven maken, deze zouden verliezen, investeringen verloren zouden gaan en het aanbod van 24uurszorg op afroep zou afnemen.

Indien cliënten per 1-1-2014 over een passende indicatie moeten beschikken zal de indicatie in de loop van 2013 voor ruim 1.350 cliënten opnieuw moeten worden gesteld indien deze –zoals de staatssecretaris wenst– in een klasse-indeling moet worden opgesteld. Indien de aanspraak beperkt blijkt tot 24-uurszorg op afroep in en om de woning zou ook kunnen worden besloten tot een ambtshalve omzetting, waarmee de administratieve lasten aanzienlijk worden teruggebracht.

Fokus vraagt aandacht voor de door de staatssecretaris gevraagde ‘eenvoudige uitvoering’ voor cliënt, zorgaanbieders, zorgverzekeraar en CIZ.

- ***Bekostiging collectieve voorzieningen***

Voor het kunnen uitvoeren van de aanspraak 24uurszorg op afroep is naast een adequaat aangepaste woning een infrastructuur nodig, zoals een functioneel en betrouwbaar alarm-intercomsysteem en een uitvalsbasis voor personeel op korte afstand van de woning. Fokus vraagt aandacht voor de financiering van deze elementen, die tot 2009 uit specifieke subsidieparagrafen werden bekostigd en sindsdien slechts deels en deels inadequaats zijn opgenomen in het uurtarief ADL-assistentie.

**8 Ten slotte**

Fokus verzoekt het CVZ bij de vaststelling van de definitieve uitvoeringstoets rekening te houden met de hier gemaakte opmerkingen.

Fokus  
mr. O. Jongsma  
voorzitter raad van bestuur

Groningen, 10 maart 2013

bijlagen: 3

## Bijlage 1

### A Voorwaarden om in aanmerking te komen voor de aanspraak 24-uurszorg op afroep

- De verzekerde moet ernstige lichamelijke beperkingen hebben die langdurig moeten worden gecompenseerd. Of de verzekerde hieraan voldoet moet aan de hand van een individuele beoordeling worden vastgesteld. Daarbij is het advies van de behandelaar zwaarwegend. Ook een (onafhankelijke) revalidatiearts kan bij de beoordeling een rol spelen.
- De verzekerde moet voldoende sociaal zelfredzaam zijn om de regie over zijn eigen leven te kunnen voeren. Er moet sprake zijn van een zodanige persoonlijke onafhankelijkheid (*Fokus stelt voor te laten vervallen*: en sociale verantwoordelijkheid) dat de verzekerde inzicht heeft in zijn zorgvraag, adequaat zorg kan oproepen en aansturen. Hij is in staat om met de nodige praktische ondersteuning in de vorm van hand- en spandiensten, zelfstandig een huishouding te voeren. (*Fokus stelt voor toe te voegen: en de eigen regie kan voeren*). De verzekerde mag niet aangewezen zijn op begeleiding voor het bieden van structuur op het voeren van de regie.
- De verzekerden moet zijn aangewezen op samenhangende individuele persoonlijke zorg waarvan een substantieel deel op afroep. Reguliere thuiszorg biedt geen adequaat alternatief voor de verzekerde.
- De verzekerde moet minimaal 18 jaar oud zijn (*Fokus stelt voor toe te voegen: behoudens een hardheidsclausule*). (*Fokus stelt voor de volgende zin te laten vervallen, omdat deze geen voorwaarde bevat*). Op grond van de door het indicatieorgaan vastgestelde beperkingen en geobjectiveerde zorgbehoefte van de verzekerde is voldoende duidelijk te maken wanneer deze is aangewezen op 24-uurszorg op afroep en wanneer op reguliere ouderenzorg.
- *Fokus stelt voor op te nemen: de verzekerde beschikt over een adequaat aangepaste woning waar de 24-uurszorg op afroep daadwerkelijk kan worden geleverd en de beoogde sociale zelfredzaamheid kan worden gerealiseerd: de verzekerde beschikt tevens over oproep- en alarmeringsapparatuur, waarmee een zorgverlener gedurende 24 uur per dag kan worden opgeroepen en alarm kan worden geslagen*.
- *Fokus stelt voor op te nemen: er is in de (beoogde) woning aantoonbaar structureel aanbod van 24uurszorg op afroep aanwezig*

### B Inhoud van de aanspraak

Fokus stelt voor in de formulering van de aanspraak op te nemen:

- *Het samenhangende pakket 24uurszorg op afroep bestaat uit: persoonlijke verzorging, verpleging en hand en spandiensten op afroep, waarbij de responstijd over het algemeen binnen 15 minuten is, alsmede alarmopvolging in geval acute zorg nodig is of in noodsituaties, waarbij de responsetijd maximaal 3-5 minuten bedraagt.*

### C Alternatieven voor het voorgestelde integrale pakket

- Aanspraak voor integraal pakket in/om de woning en buiten de woning. Het indicatieorgaan splitst de indicatie in (a) in/om en (b) daarbuiten. Cliënt maakt vervolgens een keus voor verzilvering van a en b *afzonderlijk, in ZIN of PGB*.
- Aanspraak voor integraal pakket in/om de woning en buiten de woning. Het indicatieorgaan splitst de indicatie in (a) in/om en (b) daarbuiten. De ZIN-aanbieder is bevoegd ter omvang van de geïndiceerde zorg buiten de woning *vouchers* aan de cliënt te verstrekken, waarmee deze zelf de zorg buiten de woning organiseert en bij aanbieder declareert. Niet de aanbieder maar de cliënt is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg buiten de woning. De aanbieder is verantwoordelijk voor de financiële afwikkeling.
- Aanspraak is beperkt tot zorg in en om de woning (in natura). Zorg buiten de woning wordt geïndiceerd in functies en klassen ten laste van de kern-AWBZ (naar keus in natura of in PGB). (is het door de staatssecretaris genoemde scenario A).
- Idem: de zorg buiten de woning wordt geïndiceerd ten laste van Wmo en Zvw (indien voorgaande alternatief niet haalbaar blijkt).
- In alle varianten is denkbaar dat voor het probleem van de dubbele verstrekking van Verpleging ook de oplossing met vouchers wordt gekozen.

## *Bijlage 2*

**Verpleegkundige handelingen** zoals uitgevoerd binnen het huidige ADL-concept, passend binnen de huidige aanspraak ADL-assistentie (art. 34 Bza) en onlosmakelijk verbonden met de overige ADL-assistentie

- klysma's
- manueel verwijderen van faeces
- inbrengen rectumcanule
- darmspoelen
- katheteriseren (eenmalig)
- prikpen medicatietoediening
- pegsonde
- alle beademingshandelingen waaronder voorbehouden handelingen
- compressief zwachtelen

**Algemene opmerking**

- In de berekeningen worden uiteindelijk per variant de totale kosten berekend. Daarmee is evenwel geen inzicht verkregen in de hogere kosten van de uitvoering van enige variant ten opzichte van de huidige kosten. In de berekeningen is immers geen rekening gehouden met (de kosten van) de huidige zorgconsumptie van de beoogde nieuwe (potentiële) cliënten. Evenmin is gerekend in ZIN- en PGB varianten, waarbij de PGB tarieven afwijken van de ZIN-tarieven.

**Naar aanleiding van 'Financiële toelichting 24uurszorg op afroep' (bijlage 4 CVZ-rapport)**

- In de berekening van Scenario A wordt gerekend met een gemiddeld aantal uren dat is geciteerd uit een rapport. In dat rapport is het gemiddelde aantal uren per cliënt per week berekend uit een steekproef en bedraagt 15,3. Het gaat hier om netto-uren. Voor een juiste kostenberekening is nodig dat, in geval met het huidige uurtarief (€ 60,70) wordt vermenigvuldigd, dit urental wordt omgerekend naar bruto gedeclareerde uren waarin looptijden en afrondingen zijn opgenomen. Het huidige uurtarief is gebaseerd op genoemde declaratiewijze. Wordt met netto-uren gerekend dan moet als kostprijs/uurtarief de in hetzelfde rapport berekende normatieve kostprijs worden genomen: € 75,30 worden gehanteerd.<sup>13</sup> Hanteert men de juiste koppels dan zullen de *totale kosten voor de huidige cliënten ongeveer € 81 miljoen bedragen*, dat is het huidige macrobudget ADL-assistentie voor ongeveer 1.300 cliënten (*is per cliënt ± € 62.500*). Fokus verzoekt de berekeningen daarop te corrigeren.
- In de berekening wordt uitgegaan van ruim 6.000 potentiële cliënten. Dat aantal komt Fokus als hoog voor. De vraag is of hier de juiste data zijn gebruikt (is getoetst of het hier gaat om sociaal zelfredzame personen b.v.).
- De verruiming die de nieuwe aanspraak biedt leidt tot forse meerkosten.
- In de berekening van de kosten van verpleging is uitgegaan van 3,9 uur per week per cliënt. Niet duidelijk is of dat aantal uren realistisch is voor de verpleging die ADL-cliënten thans in en om de woning en daarbuiten benutten.
- Bij de berekening van scenario C moet worden bedacht dat voor de zorg buiten de woning gehanteerde tarieven natura-tarieven zijn, terwijl thans veel in PGB wordt verzilverd. De meerkosten van een integraal pakket zijn dan ook aanzienlijk.

**Naar aanleiding van 'Financiële toelichting voor integraal pakket persoonlijke assistentie' (bijlage 5 CVZ-rapport)**

- De hier berekende kosten per cliënt per jaar leiden tot beschikbare bedragen per uur, die de vraag oproepen of daarmee verantwoord, veilig en met aanvaardbare arbeidsvoorwaarden 24 uur per etmaal in aanwezige assistentie kan worden voorzien.
- Het is verwonderlijk dat er onderscheid is tussen invasieve en non-invasieve cliënten omdat, gelet op de noodzaak (voorwaarde) te voorzien in 24uurs aanwezigheid van een assistent die direct kan ingrijpen, de te realiseren zorgprestatie voor beide cliënten gelijk is en m.m. ook hetzelfde zal kosten.

Al met al ontstaat geen inzicht in de naar verwachting aanmerkelijke meerkosten ten opzichte van de huidige situatie.

---

<sup>13</sup>Zie ook de verantwoording in dat rapport.

College voor zorgverzekeringen  
T.a.v.: Mevr. C. Nyst, afdeling zorgadvies (AWBZ)  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Uw kenmerk	Ons kenmerk	Datum
	4.9/130011.uit	10 maart 2013

Betreft: voorlopige reactie conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

Geachte mevrouw Nyst,

De cliëntenraad Fokus (CRF) heeft met belangstelling het conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie gelezen en geeft graag, gezien de korte reactietermijn, een **voorlopige** reactie op dit rapport. In maart/april 2013 staan cliëntbijeenkomsten gepland met cliënten van Fokus. Tijdens deze bijeenkomsten zal de CRF haar achterban raadplegen. Vooralsnog zal de CRF ingaan op het rapport. Zij heeft deze gelezen tegen de achtergrond van het huidige aanbod (het 'Fokusconcept') met als belangrijker pijlers; eigen regie, keuzevrijheid, recht op een gewoon leven en meedoen in de samenleving. We noemen puntsgewijs onze inzichten en standpunten.

### **Algemeen**

*In het huidige pakket heeft de cliënt de garantie op alarmopvolging binnen 3-5 minuten. Dit is essentieel om zelfstandig in een woning te kunnen wonen, gelet op de ernstige fysieke beperkingen van de doelgroep. Wij adviseren met klem deze garantie als advies mee te nemen in de aanspraak op 24-uurszorg op afroep.*

### **3. De doelgroep (pagina 7 e.v.)**

De CRF kan zich vinden in de uitgangspunten om in aanmerking te komen voor de aanspraak op ADL-assistentie en het vervolg hierop, de 24-uurszorg op afroep;

- Het moet gaan om verzekerden met een zwaar lichamelijke beperking die geen cognitieve beperkingen mogen hebben.

#### *Standpunt CRF:*

*De grondslag om aanspraak te kunnen maken op de 24-uurs zorg ligt in het recht<sup>1</sup> dat mensen met een ernstige lichamelijke beperking in staat worden gesteld om zelfstandig te kunnen wonen. De assistentie wordt op afroep ingeroepen op basis van disfunctioneren van het eigen lichaam en daaruit voortvloeiend de meest basale menselijke lichamelijke behoefte zoals toiletgang, ademhaling, kleden, wassen en voeding. De vraag tot assistentie wordt dus gestuurd door onplanbare lichamelijke behoeften. (bijvoorbeeld, ik voel aandrang tot ontlasting, ik wil naar het toilet of ik heb het koud en wil graag extra kleding aan).*

*Om in aanmerking te komen voor deze vorm van wonen met assistentie dient verzekerde voldoende sociaal zelfredzaam te zijn en haar/zijn eigen regie te kunnen voeren. Het kan zijn dat iemand met enige praktische ondersteuning toch de regie kan voeren over zijn/haar leven. In het ondersteunen lijkt het gevaar tot overnemen van de regie te bestaan. Daarmee is het tegenstrijdig met de eis dat de verzekerde voldoende zelfredzaam dient te zijn en niet aangewezen op begeleiding bij het aanbrengen van structuur of het voeren van regie. Het hebben van een lichte cognitieve beperking zoals CVZ stelt in paragraaf 3.a.2. acht de CRF daarom niet wenselijk. Ondersteuning van zelfredzaamheid moet geen deel uitmaken van de AWBZ-aanspraak.*

---

<sup>1</sup> VN-verdrag voor rechten van mensen met een beperking is in 2007 door Nederland ondertekent waarmee een intentie is afgegeven om dit verdrag in de toekomst te bekrachtigen. Dit verdrag behelst dat mensen met een beperking recht hebben op een goed leven en gewoon meedoen.



*De consultatie van een behandelend (revalidatie)arts is ons inziens niet wenselijk en mag zeker niet tot extra kosten leiden voor betrokkene. We achten het indicatieorgaan in staat (eventueel op basis van en met toestemming van verzekerde om dossierstudie te verrichten) om te bepalen of verzekerde in aanmerking komt voor 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging.*

- De verzekerde moet zijn aangewezen op minimaal 10 uur individuele persoonlijke zorg per week.

*Standpunt CRF:*

*De CRF onderschrijft het standpunt dat soms niet de omvang in uren maar de responstijd van een oproep tot assistentie een primaire reden is om zorg op afroep te indiceren. De raad is dan ook blij met de constatering dat er geen ondergrens van minimale uren zorg behoeft te zijn zoals door CVZ geconstateerd in paragraaf 3.c Minimale aantal uren individuele zorg.*

- De minimumleeftijd is 18 jaar.

In **paragraaf 3.d Leeftijdsgrenzen instroom** wordt gesproken over één van de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op ADL-assistentie is dat er sprake is van voldoende zelfredzaamheid en dat de verzekerde zelfstandig kan wonen.

*Standpunt CRF:*

*Binnen de huidige aanspraak tot ADL-assistentie worden een aantal voorwaarden gehanteerd, waaronder:*

*- de cliënt huurt zelf de woning van de eigenaar/woningbouwcorporatie.*

*- de cliënt voert zelf de regie over eigen leven en assistentieverlening.*

*Jonge kinderen kunnen niet aan deze voorwaarden voldoen. De CRF is van mening dat jongeren vanaf 16 of 17 jaar, die bijvoorbeeld willen gaan studeren, wel toegang zouden moeten hebben tot de aanspraak op ADL-assistentie, mits zij aan deze voorwaarden voldoen.*

*Volgens artikel 1:234 BW zijn minderjarigen handelingsbekwaam, mits zij met toestemming van hun wettelijke vertegenwoordiger handelen en voor zover de wet niet anders bepaalt. De toestemming wordt verondersteld te zijn verleend aan de minderjarige, indien het een rechtshandeling betreft ten aanzien waarvan in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk is dat minderjarigen van zijn leeftijd deze zelfstandig verrichten. Via de kantonrechter kan een zestien- of zeventienjarige verzoeken de bevoegdheid tot het verrichten van rechtshandelingen van meerderjarigen te verkrijgen. De zogenoemde handlichting (zie artikel 1:235 BW)*

*De CRF is dan ook van mening dat 16 of 17 jarigen aan wie 'handlichting' is verleend en die voldoen aan bovengenoemde voorwaarden aanspraak moet kunnen maken op 24-uurszorg op afroep.*

In paragraaf **3.e.conclusie doelgroep, pagina 12** benoemt CVZ de voorwaarden tot aanspraak op een nog nader te bepalen vorm van 24-uurszorg op afroep.

“De verzekerde moet voldoende sociaal zelfredzaam zijn om de regie over zijn eigen leven te kunnen voeren. Er moet sprake zijn van een zodanige persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid dat de verzekerde inzicht heeft in zijn zorgvraag, adequaat zorg kan oproepen en aansturen. Hij is in staat om met de nodige praktische ondersteuning in de vorm van hand- en spandiensten, zelfstandig een huishouden te voeren. De verzekerde mag niet zijn aangewezen op begeleiding voor het bieden van structuur of het voeren van de regie.”

*De CRF is van mening dat de sociale verantwoordelijkheid niet past binnen dit advies. Zij leest in deze term ‘oog hebben voor het welzijn van de maatschappij’. Ieder burger dient zich te houden aan de maatschappelijke fatsoensnormen. Het ligt dan ook niet voor de hand deze verantwoordelijkheid te benoemen in dit rapport.*

Op pagina 12 constateert het CVZ verder “Zoals de staatssecretaris in de brief van 3 oktober 2012 aangeeft, voldoen mogelijk niet alle huidige bewoners van een ADL-clusterwoning aan de voorwaarden die gesteld gaan worden om aanspraak te kunnen maken op een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep. De brief impliceert echter dat er een overgangsregeling wordt getroffen voor verzekerden die op 1 januari 2014 al in een ADL-cluster wonen en die niet (meer) aan alle voorwaarden voldoen.”

*De CRF leest in de brief van 3 oktober 2012, pagina 2; “De bewoners van ADL-clusters hebben de afgelopen jaren onzekerheid ervaren over de situatie per 1 januari 2012. Van belang is dat voor de huidige bewoners geen onnodige risico’s ontstaan voor de continuïteit van dienstverlening. Verder op pagina 4: “ Mogelijk voldoen niet alle huidige bewoners van een ADL-woning aan de nieuwe voorwaarden. Zolang zij woonachtig zijn in die woning behouden zij op basis van overgangsrecht ook na 1-1-2014 aanspraak op 24 uurszorg op afroep.” De CRF is blij met deze afspraak.*

In **hoofdstuk 4. Algemene uitvoeringsaspecten** worden door CVZ een aantal AWBZ-brede uitvoeringsaspecten genoemd die ook moeten gelden voor 24-uurszorg op afroep. De CRF geeft graag haar inzichten op de diverse aspecten.

#### 4.a.1. Doelmatigheid in de AWBZ (pagina 14) Samenvallende activiteiten

##### *Standpunt CRF:*

Het doelmatig inzetten van samenvallende activiteiten mag dan als 'doelmatig' worden bestempeld binnen de AWBZ maar het gaat voorbij aan de intrinsieke menselijke vraag ten gevolge van een ernstige lichamelijke beperking. Het kan dan gaan om een assistentievraag die, gelet op de lichamelijke beperking en de fysieke belastbaarheid hierdoor, op papier logischerwijs kan volgen op bijvoorbeeld de eerste vraag "wassen" en de tweede vraag "aankleden" maar gezien de energie van de verzekerde uitgesteld dient te worden tot een later tijdstip om een niet al te grote belasting op te leveren, als dat blijkt uit de individuele beoordeling.

##### **Planbaarheid**

##### *Standpunt CRF:*

De planbaarheid gaat in op de vraag op welk tijdstip de zorg, vanuit de gedachte van efficiëntie, geboden kan worden. De CRF is van mening dat de verzekerde zelf moet kunnen blijven bepalen of de zorgvraag planbaar kan. Mede gelet op het standpunt omtrent samenvallende activiteiten adviseert de raad het CVZ oog te hebben voor de energetische belasting van specifieke handelingen die logischerwijs op elkaar kunnen volgen maar gelet op de ernstige fysieke beperking uitgesteld dienen te worden. Bij het vaststellen hiervan kan, indien het indicatieorgaan dit niet kan, gebruik worden gemaakt van consultatie van een (revalidatie)arts, welke zeker niet tot extra kosten mag leiden voor verzekerde.

In paragraaf 4.c. **Zorg in Natura (ZIN) of persoonsgebonden budget (PGB)** gaat het CVZ in op de deelbaarheid van functies, pagina 18.

**Totaalpakket** Als ook de zorg buiten de woning onderdeel is van het integrale pakket, zoals het CVZ voorstelt in hoofdstuk 5, ontstaat mogelijk een probleem voor de verzekerde die de zorg buiten de woning bij een andere zorgaanbieder wenst af te nemen of met een PGB zelf wenst in te kopen. Veel huidige bewoners hebben de voorkeur om alle verpleging waar zij op zijn aangewezen zelf in te kunnen kopen met een PGB.

##### **Deelbaarheid van functies**

In 2010 heeft het CVZ een uitvoeringstoets gedaan waarin het de (on)mogelijkheden van de deelbaarheid van functies heeft onderzocht. Uit dit onderzoek is gebleken dat een keuze voor meerdere leveringsvormen binnen een functie tot een toename van de uitvoeringslast bij de zorgkantoren en het indicatieorgaan leidt. Bovendien is dit alleen mogelijk als er aanpassingen in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) en in de PGB-regeling plaatsvinden.

##### *Standpunt CRF:*

De CRF is voor keuzevrijheid en eigen regie. Een integraal pakket voor alle zorg ziet zij dan ook niet als wenselijk. De aanspraak tot 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging moet zich beperken tot in/om de woning. De indicatiestelling kan op handeling binnen de woning en binnen het aanbod van de zorgaanbieder worden gedaan, de zogenoemde prestatiebeschrijving voor 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging. Buiten de woning kan de verzekerde aanspraak maken op verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding individueel. Hierbij moet worden opgemerkt dat verpleegtechnische handelingen omtrent beademingzorg en/of die handelingen die binnen het huidige ADL-pakket vallen gelet op de deskundigheid en de samenvallende zorgtaken (bijv. kleden, aan- loskoppelen beademing/ kleden, wondverzorging toiletgang/klyasma geven) binnen het pakket 24-uurszorg op afroep moeten blijven vallen zodat de eigen regie en keuzevrijheid blijft gewaarborgd. Dat deze vorm tot een uitvoeringslast leidt bij zorgkantoren en indicatieorgaan doet niets af aan het feit dat de wens, zowel bij de Kamer en de achtereenvolgende staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, als wel bij de cliëntenraad Fokus, bestaat dat mensen met een ernstige lichamelijke beperking recht hebben op een goed leven en gewoon meedoen.

CVZ geeft in **hoofdstuk 5. Nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep**, pagina 21, een aanvullend advies op de drie door de staatssecretaris voorgelegde scenario's, te weten;

- een met de huidige ADL-assistentie vergelijkbare variant;
- een extramuraal zorgpakket op basis van clientprofielen;
- een toeslag voor hand- en spandiensten

In **5.a. Inleiding** geeft CVZ een weergave van dit aanvullend advies: "De beoogde doelgroep voor een nieuwe aanspraak op 24- uurszorg op afroep bestaat uit verzekerden met ernstige lichamelijke beperkingen, die aangewezen zijn op samenhangende individuele persoonlijke zorg, waarvan een substantieel deel op afroep geleverd moet kunnen worden (zie hoofdstuk 3). Het ene zorgonderdeel kan niet zonder het andere. Zo zijn de hand- en spandiensten niet volledig te scheiden van de persoonlijke verzorging en verpleging waarop de verzekerde is aangewezen. Het gaat om situaties die langdurig zijn en waarbij 24 uur per dag zorg nodig is die onder een verantwoordelijkheid en regie geboden moet worden. Integrale levering van de zorg is daarom noodzakelijk om deze flexibel en op afroep te kunnen organiseren"

*Standpunt CRF:*

*De CRF erkent de noodzaak voor mensen die wegens hun ernstige fysieke beperking voortdurend aangewezen zijn op zorg te voorzien in een integrale levering van zorg om deze flexibel en op afroep en met alarmopvolging te kunnen organiseren. Zij is blij met het standpunt van CVZ dat deze ernstige fysieke beperking op basis van een individuele beoordeling gecompenseerd dient te worden. Daarom adviseert de CRF de aanspraak op 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging onder te brengen binnen de AWBZ-regelgeving teneinde zekerheid op adequate zorg op de lange termijn voor deze specifieke doelgroep te kunnen garanderen.*

**5.b.Integraal pakket van samenhangende zorg, pagina 22** gaat in op een integraal pakket van samenvallende zorg. "Dit pakket omvat alle extramurale AWBZ-zorg waar de verzekerde is op aangewezen: persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten.

Op dit moment is de ADL-assistentie beperkt tot zorg in en om de woning. Als wordt vastgehouden aan het onderscheid tussen zorg in en om de woning en zorg buiten de woning, moet de verzekerde op termijn de zorg buiten de woning alsnog vanuit andere domeinen (Wmo en Zvw) betrekken. Een mogelijke oplossing hiervoor is om de totale zorg als een pakket te definiëren.

**Voordelen** Dit voorkomt ook dat de verzekerde een nieuwe indicatie moet aanvragen bij een (tijdelijke) verschuiving in de verhouding van de zorg in en om de woning en de zorg die daarbuiten nodig is.

**Nadeel** Het kan wel een probleem opleveren als de verzekerde bijvoorbeeld de verpleging in de woning wil inkopen in natura en de verpleging buiten de woning via een PGB, zoals in paragraaf 4.c. toegelicht."

*Standpunt CRF:*

*De CRF is voor keuzevrijheid en eigen regie. Een integraal pakket van samenhangende zorg (alle huidige zorgfuncties, VP, PV, Hand- en spandiensten en Begeleiding Individueel) afnemen bij één zorgaanbieder ziet zij dan ook niet als de gewenste oplossing. Beter is om een pakketbeschrijving binnen de aanspraak 24-uurszorg op afroep op te nemen. Mede gelet op de deskundigheid van de zorgaanbieder en de keuzevrijheid van de verzekerde om zelf invulling te geven aan haar/zijn zorgvraag. De CRF ziet graag een beschrijving van PV, eenvoudige verpleegtechnische handelingen en hand- en spandiensten binnen de aanspraak op 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging. In de indicatie kan desgewenst VP, Begeleiding Individueel en PV worden opgenomen voor buiten de woning. Waarbij moet worden opgemerkt dat Verpleging ook in de woning kan worden ingezet door derden. Het door CVZ voorgestelde integrale pakket van samenhangende zorg noodzaakt de cliënt die zijn zorg buiten de woning apart en op een andere wijze wil regelen tot een onwenselijke onderhandelingspositie met de zorgaanbieder die als hoofdaannemer het totale pakket verzorgt.*

Hieronder zullen we kort ingaan op de beschreven scenario's:

**"5.c.1. Scenario A: ADL-assistentie Scenario A op pagina 23** sluit nauw aan bij de huidige, tijdelijke aanspraak en bestaat uit hulp bij de persoonlijke verzorging, verpleegtechnische handelingen en hand- en spandiensten in en om de woning. Deze zorg is alleen als zorg in natura te verzilveren. Voor AWBZ-zorg buiten de woning kan de verzekerde een aparte indicatie aanvragen, evenals voor zorg die niet onder de ADL-assistentie thuishoort (bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging). Ook kan de verzekerde een afzonderlijke indicatie krijgen voor alle verpleging.

**Dubbele verstrekking** In de AWBZ is het uitgangspunt dat een aanspraak op zorg alleen bestaat voor zover de verzekerde hier, gelet op zijn behoefte, redelijkerwijs op is aangewezen. Als een verzekerde naast de indicatie voor ADL-assistentie een aparte indicatie krijgt voor verpleging, waarbij geen rekening wordt gehouden met de plaats van levering (in en om of buiten de woning) leidt dit tot een dubbele verstrekking. Verpleging maakt immers ook onderdeel uit van de ADL-assistentie. Dit vindt het CVZ niet doelmatig"

*Standpunt CRF:*

*De CRF ziet graag het huidige aanbod van de ADL-assistentie met alarmopvolging in een nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging gecontinueerd. Zo is eigen regie en keuzevrijheid het meest gewaarborgd. Dat er naar mening van het CVZ een dubbele verstrekking optreedt ziet de raad anders. Immers, de verzekerde heeft haar subjectieve zorgvraag door het CIZ laten objectiveren, de aanspraak op 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging (en de eenvoudige verpleegtechnische handelingen zijn geborgd) is helder. Het recht op verpleging is vastgesteld. Daarmee is duidelijk welke zorg binnen/om de woning afgenomen kan worden en welke buiten de woning. De lijst van eenvoudige verpleegtechnische handelingen, zoals bekend bij Fokus, kan hiervoor als uitgangspunt dienen. De cliënt wordt onevenredig in haar keuzevrijheid en eigen regie getroffen indien ook verpleging bij één en dezelfde zorgaanbieder moet worden afgenomen. De CRF is dan ook voor keuze van de cliënt voor het indiceren van verpleging los van de 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging vanuit een PGB of ZIN. Zo is de cliënt in staat om zo veel mogelijk eigen regie te behouden.*

### **5.c.2. Scenario B: extramurale zorgpakketten**

Scenario B bestaat uit extramurale zorgpakketten (EZP's) die *alle* extramurale zorg omvatten waarop de verzekerde is aangewezen in en om zijn woning. De zorg is alleen in natura te verzilveren. De omvang van de aanspraak op een EZP moet worden vastgesteld op basis van een cliëntprofiel. Een EZP is te omschrijven als 'naar aard, inhoud en omvang bij een cliëntprofiel passende samenhangende zorg'. Om een EZP te kunnen formuleren, is het dus noodzakelijk om eerst cliëntprofielen vast te stellen. Ook voor de bekostiging zijn deze van belang, omdat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn beleidsregels hierop baseert. Een cliëntprofiel is "een profiel van zorgvragers met een vergelijkbare behoefte aan samenhangende zorg en met vergelijkbare beperkingen op dezelfde terreinen, bij wie de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard en inhoud overeenkomen." Zoals in paragraaf 3.a.1. vastgesteld, blijft een individuele beoordeling van de beperkingen van de verzekerde en de daaruit voortvloeiende geobjectiveerde zorgvraag ons inziens noodzakelijk. De groep verzekerden die op dit moment ADL-assistentie ontvangt is een heterogene groep met een varieteit aan (combinaties van) aandoeningen en beperkingen. Hierdoor is het lastig om voldoende passende cliëntprofielen vast te stellen.

*Standpunt CRF:*

*De CRF is het op dit punt eens met de mening en advies van het CVZ.*

### **5.c.3. Scenario C: opslag hand- en spandiensten(pagina 34)**

In dit scenario wordt een aanspraak geregeld voor hand- en spandiensten als onlosmakelijk onderdeel van de individuele persoonlijke zorg op afroep. Deze nieuwe aanspraak moet in de vorm van opslagen op de al bestaande extramurale zorgvormen (persoonlijke verzorging, verpleging) komen. Het doel van de nieuwe aanspraak is het waarborgen van de 24-uursdienstverlening in en om de woning. De aanspraak zou in natura maar ook met een PGB te verzilveren moeten zijn.

*Standpunt CRF:*

*De CRF ziet in dit scenario weinig garantie voor samenhangende zorg, gelet op het Regeerakkoord en acht dit onwenselijk voor het behouden van de eigen regie en keuze vrijheid. Daarbij is de keuze voor verzilveren van deze aanspraak middels een PGB niet wenselijk is. De PGB tarieven liggen lager dan de tarieven voor ZIN en lijkt daarmee niet afdoende om 24-uurs zorg op afroep met alarmopvolging te financieren.*

### **Samenvattend**

Kortom, de raad acht het van groot belang dat de eigen regie en keuzevrijheid blijft gewaarborgd in een verankerd recht op adequate zorg binnen de AWBZ-regelgeving. Dat mensen met een ernstige lichamelijke beperking welke voortdurend aangewezen zijn op assistentie zelfstandig in een woning kunnen wonen waar 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging is gegarandeerd. Dat zij recht hebben op een gewoon leven en meedoen in de samenleving. Zij zijn voldoende zelfredzaam om hun eigen zorgvraag aan te sturen en zelf hun keuzes te maken. Dat zij daar praktische ondersteuning bij nodig hebben is door een indicatie objectiveerbaar. Op medische grondslag en door een individuele beoordeling moet mogelijk gemaakt worden dat er (soms) ondoelmatig en inefficiënt zorg wordt ingezet. Niet omdat dit aangenamer is maar omdat het disfunctioneren van het lichaam en de daarmee samenhangende energetische belasting het medisch noodzakelijk is dat (op papier) logischerwijs samenvallende handelingen op een later tijdstip zal worden uitgevoerd.

Kwaliteit van leven sluit nauw aan bij een adequate aanspraak op 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging. We begrijpen dat kwaliteit van leven niet in geld is uit te drukken. Daarom blijven we onze inzichten op gewoon meedoen en een goed leven in relatie tot de aanspraak op 24-uurs zorg op afroep met alarmopvolging onder de aandacht brengen bij de politieke partijen. De scenario's zullen we tijdens de cliëntbijeenkomsten aan onze achterban voorleggen en berichten u definitief hierover nader .

Met vriendelijke groet,



Edwin Nagelsmith, voorzitter  
Cliëntenraad Fokus

## Reactie SWZ

Datum: 13 maart 2013

Betreft: reactie conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie.

Hallo Carin,

Zoals eerder in ons telefoongesprek aangegeven voorzie ik een behoorlijke consequentie van hetgeen nu in het rapport staat.

Er ontstaat naar mijn idee een aanspraak waarvan de omvang niet goed aan te geven is, zeker als deze ook nog middels een PGB te verzilveren is.

Ook het feit dat de koppeling met de ADL clusters losgelaten wordt is hier debet aan.

Ik zie ook niet zo goed wat het verschil is met de reguliere thuiszorg zoals het er nu staat.

Eigenlijk zijn het dan de hand en spandiensten die voor veel mensen nu ook toegankelijk worden.

In het verleden is de gezinsverzorging van een subsidie regeling naar de AWBZ gegaan. Er ontstond daardoor een aanspraak die naar mijn idee een van de belangrijke oorzaken is van de stijging van de kosten. Als we niet oppassen komt hier nu nog een schep bovenop. Dat in een tijd dat we juist de AWBZ terug willen brengen tot de kern.

Ik zie ook dat er geen bovengrens gehanteerd wordt. Het aantal mensen van boven de 65 jaar die met 24 uren zorg op afroep thuis wil blijven wonen kan/zal groot zijn. Een PGB schept voor hen ook veel mogelijkheden.

Naar mijn idee zou het goed zijn om eerst duidelijk te formuleren wat het doel is.

De clusters zijn opgezet om voor mensen met een grote beperking een zelfstandig bestaan in de samenleving mogelijk te maken. Het gaat dan om die groep die ook echt afhankelijk is van deze hulp op afroep en anders in een verblijfsvoorziening zouden moeten gaan wonen. Deze hulp moet snel geboden kunnen worden, dus geclusterd.

Dat we als de bomen tot in de hemel zouden groeien we dit heel veel mensen zouden gunnen, is naar mijn idee ook helder. Alleen groeien de bomen niet tot in de hemel en zijn we genooddaakt beperkte middelen adequaat in te zetten.

Ik ben een voorstander van een aanspraak op ADL-assistentie in een ADL-cluster. Door de koppeling aan de clusters houdt je de aanspraak beheersbaar.

Daarnaast nog een paar opmerkingen:

- De eigen bijdrage regeling kan gewoon van toepassing zijn. Die is voor alle zorg in de AWBZ van toepassing en in het kader van rechtsgelijkheid is dit passend.
- Er staat wel wat aangegeven waar een woning aan moet voldoen, maar dit is uiterst vaag. Hoe zit dit bijvoorbeeld bij een PGB?
- Er wordt wel ergens aangegeven dat de kosten extramuraal lager moeten zijn dan in een verblijfsvoorziening. Volgens mij is dit onvoldoende concreet uitgewerkt. Waar ligt het omslagpunt?
- Op pagina 10 wordt aangegeven dat de huidige bewoners in de clusters als uitgangspunt genomen zijn. Dit is naar mijn idee geen goed vertrekpunt. Er wonen nu ook mensen in de clusters waarvoor het oorspronkelijk niet bedoeld is en wat we ook niet zouden moeten willen.
- De gebruikelijke zorg wordt nu niet gehanteerd voor de bewoners in een ADL cluster. Vanuit rechtsgelijkheid zou dit wel zo moeten zijn.

Naar het stuk over de Integrale persoonlijke assistentie heb ik niet goed kunnen kijken. Ik heb ook geen ervaring met deze doelgroep.

Ik overweeg de mensen van VWS mijn reactie toch ook nog een keer toe te sturen. Onder druk wordt alles vloeibaar wordt wel gezegd. Dit is wat een afgezegde afspraak nog even mogelijk maakte.

Met vriendelijke groet,

Maria Roodenburg  
Manager Zorgzaken

**Stichting Wassenaarse Zorgverlening, SWZ**



College voor Zorgverzekeringen  
T.a.v. Mevrouw mr. M. van der Veen–Helder  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Oosterhout, 7 maart 2013

Kenmerk: DL-JV-070313

Betreft: uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

Geachte mevrouw Van der Veen,

Allereerst willen wij u danken voor de mogelijkheid om te reageren op de voorstellen van de uitvoeringstoets Alternatieven ADL-assistentie.

### **Uitgangspunten BTN**

De overheid heeft ingezet op extramuralisering van de zorg. Dit sluit aan op de visie van BTN om zoveel mogelijk cliënten in hun eigen omgeving ondersteuning te geven bij het organiseren van hun eigen leven. Zorgaanbieders gaan dit vormgeven door het bieden van integrale formele en informele zorg om de cliënten zoveel mogelijk te faciliteren bij het organiseren van hun leven in de eigen woonomgeving.

De overheid zet met de overgang van begeleiding en persoonlijke verzorging naar de Wmo een trend in dat zelf meer van cliënten verwacht wordt. De cliënt zal dan ook meer gebruik moeten gaan maken van informele netwerken om de ondersteuning te krijgen die ze nodig hebben. BTN is van mening dat deze trend ook meegenomen moet worden bij de vormgeving van de integrale zorg aan cliënten waar ADL-assistentie gegeven wordt.

### **Reactie op uitvoeringstoets**

BTN onderschrijft het uitgangspunt dat geïndiceerde zorg doelmatig en verantwoord geleverd moet worden. Dat dit betekent dat er (toelatings)criteria gesteld worden aan de doelgroep en de invulling van zorg en wonen is voor BTN een logisch gevolg.

De door u genoemde cumulatieve criteria worden door BTN onderschreven.

BTN is voorstander om de zorg zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de reguliere zorg. De indicatiestelling op basis van een individuele beoordeling waarbij eerst gekeken wordt of de cliënt reguliere thuiszorg kan ontvangen en daarna pas naar alternatieven zoals 24-uurszorg op afroep en integraal pakket sluit naar de mening van BTN aan bij het uitgangspunt om doelmatig en verantwoorde zorg te leveren.

BTN staat voor keuzevrijheid van de cliënt. Als dit betekent dat het aanpassen van de randvoorwaarden zoals het ontvangen van een PGB in plaats van Zorg in natura, hiervoor nodig is, moet dit naar de mening van BTN mogelijk gemaakt worden.



Zoals in de uitgangspunten van BTN al benoemd is, is BTN van mening dat cliënten die ADL-assistentie ontvangen, net zoals cliënten die dat voor reguliere zorg moeten gaan doen, eerst zelf in het informele netwerk moeten zoeken naar alternatieven voor formele zorg. Daarna kan pas een beroep op de formele zorg gedaan worden. Bij de samenstelling van het integrale pakket moet hier dan rekening mee worden gehouden.

### **Aandachtspunten**

Het scenario van het integrale pakket zorgt voor samenhangende zorg over de domeinen heen. Dit vraagt om goede coördinatie, afstemming en inkoopafspraken tussen de diverse inkoopende partijen. BTN vraagt hier extra aandacht voor.

Daarnaast vraagt BTN aandacht voor de voorgenomen overgang van begeleiding en persoonlijke verzorging naar de Wmo. BTN adviseert u geen aparte pakketten of alternatieven te ontwikkelen/organiseren die bij de werkelijke overgang naar gemeenten niet overgenomen gaan worden gezien de beleidsvrijheid van gemeenten.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Voor aanvullende informatie zijn we altijd tot een nadere toelichting bereid.

Met vriendelijke groet,  
namens BTN

J.C. Verschuren MBA  
Bestuurder



Brief mailen aan [cnyst@cvz.nl](mailto:cnyst@cvz.nl)

CVZ  
t.a.v. mevrouw drs. C.B.M. Nyst  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

**Onderwerp** reactie op concept-rapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

**datum**

8 maart 2013

Geachte mevrouw Nyst ,

**ons kenmerk**

GR/13u.0207

## Inleiding

**in behandeling bij**

drs. G. Rutten

Graag maken wij van de geboden gelegenheid gebruik om een reactie te geven op bovengenoemd rapport waarin u de voorwaarden bespreekt waaronder de aanspraak op 24-uurszorg op afroep met ingang van 1 januari 2014 structureel geregeld kan worden in de AWBZ. Tevens willen wij reageren op uw advies over een integraal pakket persoonlijke assistentie voor verzekerden met chronische beademing in de thuissituatie met een zeer korte responsetijd.

**doorkiesnummer**

(030) 27 39 483

**pagina**

1/2

## Regeling 24-uurszorg op afroep

Al eerder is door de staatssecretaris besloten om de 24-uurszorg op afroep in de AWBZ-regelgeving structureel onder te brengen in het kader van de beëindiging van de subsidieregeling voor ADL-assistentie. Nu is aan de orde de wijze waarop en de voorwaarden waaronder dat mogelijk is.

Om voor een nieuwe structurele aanspraak op 24-uurszorg op afroep in aanmerking te komen moet volgens het CVZ voldaan worden aan de volgende voorwaarden:

- een ernstige lichamelijke beperking;
- voldoende zelfredzaam om met praktische ondersteuning in de vorm van hand- en spandiensten een zelfstandig huishouden te voeren, de nodige zorg op te roepen en aan te sturen;
- aangewezen zijn op samenhangende individuele persoonlijke zorg, waarvan een substantieel deel op afroep;
- minimaal 18 jaar zijn.

Voorts geldt dat als reguliere thuiszorg geen adequaat alternatief biedt door het indicatieorgaan dat dan een indicatie kan worden gesteld voor deze 24-uurszorg op afroep.

Het CVZ pleit bij deze 24-uurszorg op afroep terecht voor een integraal pakket van samenhangende zorg dus alle extramurale AWBZ-zorg waarop verzekerde is aangewezen (persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten). Voorts geldt als voorwaarde dat men dient te beschikken over een aangepaste woning maar de eis dat de verzekerde in een bestaande ADL-clusterwoning moet wonen, vervalt.

Voor de instroom in deze regeling geldt geen bovengrens van 65 jaar (zoals in het verleden het geval was).

Ondanks deze verbreding stelt het CVZ dat een afbakening van de 24-uurszorg op afroep voor verzekerden met een ernstige lichamelijke beperking versus de reguliere ouderenzorg voldoende mogelijk is. ActiZ is van mening dat het openstellen van deze zorg voor verzekerden buiten de ADL-clusterwoningen zonder leeftijdsgrens wel eens kan leiden tot een groter beroep op deze aanspraak, zulks mede vanwege het integrale karakter van die zorg die in de reguliere extramurale ouderenzorg in de nabije toekomst dreigt te verdwijnen.

Overigens is ActiZ voorstander - nu deze zorg als een reguliere AWBZ-aanspraak wordt geregeld - om het mogelijk te maken dat aanspraak op 24-uurszorg op afroep ook met een PGB verzilverd kan worden. Dit verruimt de keuzemogelijkheden van de cliënt die desgewenst onderdelen van het pakket bij verschillende zorgaanbieders kan inkopen.


### **Integraal pakket persoonlijke assistentie**

Voor cliënten met chronische beademing met een zeer korte responstijd waarbij reguliere thuiszorg en ook 24-uurszorg op afroep vanuit oogpunt van cliëntveiligheid tekortschieten, overweegt de staatssecretaris het mogelijk te maken om met een PGB een integraal pakket persoonlijke assistentie in te kopen.

ActiZ onderschrijft de zienswijze van het CVZ dat in deze situatie de persoonlijke assistentie alle zorg omvat waarop de verzekerde is aangewezen (inclusief huishoudelijke hulp) omdat een assistent 24 uur per dag in de directe omgeving van de verzekerde aanwezig is.

Met vriendelijke groet,



drs. A. Koster,  
directeur 

Aan het CVZ, tav. mw. C. Nyst

Betreft: reactie van de VGN op het conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

Datum: 12 maart 2013.

Aan het CVZ,

Hierbij reageert de VGN op uw conceptrapportage. We geven vier reacties.

§1 U beschrijft eerst drie alternatieven die in lijn zijn met de opties die VWS u voorlegt:

- het structureel regelen van de huidige situatie. Het CVZ zet daar de kanttekening bij van ondoelmatigheid. De VGN deelt uw analyse.
- kom tot EZP's voor de ADL-assistentie. Uw kanttekening: dan moeten er nieuwe cliëntprofielen samengesteld worden. Maar omdat de groep verzekerden die ADL-assistentie ontvangt zeer heterogeen is, is het lastig om voldoende passende cliëntprofielen vast te stellen. Ook deze analyse komt ons reëel voor.
- kom tot aparte aanspraken op hand- en spandiensten. Uw kanttekening: in het licht van het Regeerakkoord betekent dit dat op termijn de samenhang van de hele aanspraak, zowel in en om de woning als buiten de woning, niet gegarandeerd is. Dit technische scenario is daarmee niet voor de hand liggend. Wij kunnen hierin meegaan.

Daarna komt u met een eigen alternatief: kom tot een integraal pakket van samenhangende zorg. Dit pakket omvat alle extramurale AWBZ-zorg waar de verzekerde op is aangewezen: PV, VP en hand- en spandiensten. De VGN kan zich in dit alternatief vinden.

§2 U beschrijft de cumulatieve voorwaarden waaraan de toekomstige doelgroep moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op 24-uurszorg op afroep:

- ernstige lichamelijke beperkingen;
- sociale zelfredzaamheid;
- reguliere thuiszorg biedt geen adequaat alternatief voor de verzekerde (gezien de grote hoeveelheid samenhangende individuele zorg die de cliënt nodig heeft);
- minimaal 18 jaar

§3 Over de budgettaire gevolgen berekent het CVZ:

- voor alternatief a € 350 miljoen per jaar (exclusief verpleging 111 miljoen en exclusief zorg buiten de woning)
- voor alternatief b is dat kennelijk (nog) niet te begroten;
- voor alternatief c €789 miljoen per jaar (inclusief verpleging en inclusief zorg buiten de woning)
- voor het CVZ-alternatief: €461 miljoen per jaar (inclusief verpleging; exclusief zorg buiten de woning) en 789 miljoen inclusief verpleging en inclusief zorg buiten de woning).

§4 De VGN verzoekt u in de eindrapportage helder aan te geven hoe volgens u het te kiezen scenario 'betaald' wordt.

Eenzijds: u spreekt over de AWBZ. Als u extramurale AWBZ bedoelt, roept dat 2 vragen op:

- die financieringsbron (uitvoering zorgkantoren) wordt per 2015/2016 overgeheveld naar de Wmo (uitvoering gemeenten). Echter een *aanspraak* staat haaks op het principe van een *voorziening* op basis van de compensatieplicht. Welke zekerheden heeft deze groep cliënten dan nog?
- als u de AWBZ bedoelt, die per 2015/2016 overgaat naar de Wmo, ligt dan een tijdelijke verlenging (vanaf 2014 tot het moment van overheveling) van de huidige regeling niet meer voor de hand?

Anderzijds: als u spreekt over AWBZ en 24-uurszorg op afroep, gaan de gedachten uit naar de nieuwe toekomstige *kernvoorziening*. Dat roept twee andere vragen op:

- ADL-assistentie is nu juist per definitie geen verblijfszorg. Dat past dus niet bij de kernvoorziening.
- De toename van het budget dat u begroot, legt dan wel een bijzonder groot beslag op de contracteerruimte. Dat vereist voldoende overheveling, maar dreigt al gauw ten nadele van de populatie in de kernvoorziening te gaan. Daar is de VGN zeer beducht voor.

We verzoeken u in uw eindversie met name deze opmerkingen helder te verwerken.

Met vriendelijke groet,

drs. F. (Frits) Mul

Senior beleidsmedewerker Sturing & Financiering (Vastgoed)

VGN



College voor Zorgverzekeringen  
T.a.v. mevrouw drs. C.B.M. Nyst  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

---

Lt. Gen. van Heutszlaan 6  
3743 JN BAARN  
telefoon 035 - 5480480  
telefax 035 - 5480499  
e-mail info@vsca.nl  
website www.vsca.nl

---

datum: 13 maart 2013  
ons kenmerk: 565/IR/td/016  
betreft: Reactie VSCA op concept "Uitvoeringstoets Alternatieven ADL Assistentie"

Geachte mevrouw Nyst,

Bij deze wil de Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning, VSCA, graag reageren op het concept uitvoeringstoets die wij van u hebben mogen ontvangen.

Wij hebben grote waardering voor de zorgvuldige en uitgebreide aanpak van uw toets. In deze brief gaan wij met name in op wat de kanttekeningen en complicaties zijn voor onze cliëntengroep, de chronisch beademden.

#### 1. Ten aanzien van de 24-uurszorg op afroep

Een deel van onze cliënten heeft uitgebreid hulp nodig; ADL-hulp, voor een aantal handelingen verpleegkundige hulp met daarnaast de mogelijkheid bij calamiteiten onmiddellijk hulp te kunnen inroepen, de niet-planbare zorg.

Niet alleen voor invasief beademde patiënten, maar ook voor non-invasieve beademingspatiënten, die niet lang zonder beademing kunnen, is de niet-planbare calamiteitenzorg 24 uur per dag een noodzakelijke voorwaarde. Dit betekent veelal niet dat er 24 uur per dag een zorgbehoefte is die een continue aanwezigheid vereist van een hulpverlener.

Constructies zoals de Fokuswoningen konden deze hulp door middel van oproep- en alarmeringshulp bieden.

Ook de noodzaak om voor sommige hulpvragen met meerdere personen aanwezig te zijn, bijvoorbeeld voor wassen en aankleden kan in een dergelijke constructie goed worden geregeld.

Wanneer binnen een dergelijke constructie de hulp verleend zou worden door meerdere aanbieders kan dat het gevolg hebben dat de alarmeringshulp en de oproephulp voor deze groep cliënten moeilijker gegarandeerd kan worden.

Een ander voordeel van deze woonvorm is dat de cliënt niet verantwoordelijk is voor het inhuren van plaatsvervangers bij ziekte van het personeel en de opleiding van personeel. De instelling is in principe verantwoordelijk voor het opleiden van medewerkers tot de nodige bekwaamheid en het naleven van de handelingschema's vanuit de behandelende sector.

Het laten vervallen van de norm dat het aantal uren ADL hulp ten minste 10 uur zou moeten is deels niet zo relevant voor onze cliëntengroep. Veelal zullen er meer uren worden afgenomen, maar mocht de norm wel worden verhoogd dan zou in ieder geval rekening moeten worden gehouden met de niet-planbare zorg.



Juist de al eerder genoemde mogelijkheid om in geval van een calamiteit onmiddellijk alarmhulp te kunnen oproepen vergroot de veiligheid van de cliënt en is juist bij onze doelgroep noodzakelijk. Ook de variatie in hulp bij bijvoorbeeld ophoesten, sputum uitzuigen en dergelijke kan samenhangend met gezondheidstoestand van de cliënt, vanzelfsprekend sterk wisselen.

Vanuit het belang van deze woonvorm voor de cliëntengroep beademingspatiënten stelt de VSCA het dan ook zeer op prijs dat deze woonvorm zal worden bestendigd en onder de AWBZ kan worden gebracht.

## 2. Het integraal pakket persoonlijke assistentie (IPPA)

De wens om ook volledig zelfstandig te kunnen wonen en maatschappelijk te participeren is volstrekt begrijpelijk. Het valt niet mee afhankelijk te zijn van aangeleverde, vaak wisselende en niet altijd even deskundige hulpverleners, te meer niet als je leven er van af hangt.

We zijn dan ook verheugd dat deze mogelijkheid door de staatssecretaris wordt overwogen en een alternatieve vorm voor ADL-assistentie, het IPPA, wordt onderzocht.

Wij hebben bij uw conceptrapport echter de volgende kanttekeningen.

Het onderscheid in de noodzaak voor aanwezigheid van hulp tussen invasief en niet-invasief beademde patiënten is bij zelfstandig wonen aanzienlijk minder groot dan in geval van het verblijf in een instelling. Ook non-invasief beademde patiënten hebben de noodzaak, zeker als de betreffende persoon niet zelf de noodzakelijke levensreddende handelingen kan verrichten, voor de constante mogelijkheid van hulp in de onmiddellijke nabijheid. Het aantal uren hulp zal dus niet verschillen.

Dat heeft dus ook waarschijnlijk gevolgen voor het door u berekende budget. Dit zullen wij later in deze brief nog uitwerken.

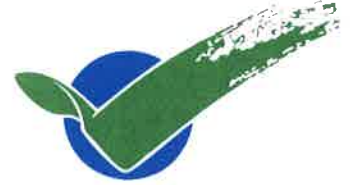
Een organisatievraagstuk, en misschien financieel vraagstuk, zal ook zijn dat een aantal handelingen, die een persoonlijk assistent moet kunnen verrichten, niet door 1 persoon alleen gedaan kunnen worden. Een handeling als wassen zal meestal door twee mensen moeten geschieden.

Een andere kanttekening betreft de omschrijving met betrekking tot de handfunctie. Het is absoluut relevant te weten of de cliënt 24 uur per dag adequaat kan reageren dan wel alarmeren bij calamiteiten. De handfunctie is daarbij belangrijk, maar daarbij moet dan wel bedacht worden dat er verschil kan zijn tussen dag en nacht, zittend of liggend en dergelijke. Wij stemmen dus volledig in met de individuele beoordeling maar willen niet de indruk wekken dat de handfunctie een stabiel en enig onderscheidend criterium kan zijn.

Overigens is de individuele beoordeling van het totale gebruik van de zorg natuurlijk ook mede noodzakelijk vanwege de onderliggende aandoening van de cliënt.

Dan onze kanttekening bij de aantallen in uw bijlage 5.

In het rapport wordt uitgegaan van de door ons opgegeven cijfers op 1-1-2012. Wij gaven aan dat er ca. 460 cliënten meer dan 20 uur per etmaal beademd worden, dat is het totaal van invasief en non-invasief beademden. We kunnen stellen dat van deze 460 personen er ca. 400 boven de 18 jaar zijn. Uw berekening in bijlage 5 gaat uit van de verhouding tussen invasief en non-invasief beademden van de totale populatie beademden. Daarvan wordt inderdaad ca. 80 % non-invasief beademd. Echter, bij de patiëntenpopulatie die meer dan 20 uur per etmaal beademd wordt, is de verhouding vrijwel omgekeerd.



Hiervan wordt ongeveer 80% invasief beademd. Naar onze indruk heeft dat gevolgen voor uw berekening.

Immers, bij zelfstandig wonen is er in het aantal uren noodzakelijke hulp geen verschil, zowel bij invasief, als bij non- invasief beademden, die afhankelijk zijn van beademing gedurende vrijwel het gehele etmaal, en aangewezen zijn op directe hulp bij calamiteiten, is die 24 uren aanwezigheid noodzakelijk.

Overigens vermoeden wij dat slechts bij een klein deel van deze groep, met een uitgebreide noodzaak tot ademhalingsondersteuning, de wens zal leven tot volledig zelfstandig wonen en gebruik van het IPPA. Wij denken eerder in tientallen dan honderdtallen.

Zolang er alternatieven zijn, zoals bestaande AWBZ instellingen en een goede regeling voor clusterwonen met hulp op afroep en voor velen een thuissituatie bij voldoende ondersteuning van de mantelzorg, zullen velen er toch voor blijven kiezen niet zelf ook nog eens de regie over de eigen hulporganisatie te moeten voeren en daarmee ook constant een betaalde kracht om zich heen te hebben.

De voorwaarde dat de hulp moet worden geboden in een aangepaste woning is zonder meer begrijpelijk. Echter, om een werkelijke keuze voor het IPPA mogelijk te kunnen maken zal ook voor een cliënt die thans verblijft in een clusterwoning of verpleeghuis de mogelijkheid moeten worden gecreëerd om te verhuizen naar een aangepaste of aan te passen woning. Wij gaan ervan uit dat als het IPPA, eventueel als beperkt experiment in aantallen, zal worden doorgevoerd, VWS alles in het werk zal stellen gemeenten te bewegen deze huisvesting ook daadwerkelijk aan te bieden.

Wij onderschrijven het idee voor de integrale bekostiging, een splitsing over meerdere instanties en aanspraak op meerdere wetten zal leiden tot een zeer gecompliceerde uitvoering.

Nog een kleine kanttekening met betrekking tot het aantal bekwame mantelzorgers, die u noemt in paragraaf 11.1.1. De Veldnorm Chronische Beademing vermeldt geen aantallen. Op dit moment is de Kinderveldnorm Chronische Beademing in ontwikkeling. We denken aan het noemen van 2 of 3 bekwame mantelzorgers in geval van 24 uren zorg voor kinderen. Bij volwassenen met een partner zijn veelal een of twee bekwame mantelzorgers voldoende, maar harde aantallen staan niet in de Veldnorm.

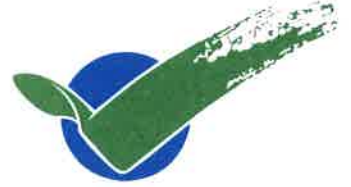
De responstijd. Het begrip korte en lange responstijd is niet helder.

Tot vorig jaar stond in bijlage 5 van de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ een periode van binnen 15 minuten, naar analogie van de aanrijtijd voor ambulances. In de huidige Indicatiwijzer wordt bij clusterwoningen een alarmeringstijd van binnen de 5 minuten genoemd. Bij een aantal van onze patiënten is de noodzakelijke responstijd slechts een minuut of enkele minuten.

Nog wat opmerkingen bij de functie van het CTB bij indicatiestelling voor het IPPA.

Het CTB beoordeelt bij de start of het vertrouwd is iemand vanuit het ziekenhuis naar huis of verpleeghuis te laten gaan en ziet toe dat de thuissituatie dan voldoende veiligheid biedt. Het CTB is nu verantwoordelijk voor het geven van advies over passende ondersteuning en zorgaanbod aan de patiënt en communiceert die met de instelling in geval van opname in een instelling ( zie pagina 43/44 Veldnorm Chronische Beademing)

In een thuissituatie krijgt een patiënt een individueel advies over zorg en alarmering. De patiënt en/of zijn vertegenwoordiger is verantwoordelijk voor het opvolgen van het advies.



De patiënt heeft uiteindelijk ook een keuzevrijheid.

In het traject daarna is het CTB niet te allen tijde van alle veranderingen op de hoogte. De huisarts is de primaire behandelaar. Bovendien heeft een patiënt met ademhalingsondersteuning naast het CTB veelal ook nog andere behandelaars in verband met het onderliggend ziektebeeld. Ook als de responstijd voldoende lang is om vanuit de beademingsproblematiek zorg op afroep voldoende te achten kan de het onderliggend ziektebeeld andere eisen stellen met betrekking tot de veiligheid.

Als het CTB tot taak zou krijgen te beoordelen of een cliënt zelfstandig thuis met een IPPA kan verblijven, levert dat een aantal extra vragen en handelingen op.

- Een probleem daarbij kan zijn de vertrouwensrelatie patiënt-arts verstoord zou kunnen worden bij een negatief oordeel. Dit zou weer consequenties kunnen hebben voor bijvoorbeeld verdere behandeling.
- Vraag is ook of het CTB een uitspraak kan en moet doen over de cognitieve vaardigheden en de zelfredzaamheid.
- De bekwaamheid van mantelzorgers kan ook niet in iedere situatie door het CTB beoordeeld worden. Binnen instellingen wordt scholing vereist, toetsers worden daarbinnen opgeleid en bijgeschoold. In een thuissituatie is het aantal en de bekwaamheid van iedereen die zorg verleend niet door het CTB te beoordelen. De buurvrouw kan hulp verlenen, maar de buurvrouw kan wellicht zelf een cursus hebben gevolgd dan wel door bedsideteaching van een andere mantelzorger worden ingewerkt.

Dus samenvattend, wij onderschrijven het idee van een individuele beoordeling. Het CTB kan deels advies geven over de risico's, de veiligheid en de beademingsvrije tijd. Deze advisering is overigens een taakverzwaring voor het CTB.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben en ik wil nogmaals onze waardering uitspreken voor de wijze waarop u ons heeft gehoord heeft.

Met vriendelijke groet,

Elske ter Veld,  
Voorzitter VSCA

Mocht deze brief nog vragen oproepen, of wilt u nadere toelichting, dan kunt u ons bereiken via respectievelijk [elske44@xs4all.nl](mailto:elske44@xs4all.nl) ( Elske ter Veld, voorzitter) of [icruys@gmail.com](mailto:icruys@gmail.com) ( Inge Ruys, beleidsmedewerkster).





Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland

bezoekadres  
Churchillaan 11  
Utrecht

postadres  
Postbus 169  
3500 AD Utrecht

(tekst)telefoon  
(030) 291 66 00

fax  
(030) 297 01 11

e-mail  
bureau@cg-raad.nl

internetadres  
www.cg-raad.nl

College voor zorgverzekeringen  
T.a.v. mw. drs. C.B.M. Nyst  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Utrecht 10 maart 2013  
Kenmerk: 13-0025/A1.02/QW/RS  
Betreft: Concept uitvoeringstoets alternatieven ADL assistentie  
Inlichtingen bij: Q.B. van Woerdekom

Geachte mevrouw Nyst,

Dank voor uw verzoek om een reactie te geven op de concept uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie.

Wij hebben de concept uitvoeringstoets met grote belangstelling bestudeerd. Graag maken wij gebruik van de gelegenheid om hierop kort te reageren.

Wij willen onze waardering uitspreken voor de volledigheid, zorgvuldigheid en evenwichtigheid van de uitvoeringstoets. Dit dossier is zeer complex omdat alle kernvraagstukken t.a.v. de herinrichting van de langdurige zorg aan de orde zijn. Tijdens de expertsessies bij de CVZ (en NZa) zijn deze onderwerpen ook uitvoerig besproken. De keuzes t.a.v. de specifieke onderdelen kunnen zeer ingrijpende gevolgen hebben voor de mensen die aangewezen zijn op deze voorzieningen, maar ook voor de organisatie, financiering en uitvoering.

Met de in de uitvoeringstoets geformuleerde oplossingsrichtingen en voorstellen voor twee nieuwe aanspraken wordt pragmatisch en verstandig geanticipeerd op de aanstaande veranderingen binnen de AWBZ, zodat de uitvoeringstoets ook in lijn zal kunnen zijn met de uitwerking van het Regeerakkoord.

Het betreft:

- 24-uurszorg op afroep (en samenhangende zorg)
- Integraal pakket persoonlijke assistente

#### *24-uurszorg op afroep*

24-uurszorg op afroep is cruciaal voor het behoud van kwaliteit van leven, zelfstandigheid en maatschappelijke participatie. Zonder de 24-uurszorg op afroep is opname in een intramurale instelling onvermijdelijk. Het criterium van 24 uren beschikbaarheid is daarmee leidend boven een relatieve (gemiddelde) zorgzwaarte in uren en/of de functie verblijf. Dit is een belangrijk uitgangspunt voor de afbakening van de doelgroepen voor de toekomstige kern AWBZ.

Zodoende kunnen nieuwe afbakeningsvraagstukken tussen de AWBZ en (toekomstige) Wmo worden voorkomen.

Wij willen een suggestie meegeven voor de mogelijke overgangsregeling. Uit de inventarisaties zijn integrale kostprijzen voortgekomen. Complicerende factor hierbij is dat er geen gegevens beschikbaar waren over de samenloop van zorg vanuit het ADL-cluster (24-uurs assistentie) en aanvullende verpleging en verzorging, veelal vanuit een aanvullend PGB. Binnen het samenhangende pakket kan dit leiden tot situaties waarin de (maximale) integrale kostprijs te hoog of te laag is in individuele gevallen. Vraag is wat wordt er nu meegenomen in het samenhangend pakket? Het risico bestaat dat een te lage kostprijs mogelijk gecompenseerd zal (gaan) worden door een hoger aantal uren. Dit is geen wenselijke situatie voor geen van de betrokken partijen. Mogelijk dat er binnen het kader van een overgangsregeling afspraken gemaakt kunnen worden over het melden van dit soort situaties en er een tijdelijke maatwerkoplossing geboden kan worden. Dit zal ook in de monitoring en evaluatie meegenomen kunnen worden.

*Integraal pakket persoonlijke assistentie*

Ten aanzien van de kostprijzen voor de non-invasieve en invasieve beademing merken wij op dat deze tarieven erg ver uiteen liggen en het tarief voor non-invasieve beademing in de praktijk naar onze verwachting ontoereikend zal zijn. Wij denken dat een verdere onderbouwing op dit punt nodig is.

In de verwachting u hiermee van dienst te zijn,

Met vriendelijke groet,

Namens de CG-Raad



Angelique van Dam  
Directeur a.i.



Vereniging van budgethouders voor hulp en hulpmiddelen

Postbus 19161 3501 DD Utrecht  
Churchillaan 11 3527 GV Utrecht  
T(030)231 93 55 F(030)231 49 75  
bureau@pgb.nl www.pgb.nl

College voor zorgverzekeringen  
Tav mw. drs. C.B.M. Nyst  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Ons kenmerk  
BR 39840

Uw kenmerk

Betreft  
Uitvoeringstoets  
alternatieven ADL-  
assistentie

Datum  
8 maart 2013

Nader informatie: dhr. F. van der Pas, beleidsmedewerker [f.vdpas@pgb.nl](mailto:f.vdpas@pgb.nl) (030)231 93 55

Geachte mevrouw Nyst en collega's

Dank voor uw verzoek om reacties te geven op de concept uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie.

Per Saldo is verheugd dat de uitvoeringstoets geen directe belemmeringen laat zien voor de invoering van een persoonsgebonden budget om in eigen regie de zorg te organiseren. Daarmee kunnen de nieuwe aanspraken in de AWBZ met de keuze voor een pgb gerealiseerd gaan worden en is de afhankelijkheid van één zorgaanbieder opgeheven. Ook de voorkeur voor een samenhangend, integraal pakket in de AWBZ vinden we een waardevolle aanbeveling.

Doelstelling van de nieuwe aanspraken is om de beoogde doelgroepen de mogelijkheid te bieden om op een verantwoorde het eigen leven zoveel mogelijk naar eigen wens en behoefte in te richten. Per Saldo ziet dit als een passend geformuleerde doelstelling.

Voor wat betreft de aanspraak op 24 uurszorg op afroep is Per Saldo gecharmeerd van de optie van een aanspraak die in en buiten de woning geldt.

Het CVZ stelt dat een verzekerde moet kunnen beschikken over een woning waar levering van 24-uurszorg op afroep daadwerkelijk de beoogde zelfredzaamheid realiseert en signaleert dat dit een kwetsbare voorwaarde is. Wij steunen deze zorg. De aanbeveling om de beschikbaarheid van passende woningen te stimuleren is te beperkt. Per Saldo doet de suggestie om deze voorwaarde te combineren met een persoonlijk plan waarin de verzekerde aangeeft hoe hij denkt de 24 uurszorg op afroep te organiseren.

Een kritisch punt in de uitvoeringstoets is de tariefbepaling. Het CVZ berekent wat een jaartarief kan zijn als uit wordt gegaan van de bestaande modellen om te komen tot een waardebeoordeling. In het bijzonder de tariefbepaling voor de ademhalingsondersteuning is lastig.

Als we het jaarbedrag omrekenen naar een uurloon komen we uit op 17 Euro bruto-bruto. Dat is te laag. Een minimumuurloon is er niet mee te betalen rekening houdend met nacht- en weekendtarieven. Dus zal het niet mogelijk zijn voor iemand met ademhalingsondersteuning om 24 uur per dag assistentie aanwezig te hebben. Daardoor komt de doelstelling van de aanspraak in het gedrang, We pleiten dan ook voor een ophoging. Als dat naar 20 Euro is, spreken we over een verhoging van 26.000 euro per jaarbudget. Voor 460 mensen zou het macrobudget 12 miljoen hoger uitkomen. Hierbij aangetekend dat het aantal van 460 mensen eerder een maximum is dan een minimum, en dat we bovendien niet verwachten dat de eerste jaren na de invoering deze aantallen direct instromen. Er lijkt dus ruimte om de discussie te voeren over wat een minimaal uurtarief moet zijn. Per Saldo doet hierbij de suggestie om het uurloon in de uitvoeringstoets op te nemen.

Het gebruikte onderscheid non-invasief en invasief is vanuit de zorgvraag bezien te scherp aangezet. Medisch gezien te begrijpen maar waar het gaat om de 24 uurszorg zijn de verschillen in de praktijk niet groot. Per Saldo vindt dat de tariefverschillen invasief e non-invasief niet in verhouding staan met de zorgvraag, die in de praktijk op hetzelfde neerkomen.

De door u voorgestelde evaluatie achten wij van groot belang en wij doen hier graag aan mee.

Wij danken u voor alle inzet en nauwkeurige raadpleging die u heeft gedaan. De invoering van de twee nieuwe aanspraken achten wij van grote waarde.

Hoogachtend en met vriendelijke groet,



Mw. mr. Aline Saers-Molenaar  
Directeur

en

dhr. F.G.E.M. van der Pas  
Beleidsmedewerker

College voor Zorgverzekeringen  
T.a.v. mevrouw drs. C.B.M. Nyst  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Datum 11 maart 2013 Kenmerk 30/MT/vj/11032013 Bijlagen  
Onderwerp reactie Spierziekten Nederland op concept 'Uitvoeringstoets Alternatieven ADL Assistentie'

Geachte mevrouw Nyst,

Bij deze wil Spierziekten Nederland graag reageren op de concept-uitvoeringstoets die wij van u hebben mogen ontvangen.

De Staatssecretaris van VWS zegt in haar brief aan het CVZ d.d. 3 oktober 2012 dat zij per 1 januari 2012 een tijdelijke aanspraak ADL-assistentie heeft ingevoerd in afwachting van een structurele aanspraak die per 1 januari 2014 moet ingaan.

Met deze nieuwe aanspraak op een pakket assistentie wil zij bevorderen dat de groep zwaarst gehandicapten zoveel mogelijk, overeenkomstig levensfase en levensstijl kan functioneren en zich binnen de eigen mogelijkheden kan ontplooiën. Zij kunnen thans 24 uur per dag dienstverlening oproepen. Deze 24-uurszorg op afroep, die, naast persoonlijke verzorging en delen van de functie Verpleging, ook hand- en spandiensten omvat, is nodig om een zelfstandig leven te kunnen leiden.

De Staatssecretaris heeft gesignaleerd dat een beperkte groep cliënten met thuisbeademing meer assistentie nodig heeft dan de in de woning oproepbare assistentie. Zij ondervinden moeilijkheden om het voor beademing benodigde toezicht op veilige wijze goed georganiseerd te krijgen. De IGZ heeft het ministerie van VWS, in het rapport "Chronische beademing vereist betere afstemming (augustus 2010)" aanbevolen om te kijken naar de financiering van chronische beademing en zo nodig nader beleid te ontwikkelen. De Staatssecretaris heeft hierop aangegeven per 1 januari 2014 de AWBZ-aanspraken uit te willen breiden met een pakket zorg voor cliënten met een ernstige lichamelijke beperking die zijn aangewezen op 24 uurszorg op afroep om een zelfstandig leven te kunnen leiden.

In uw concept "Uitvoeringstoets Alternatieven ADL Assistentie" gaat u uitvoerig in op de vragen van de Staatssecretaris. U verzoekt ons een reactie te geven op dit conceptadvies en dat doen wij graag bij deze.

In uw Uitvoeringstoets stelt u een vierde variant voor: een integraal pakket van samenhangende zorg (persoonlijke verzorging, huishoudelijke hulp, verpleging en hand- en spandiensten).

"Met een aparte aanspraak voor een integraal pakket persoonlijke assistentie is voor de groep verzekerden met chronische beademing met een zeer korte responstijd de samenhang tussen de verschillende zorgvormen op termijn gegarandeerd."

Wij hebben grote waardering voor de inhoud van dit document en wij kunnen ons goed vinden in de door u gekozen variant, uw analyse en argumentatie.

Wij hebben enkele opmerkingen:

Ons inziens hebben we te maken met een nieuwe doelgroep. Door de mogelijkheid van thuisbeademing is er een nieuwe groep cliënten ontstaan die weliswaar zeer grote beperkingen hebben vanwege veelal een progressieve spierziekte, maar vanwege de beademing een goede kwaliteit van leven hebben. Zij zijn prima in staat thuis te verblijven kunnen volwaardig maatschappelijk participeren wanneer zij kunnen beschikken over adequate zorg in en buiten de woning. Dit is niet een groep cliënten die thuishoort in een intramurale setting.

In de afbakening is onder andere gesteld dat de regeling alleen is bedoeld voor een groep mensen met een zeer beperkte handfunctie. Dit is ons inziens te beperkt. Er kunnen meer redenen zijn waardoor een persoon zelf niet voldoende veiligheid kan creëren bij een storing aan de beademingsapparatuur. Zo kan iemand misschien in zithouding nog redelijk tot goed uit de voeten, maar in lighouding kan dit totaal wegvallen. Het kan ook zijn dat de hand zelf wel aardig functioneert maar dat de armfunctie volledig afwezig is. Het moet dus gaan om alle beperkingen die in ernstige mate verhinderen dat de persoon zelf veilig kan omgaan met de beademingsapparatuur in geval van noodsituaties.

Er wordt nu een groot verschil gemaakt in kosten tussen invasieve en non-invasieve beademing. Vanuit een intramurale setting is dat logisch, maar gezien vanuit een thuissituatie (binnen- en buitenshuis) waarbij 24-uurassistentie aanwezig moet zijn is dat onderscheid niet meer logisch. Het criterium zou moeten zijn de noodzaak voor niet planbare zorg en een snelle responstijd in verband met de veiligheid van de betrokkene.

De omvang van de potentiële doelgroep voor het integrale pakket persoonlijk assistentie wordt door u geschat op 460 personen. Ons inziens is dat een hoge inschatting. Wanneer alle door u beschreven criteria voor de indicatie voor een dergelijk assistentepakket goed worden toegepast denken wij dat de omvang van deze groep in de praktijk lager zal uitvallen.

In uw uitvoeringstoets wordt aangegeven dat de regel is dat de kosten van deze regeling (verblijf thuis) niet hoger mogen zijn dan de maximale kosten van verblijf in een intramurale instelling. Daarmee geeft u een financiële bovengrens aan. U geeft echter nergens aan of er op basis van deze regel een redelijk (uur)tarief voor een integraal pakket persoonlijke assistentie mogelijk is en u toetst dat niet. Wij vinden het uit oogpunt van een verantwoorde uitvoering van een dergelijke nieuwe regeling van groot belang dat er een reëel tarief wordt vastgesteld op basis waarvan de betrokkenen op een verantwoorde manier kwalitatief goede zorg kunnen realiseren. De directe koppeling aan een maximum op basis van bovengenoemde regel vinden wij in deze daarom niet juist. Zoals u zelf al aangeeft is dit een politieke keuze.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben en ik wil nogmaals onze waardering uitspreken voor de wijze waarop u de betrokken partijen heeft gehoord en uw concept Uitvoeringstoets.

Met vriendelijke groet,



Marcel Timmen  
Directeur Spierziekten Nederland

CVZ – College voor Zorgverzekeringen  
Mevrouw mr. M. van der Veen-Helder  
Programmamanager Pakketbeheer  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

E-mail: [cnyst@cvz.nl](mailto:cnyst@cvz.nl)

Kenmerk: HW/13.080

Betreft: Reactie op conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL assistentie  
Utrecht, 11 maart 2013

Geachte mevrouw Van der Veen,

Wij ontvingen van u een conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie en worden uitgenodigd om op de voorstellen in de concept-uitvoeringstoets te reageren.  
Allereerst willen wij u hartelijk danken voor het bieden van deze mogelijkheid.

Het bestuur heeft voor een gegronde reactie dit conceptrapport ook voorgelegd aan prof. dr. Frans Nollet, die heeft deelgenomen aan het CVZ-overleg inzake 'Afbakening groep zwaar lichamelijk gehandicapten'.

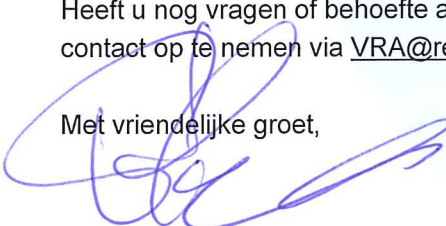
Het bestuur van de VRA is zeer content met het CVZ-advies, omdat:

- 1) het de cliënt meer keuzevrijheid geeft ten aanzien van de woonvorm: het hoeft niet perse een FOKUSwoning te zijn, wel moet de woning geschikt zijn;
- 2) het gaat om een integraal zorgaanbod, hetgeen het aantal loketten en verwarring vermindert;
- 3) goed is uitgewerkt wie er voor in aanmerking komen, met een nuancering ten aanzien cognitieve beperkingen en dat de rol van de revalidatiearts is omschreven (zie vooral 3. doelgroep);
- 4) in de uitwerking van de Scenario's niet is gekozen voor Zorgprofielen maar een Individuele Beoordeling wordt bepleit.

Het bestuur van de VRA vindt het een goed rapport en kan instemmen met de inhoud ervan. Het bevordert de participatiemogelijkheden van mensen met ernstige beperkingen.

Heeft u nog vragen of behoefte aan een nadere toelichting, schroom dan niet om hierover met ons contact op te nemen via [VRA@revalidatiegeneeskunde.nl](mailto:VRA@revalidatiegeneeskunde.nl) of telefonisch 030 – 27 39 696.

Met vriendelijke groet,



Drs. W. Hoek-Scholten  
Directeur VRA



## **Reactie Verenso**

Datum: 12 maart 2013

Betreft: Conceptrapport uitvoeringstoets alternatieven ADL-assistentie

Geachte mevrouw Nyst,

In antwoord op uw schrijven met uw kenmerk ZA/2013021369, ontvangt u hierbij een reactie van Verenso.

In het algemeen geldt dat wij u willen wijzen op de mogelijke inzet van de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde richt zich op kwetsbare ouderen en chronisch zieken met een complexe zorgvraag. Zijn/haar expertise omvat nadrukkelijk het doen van een integrale probleemanalyse, de zorgdiagnostiek en de zorgprognostiek in samenhang met de omgeving en omstandigheden van een patient. De specialist ouderengeneeskunde is derhalve inzetbaar bij de indicatiestelling/ individuele beoordeling.

Overige opmerkingen per pagina:

Pagina 15: subjectieve zorgvraag: bij het voorbeeld van de tillift is het zinvol om de ARBO wetgeving te benoemen.

Pagina 21: misschien toevoegen dat de levering van integrale zorg ook gestimuleerd kan worden door ketenzorgafspraken?

Pagina 29: bij beademing in de ADL: clusterwoning. Er staat: Bij ADL assistentie moet immers rekening gehouden worden met de tijd dat de zorgverlener naar de woning moet komen, de aanlooptijd. Vraag: wat is hierbij een haalbare en aanvaardbare norm?

Pagina 30: verschil BPA regelingen en PGB regelingen. Is het niet zo dat PGB eisen stelt aan deskundigheid en BPA niet?

Pagina 36: er is 48 miljoen euro per jaar begroot. Vraag: op welke deskundigheid is dit gebaseerd?

Met vriendelijke groet Inge van der Stelt

[drs. I. van der Stelt](#)  
Beleidsmedewerker Verenso

## Bijlage 3

### **Van toepassing zijnde wet- en regelgeving**

#### **Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)**

##### **Artikel 6**

1. De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging.  
Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, geregeld, en kunnen voor het tot gelding brengen van de aanspraken voorwaarden worden gesteld.
3. De zorgverzekeraars dragen er zorg voor dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen.
4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat de aanspraak op zorg slechts tot gelding kan worden gebracht indien de verzekerde bijdraagt in de kosten daarvan. De bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg die verstrekt wordt, en kan mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen van de verzekerde en diens echtgenoot.
5. [...]

##### **Artikel 9a**

1. Burgemeester en wethouders voorzien erin dat in hun gemeente ten behoeve van de inwoners een onafhankelijk indicatieorgaan werkzaam is, dat kosteloos besluit of een inwoner is aangewezen op een van de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg [...]

##### **Artikel 9b**

1. Aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, bestaat slechts indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen. [...]

##### **Artikel 10**

1. De verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze, met wie de zorgverzekeraar waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst als bedoeld in artikel 15 heeft gesloten.

##### **Artikel 12a**

1. Indien de zorgverzekeraar in de onmogelijkheid verkeert op voor hem aanvaardbare voorwaarden met een genoegzaam aantal personen of instellingen ter zake van een of meer vormen van zorg overeenkomsten als bedoeld in artikel 15 te sluiten, kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat de bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerden tijdelijk in plaats van aanspraak op deze zorg, jegens hun zorgverzekeraar aanspraak hebben op vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten.

2. In de ministeriële regeling wordt tevens bepaald onder welke voorwaarden en tot welk bedrag aanspraak op vergoeding bestaat en kunnen nadere regels voor de aanspraak op een vergoeding worden gesteld.
3. Het eerste en tweede lid zijn van overeenkomstige toepassing indien een vorm van zorg is aangewezen in een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 12, eerste lid, zonder dat van de in het vierde lid van dat artikel bedoelde mogelijkheid gebruik is gemaakt.
4. Voor zover een zorgverzekeraar in de onmogelijkheid verkeert op voor hem aanvaardbare voorwaarden met een genoegzaam aantal zorgaanbieders ter zake van een of meer vormen van zorg overeenkomsten te sluiten als bedoeld in artikel 15, kan de zorgautoriteit hem ontheffen van de verplichting zodanige overeenkomsten te sluiten.

#### **Artikel 15**

1. Zorgverzekeraars sluiten schriftelijke overeenkomsten met zorgaanbieders die zorg kunnen verlenen waarop ingevolge artikel 6 aanspraak bestaat.
2. [...]
3. [...]
4. Indien na beëindiging van een overeenkomst voor een bepaalde vorm van zorg door een zorgverzekeraar geen aansluitende overeenkomst voor die vorm van zorg met dezelfde zorgaanbieder tot stand komt, behoudt de verzekerde, zolang die zorg noodzakelijk is, jegens de zorgverzekeraar aanspraak op ononderbroken voortzetting van die vorm van zorg, te verlenen door dezelfde zorgaanbieder, wanneer die zorg is aangevangen voor de datum waarop de overeenkomst met die zorgaanbieder voor die desbetreffende vorm van zorg is beëindigd.
5. Gedurende de tijdelijke voortzetting van de zorg, bedoeld in het vierde lid, gelden tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder de voorwaarden van de overeenkomst waaronder de zorg aan de in het vierde lid bedoelde verzekerde is aangevangen.

#### **Artikel 34**

De zorgverzekeraar is verplicht zijn werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren. Hij treft de nodige maatregelen ter voorkoming van de verstrekking van onnodige zorg en van uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn.

### **Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)**

#### **Artikel 1**

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. de wet: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- b. gebruikelijke zorg: de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden;
- c. mantelzorg: langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg overstijgt.

#### **Artikel 2**

1. De verzekerde heeft behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, aanspraak op:
  - a. persoonlijke verzorging als omschreven in artikel 4;

- b. verpleging als omschreven in artikel 5;
- c. begeleiding als omschreven in artikel 6;
- [...]
- 2. [...]
- 3. De aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.
- 4. Bij ministeriële regeling kan de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid, nader worden geregeld en afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden.

#### **Artikel 4**

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid.

#### **Artikel 5**

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

#### **Artikel 6**

1. Begeleiding omvat activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- a. de sociale redzaamheid,
- b. het bewegen en verplaatsen,
- c. het psychisch functioneren,
- d. het geheugen en de oriëntatie, of
- e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

2. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde.

3. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bestaan uit:

- a. het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen,
- [...]

#### **Artikel 34**

1. In dit artikel wordt verstaan onder:
  - a. *ADL*: algemene dagelijkse levensverrichtingen;
  - b. *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;
  - c. *ADL-assistentie*: gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning.
2. Een verzekerde die in een ADL-woning woont, en voldoet aan de voorwaarden, bedoeld in artikel 2.9.3, eerste lid, onderdelen a tot en met d, van de Regeling

subsidies AWBZ, zoals dat artikel luidde voor 1 januari 2012, heeft tot 1 januari 2014 aanspraak op ADL-assistentie.

3. Dit artikel vervalt met ingang van 1 januari 2014.

## **Regeling subsidies AWBZ 2011**

### **artikel 2.9.3**

1. Voor een instellingssubsidie voor ADL-assistentie komt uitsluitend in aanmerking ADL-assistentie aan een verzekerde die is geregistreerd bij het College zorgverzekeringen 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 zelfredzaam is om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen;
  - e. [...]
2. [...]

## **Bijdrage besluit zorg (Bbz)**

### **Artikel 16a**

De verzekerde van 18 jaar of ouder draagt bij in de kosten van de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5 en 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, voor zover voor die zorg niet reeds op grond van de artikelen 4 of 14 een bijdrage is verschuldigd.

## **Regeling zorgaanspraken AWBZ (Rza)**

### **Artikel 1**

In deze regeling wordt verstaan onder:

[...]

- e. cliëntprofiel: een profiel [...] van zorgvragers met een vergelijkbare behoefte aan met verblijf samenhangende zorg en met vergelijkbare beperkingen op dezelfde terreinen, bij wie de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard en inhoud overeenkomen;
- f. zorgzwaartepakket: naar aard, inhoud en omvang bij een cliëntprofiel passende samenhangende zorg [...]

## **Zorgindicatiebesluit (Zib)**

### **Artikel 1**

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. de AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- b. indicatieorgaan: een indicatieorgaan als bedoeld in artikel 9a van de AWBZ;
- c. zorgvrager: degene ten behoeve van wie een aanvraag om een indicatiebesluit is ingediend;

- d. indicatiebesluit: het besluit van een indicatieorgaan waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang een zorgvrager in aanmerking komt voor een of meer vormen van zorg als bedoeld in artikel 2;
- e. het besluit: het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- f. cliëntprofiel: een profiel van zorgvragers met een vergelijkbare zorgbehoefte en beperkingen op dezelfde terreinen, bij wie de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard en inhoud overeenkomen en die op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste en tweede lid, of artikel 13, tweede lid, van het besluit zijn aangewezen;
- h. zorgzwaarte pakket: naar aard, inhoud en omvang bij een cliëntprofiel passende, samenhangende zorg als omschreven op grond van het besluit

## **Artikel 2**

Als vormen van zorg als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ worden aangewezen de vormen van zorg, bedoeld in de artikelen 4 tot en met 6, 8, 9, eerste en tweede lid, 9a, 10, 13, tweede lid, en 34 van het besluit, met uitzondering van:

- a. de zorg, bedoeld in artikel 5 van het besluit, voor zover het betreft advies, instructie en voorlichting door een aan de instelling verbonden gespecialiseerde verpleegkundige ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde;
- b. [...]

## **Artikel 6**

Voor zover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar:

- a. de algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager;
- b. de beperkingen die de zorgvrager in zijn functioneren ondervindt als gevolg van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
- c. de woning en de woonomgeving van de zorgvrager;
- d. het psychisch en sociaal functioneren van de zorgvrager;
- e. de sociale omstandigheden van de zorgvrager;
- f. de aard en de omvang van de aan de zorgvrager geboden professionele en niet-professionele hulp en zorg en de mogelijkheden tot continuering en uitbreiding daarvan;
- g. welk cliëntprofiel het beste bij de zorgvrager past.

## **Artikel 8**

Het onderzoek wordt verricht door personen dan wel organisaties die over voldoende deskundigheid beschikken om de aanvraag om een indicatiebesluit te kunnen beoordelen.

## **Artikel 13**

1. Indien een zorgvrager is aangewezen op een vorm van zorg of vormen van zorg als bedoeld in artikel 2 Bza, worden in het indicatiebesluit aangegeven:

- a. de vorm van zorg of vormen van zorg waarop de zorgvrager is aangewezen,
- b. de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de zorgvrager op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen, en
- c. de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm.

[...]

## **Regeling subsidies AWBZ (2013)**

### **Artikel 1.1.1**

In deze regeling wordt verstaan onder:

[...]

j. persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en vervoer: hetgeen daaronder wordt verstaan in het Besluit zorgaanspraken AWBZ;

[...]

p. persoonsgebonden budget: een subsidie waarmee de verzekerde onder de in paragraaf 2.6 genoemde voorwaarden aan hem te verlenen zorg als bedoelde in onderdelen j [...] kan inkopen.

### **Artikel 2.6.3**

1. Het zorgkantoor verleent een verzekerde een persoonsgebonden budget indien de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op [...] een of meer van de vormen van zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, eerste lid, onderdeel j.

[...]

### **Artikel 2.6.6**

...

4. Het zorgkantoor kan in het voordeel van de verzekerde afwijken van het derde lid indien het, met overeenkomstige toepassing van artikel 1a, tweede lid, van de Regeling zorgaanspraken AWBZ, oordeelt dat de verzekerde aanspraak heeft op meer zorg dan waarop hij op grond van het eerste lid van dat artikel aanspraak heeft. [...]

...

## **Kwaliteitswet zorginstellingen**

### **Artikel 2**

De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

### **Artikel 3**

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betreft hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. [...]

...

## Bijlage 4

### Financiële toelichting voor 24-uurszorg op afroep

Op dit moment zijn er 1.291 verzekerden die gebruik maken van ADL-assistentie.

Bij het vaststellen van de mogelijke kosten van een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep, is onder meer uitgegaan van de resultaten van gerandomiseerd onderzoek in het kader van de bekostiging van de ADL-assistentie. Hierin is vastgesteld dat de gemiddelde werkelijke zorgvraag binnen de huidige ADL-clusters 15,3 uur per week per verzekerde betreft,<sup>1</sup> met een uurtarief van € 60,70.<sup>2</sup>

Het CVZ merkt wel op dat in dat onderzoek geen rekening is gehouden met de relatie tussen de ADL-assistentie en andere AWBZ-zorg die in en om de woning wordt afgenomen. Zo kan de verzekerde voor verpleging nu een aparte indicatie aanvragen waarbij geen rekening wordt gehouden met de plaats van levering (in en om de woning of daarbuiten).

De potentiële groep verzekerden, dat wil zeggen de groep verzekerden die met ingang van 1 januari 2014 mogelijk aanspraak kan maken op 24-uurszorg op afroep, bestaat uit ongeveer 6.100 verzekerden. Aangenomen is dat ook deze groep op 15,3 uur ADL-assistentie per week, gemiddeld, aangewezen zal zijn.

#### Scenario A

Gemiddeld aantal uur per week*	Type zorg	Prestatiecode**	Uurtarief**	Kosten per jaar per verzekerde	Huidige ADL-cliënten***	Potentiële cliënten***	Totaal
15,3	ADL-assistentie	H100	€ 60,70	€ 48.293	€ 62.346.160	€ 294.538.519	€ 356.884.679

\* Bron: Nza (bewerking KPMG Advisory): Bekostiging ADL-assistentie.

\*\* Beleidsregel CA-300-547: Tijdelijke regeling ADL-assistentie.

\*\*\* Bron: CIZ (bewerking APE): 1.291 ADL-cliënten en 6.099 potentiële cliënten.

<sup>1</sup> Nederlandse Zorgautoriteit. Bekostiging ADL-assistentie. KPMG Advisory NV. Utrecht, 28 maart 2013.

<sup>2</sup> NZa-tarief 2013, Beleidsregel CA-300-547.



**Scenario A** bestaat voornamelijk uit persoonlijke verzorging en hand- en spandiensten en slechts een klein deel verpleging.

De omvang van de werkelijk benodigde verpleging in en om de woning is op dit moment niet inzichtelijk te maken, omdat dit niet afzonderlijk wordt geregistreerd.

**Scenario A** en het voorgestelde **integrale pakket van samenhangende zorg** voor *alleen in en om de woning* komen in grote lijnen met elkaar overeen.

Het verschil is dat het integrale pakket van samenhangende zorg uitgaat van een pakket dat *alle* persoonlijke verzorging, verpleging en hand- en spandiensten omvat die in en om de woning nodig zijn. Een aanvullende indicatie voor AWBZ-zorg in en om de woning is niet nodig.

Het CVZ heeft daarom ook de maximale kosten begroot, aangenomen dat de op dit moment in aanvulling op ADL-assistentie geïndiceerde verpleging alleen in en om de woning wordt afgenomen. Daarbij is uitgegaan van het in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) geregistreerde gewogen gemiddelde.<sup>3</sup>

### Integraal pakket van samenhangende zorg in en om de woning

Gemiddeld aantal uur per week*	Type zorg	Prestatiecode**	Uurtarief**	Kosten per jaar per verzekerde	ADL-cliënt***	Potentiële cliënt***	Totaal
15,3	ADL-assistentie	H100	€ 60,70	€ 48.293	€ 62.346.160	€ 294.538.519	€ 356.884.679
3,9	Verpleging	H104	€ 73,88	€ 14.983	€ 19.342.877	€ 91.380.488	€ 110.723.365
<b>Totaal</b>				<b>€ 63.276</b>	<b>€ 81.689.037</b>	<b>€ 385.919.007</b>	<b>€ 467.608.044</b>

\* **Bron: NZa (bewerking KPMG Advisory):** Bekostiging ADL-assistentie. **Bron: AZR** peildatum 01.01.13.

\*\* **Beleidsregel CA-300-547:** Tijdelijke regeling ADL-assistentie en **Beleidsregel CA-300-540:** Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2013.

\*\*\* **Bron: CIZ (bewerking APE):** 1.291 ADL-cliënten en 6.099 potentiële cliënten.

<sup>3</sup> Peildatum 1 januari 2013.

Bij **Scenario C** is uitgegaan van de maximale kosten zoals hiervoor begroot voor zorg in en om de woning plus de in de AZR geregistreerde gegevens over de op dit moment in aanvulling op ADL-assistentie geïndiceerde persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Het gaat om gewogen gemiddelden.<sup>4</sup> Hoeveel van deze geïndiceerde zorg daadwerkelijk wordt afgenomen, is niet geregistreerd. Bij het tarief voor persoonlijke verzorging en begeleiding is rekening gehouden met een beschikbaarheidscomponent.

### Scenario C

Gemiddeld aantal uur per week*	Type zorg	Prestatiecode**	Tarief**	Kosten per jaar per verzekerde	ADL-cliënt***	Potentiële cliënt***	Totaal
15,3	ADL-assistentie	H100	€ 60,70	€ 48.293	€ 62.346.160	€ 294.538.519	€ 356.884.679
13,1	Persoonlijke verzorging extra	H127	€ 52,97	€ 36.083	€ 46.583.365	€ 220.071.217	€ 266.654.582
3,9	Verpleging	H104	€ 73,88	€ 14.983	€ 19.342.877	€ 91.380.488	€ 110.723.365
3,0	Begeleiding extra	H150	€ 57,08	€ 8.904	€ 11.495.684	€ 54.308.424	€ 65.804.107
<b>Totaal</b>				<b>€ 108.263</b>	<b>€ 139.768.086</b>	<b>€ 660.298.647</b>	<b>€ 800.066.733</b>

\* **Bron: NZa (bewerking KPMG Advisory):** Bekostiging ADL-assistentie. **Bron: AZR** peildatum 01.01.13.

\*\* **Beleidsregel CA-300-547:** Tijdelijke regeling ADL-assistentie en **Beleidsregel CA-300-540:** Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2013.

\*\*\* **Bron: CIZ (bewerking APE):** 1.291 ADL-cliënten en 6.099 potentiële cliënten.

Voor een **integraal pakket van samenhangende zorg** waarbij de totale zorg als één pakket wordt gedefinieerd, komen de begrootte maximale kosten overeen met die voor **Scenario C**.

<sup>4</sup> Peildatum 1 januari 2013.

## Bijlage 5

### Financiële toelichting voor integraal pakket persoonlijke assistentie

Er zijn ongeveer 2.200 verzekerden die afhankelijk zijn van beademing, invasief en non-invasief. Daarvan worden er ongeveer 21% (bijna) volcontinu, meer dan 20 uur per etmaal, beademd. Ongeveer 86% van deze groep is 18 jaar of ouder. Het CVZ gaat daarom, afgerond, uit van een groep van 400 potentiële kandidaten voor een integraal pakket persoonlijke assistentie. Van deze groep is bij 80% sprake van invasieve beademing.

Het CVZ heeft eerst de maximale kosten begroot van de situatie waarbij de verzekerde verblijft in een instelling op basis van een indicatie voor een zorgzwaartepakket (ZZP). Er zijn drie ZZP's die het meest geïndiceerd worden voor verzekerden met (chronische) beademing: ZZP 5 LG, ZZP 6 LG en ZZP 8 VV.<sup>1</sup> Bij de begroting van de maximale kosten bij verblijf in een instelling is uitgegaan van het ZZP met het hoogste dagtarief (ZZP 8 VV) plus de toeslag voor ademhalingsondersteuning. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen verzekerden met non-invasieve beademing en verzekerden met invasieve beademing.

#### Dagtarieven 2013 inclusief verblijf en (Non)-Invasieve beademing

Type zorg	Prestatiecode*	Dagtarief*	Kosten per jaar per verzekerde	Aantal cliënten**	Totaal
ZZP 8VV Toeslag Non-invasieve beademing	Z081	€ 215,69	€ 78.727	80	€ 6.298.148
	Z921	€ 37,60	€ 13.724	80	€ 1.097.920
	<b>Subtotaal</b>		<b>€ 253,29</b>		<b>€ 92.451</b>
ZZP 8VV Toeslag Invasieve beademing	Z081	€ 215,69	€ 78.727	320	€ 25.192.592
	Z918	€ 200,29	€ 73.106	320	€ 23.393.872
	<b>Subtotaal</b>		<b>€ 415,98</b>		<b>€ 151.833</b>
<b>Totaal</b>			<b>€ 244.284</b>	<b>400</b>	<b>€ 55.982.532</b>

\* **Beleidsregel CA-300-537:** Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten.

\*\* **Bron: VSCA 2012:** circa 400 cliënten boven de 18 jaar die meer dan 20 uur per etmaal beademd worden, waarvan circa 80% invasief.

<sup>1</sup> Bureau HHM. Chronische ademhalingsondersteuning in de ZZP-systematiek. Enschede, 20 mei 2010.

De maximale kosten als de verzekerde die op verblijf is aangewezen de zorg in zijn eigen woning geleverd krijgt, heeft het CVZ berekend op basis van de kosten van ZZP 8 VV zonder de zogenoemde 'wooncomponent', het Volledig Pakket Thuis (VPT), plus de toeslag voor ademhalingsondersteuning. Het VPT omvat alle persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en huishoudelijke hulp.

#### Dagtarieven 2013 exclusief verblijf en (Non)-Invasieve beademing (Volledig Pakket Thuis)

Type zorg	Prestatiecode*	Dagtarief*	Kosten per jaar per verzekerde	Aantal cliënten**	Totaal
VPT 8VV	V081	€ 208,17	€ 75.982	80	€ 6.078.564
Toeslag Non-invasieve beademing	Z921	€ 37,60	€ 13.724	80	€ 1.097.920
<b>Subtotaal</b>		<b>€ 245,77</b>	<b>€ 89.706</b>		<b>€ 7.176.484</b>
VPT 8VV	V081	€ 208,17	€ 75.982	320	€ 24.314.256
Toeslag Invasieve beademing	Z918	€ 200,29	€ 73.106	320	€ 23.393.872
<b>Subtotaal</b>		<b>€ 408,46</b>	<b>€ 149.088</b>		<b>€ 47.708.128</b>
<b>Totaal</b>			<b>€ 238.794</b>	<b>400</b>	<b>€ 54.884.612</b>

\* **Beleidsregel CA-300-536:** Volledig Pakket Thuis en **Beleidsregel CA-300-537:** Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten.

\*\* **Bron: VSCA 2012:** circa 400 cliënten boven de 18 jaar die meer dan 20 uur per etmaal beademd worden, waarvan circa 80% invasief.

De hier aangegeven berekening is zuiver illustratief bedoeld en gebaseerd op het op dit moment gehanteerde uitgangspunt dat zorg in de thuissituatie niet meer mag kosten dan de zorg bij verblijf in een instelling. Het CVZ beoogt hiermee *niet* een financiële bovengrens te stellen aan een integraal pakket persoonlijke assistentie. Wat maatschappelijk aanvaardbare kosten zijn, is een politieke afweging.

## Bijlage 6

### Vervolg reacties externe partijen naar aanleiding van consultatie

In deze bijlage gaat het CVZ kort in op de vragen en opmerkingen van de geconsulteerde partijen die niet in hoofdstuk 7 zijn opgenomen. Voor verdere informatie verwijst het CVZ naar de bijgevoegde schriftelijke reacties.

#### **BTN**

BTN vindt dat bij de samenstelling van het integrale pakket rekening moet worden gehouden met het beroep dat de verzekerde kan doen op zijn informele netwerk als alternatief voor formele zorg. *Het CVZ merkt op dat dit geen onderdeel is van de aanspraak, maar van de indicatiestelling waarbij rekening wordt gehouden met gebruikelijke zorg, voorliggende voorzieningen enz.* Verder begrijpt het CVZ dat BTN uitgaat van de mogelijkheid dat de 24-uurszorg op afroep naar andere domeinen wordt overgeheveld. *De beleidsvoornemens van de staatssecretaris, zoals neergelegd in de brief van 3 oktober 2012, betreffen een nieuwe, structurele aanspraak voor 24-uurszorg op afroep binnen de AWBZ. Omdat de specifieke gevolgen van het Regeerakkoord voor deze nieuwe aanspraak nog niet bekend zijn, gaat het CVZ in deze uitvoeringstoets uit van de situatie waarbij de aanspraak binnen de AWBZ wordt gerealiseerd. Dit is in overleg met het ministerie van VWS besloten.*

#### **CIZ**

Het CIZ stelt voor zo snel mogelijk over te gaan tot herindicatie van de huidige bewoners en merkt op dat voor de voorgestelde wijze van indicatiestelling nadere afspraken met het ministerie van VWS noodzakelijk zijn. *Het CVZ raadt het CIZ aan dit met het ministerie op te nemen.* Verder vraagt het CIZ zich af hoe het moet omgaan met de indicatie voor een verzekerde die op vakantie in een niet aangepaste woning verblijft. *Het CVZ gaat er van uit dat deze situatie onder de huidige regeling ook voorkomt en vraagt zich af of dit bij een nieuwe aanspraak tot wijziging van indicatiestelling leidt. Het CVZ is het verder met het CIZ eens dat de wijze waarop de genoemde zorg wordt geformuleerd en in de wet wordt verankerd mede bepalend is voor de mogelijkheid om de nieuwe aanspraak te verzilveren met een PGB.* Ook vraagt het CIZ zich af hoe het integraal pakket persoonlijke assistentie zich verhoudt tot de criteria die toegang geven tot het verpleegkundig toezicht ter ondersteuning van de mantelzorg. *De criteria voor verpleegkundig toezicht<sup>1</sup> gaan uit van een verzekerde met chronische beademing in de thuissituatie die (deels) afhankelijk is van mantelzorgers. Een integraal pakket persoonlijke assistentie gaat er van uit dat een verzekerde 24 uur per etmaal een hulpverlener in de directe omgeving heeft.*

#### **Clëntenraad Fokus (CRF)**

De CRF acht het niet wenselijk als verzekerden met lichte cognitieve beperkingen aanspraak kunnen maken op 24-uurszorg op afroep. *Eén van de voorwaarden is dat de verzekerde voldoende sociaal zelfredzaam is. Lichte cognitieve beperkingen hoeven hieraan niet in de weg te staan.* Verder vindt de CRF consultatie van de behandelend (revalidatie)arts bij de indicatiestelling niet wenselijk. Ook vraagt de CRF bij de indicatiestelling rekening te houden met de intrinsieke menselijke vraag als gevolg van de lichamelijke beperkingen. *Het CVZ vindt consultatie van een (onafhankelijk) revalidatiearts wel van belang. Deze heeft ook beter zicht op minder duidelijke beperkingen, zoals energetische beperkingen. Dit voorkomt dat de beoordeling teveel een momentopname wordt. Informatie inwinnen bij de behandelaar van een verzekerde als dat nodig is, is overigens onderdeel van de indicatiestelling in het algemeen.* De CRF merkt verder op dat het feit dat toename van de uitvoeringslast voor zorgkantoor en indicatieorgaan als gevolg van deelbaarheid van functies niets afdoet aan het feit dat de wens

---

<sup>1</sup> Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2013, bijlage 5 Verpleging, punt 5.4.

bestaat dat mensen met een ernstige lichamelijke beperking recht hebben op een goed leven en gewoon meedoen. *Of deelbaarheid van functies mogelijk moet worden gemaakt, is een beslissing van de staatssecretaris.*

### **Fokus**

Fokus heeft begrepen dat het CVZ beoogt aan te sluiten op de doelgroep die op dit moment gebruik maakt van het ADL-clusterwonen. *Dit berust op een misverstand. Het CVZ heeft geen goed zicht op de huidige populatie van de ADL-clusters. De in de uitvoeringstoets gestelde cumulatieve voorwaarden voor de doelgroep sluiten deels wel aan op de voorwaarden zoals die op dit moment gelden, maar zijn niet gebaseerd op de huidige populatie.*

Fokus is het verder niet eens met de stelling dat het aannemelijk is dat de omvang van de indicatie voor de beoogde doelgroep al snel tien uur per week zal zijn, gezien de variatie in de omvang van de door de huidige populatie afgenomen zorg. *Dat de omvang van de zorgafname binnen de ADL-clusters op dit moment varieert, is bekend. Het CVZ is echter niet uitgegaan van de zorgafname van de huidige populatie.*

Ook geeft Fokus aan dat voor de zorg buiten de woning uitsluitend de benodigde tijd voor de zorghandelingen wordt geïndiceerd (en gefinancierd). *Ook bij de indicatiestelling voor de zorg in en om de woning wordt uitgegaan van de benodigde tijd voor de zorghandelingen. Als voor een aanspraak in de vorm van een integraal pakket van samenhangende zorg wordt gekozen, zoals het CVZ voorstelt, moet de financiering nader worden uitgewerkt.*

Fokus merkt op dat een integraal pakket waarin ook de zorg buiten de woning is opgenomen niet in lijn is met de voorkeur van de staatssecretaris. *De staatssecretaris heeft het CVZ de mogelijkheid gelaten om alternatieve scenario's voor te stellen. Het CVZ ziet daarin geen belemmering om met een voorstel te komen voor een scenario waarin de totale zorg is opgenomen. Daarnaast geeft Fokus aan dat een aanbieder van ZIN de zorg buiten de woning niet doelmatig en effectief kan organiseren, en dat onderaannemerschap tot teveel administratieve belasting leidt. Inderdaad kan sprake zijn van een zekere toename van administratieve belasting. In de afweging tussen een zekere toename van administratieve belasting en het belang van een integraal pakket, vindt het CVZ vooral het laatste belangrijk.*

Ook geeft Fokus aan dat zorg buiten de woning niet noodzakelijkerwijs nodig is op afroep, omdat er vaak iemand mee gaat of er wordt afgesproken op een bepaalde tijd en/of plaats.

Fokus stelt dat de zorg buiten de woning vaak op basis van een PGB wordt verleend en dat opname in een integraal pakket de kosten hiervan onnodig zal doen stijgen. Fokus doet een aantal voorstellen om deze problemen op te lossen, waaronder het invoeren van een voucher-systeem. *Omdat de AWBZ een natura-verzekering is, gaat het CVZ bij de berekening van de maximale kosten uit van natura-tarieven. Of een PGB voor een nieuwe aanspraak mogelijk wordt, is een beslissing van de staatssecretaris. Het toepassen van vouchers is voor verschillende doeleinden binnen de gezondheidszorg onderzocht. De nadelige gevolgen van het toepassen van dit systeem (onder andere de toename van de administratieve lasten) hebben er toe geleid dat dit systeem niet is ingevoerd. Dit is de reden dat het CVZ niet voor dit systeem van vouchers kiest voor een nieuwe aanspraak op 24 uurszorg op afroep.*

Fokus ziet graag dat de beschikbaarheid van oproep- en alarmeringsapparatuur in de voorwaarde bij de aanspraak wordt opgenomen, evenals de alarmopvolging en responstijden. *Het CVZ ziet de beschikbaarheid van oproep- en alarmeringsapparatuur als randvoorwaarden om 24-uurszorg op afroep te kunnen leveren. Alarmopvolging en responstijden zijn onderdeel van de levering: de zorgaanbieder moet passende en verantwoorde zorg leveren.*

Verder vraagt Fokus om eerbiediging van de lopende overeenkomsten tussen de huidige bewoners van ADL-clusters en de aanbieders/corporaties. Ook vraagt Fokus aandacht voor de door de staatssecretaris gevraagde 'eenvoudige uitvoering' voor alle betrokken partijen. Fokus stelt daarnaast ambtshalve omzetting van de indicaties voor als de aanspraak beperkt blijft tot de zorg

in en om de woning. *Dit is onderdeel van de verdere uitwerking van een nieuwe aanspraak op 24-uurszorg op afroep.*

Fokus geeft aan dat invoering van een eigen bijdrage ingrijpende gevolgen zal hebben voor verzekerden die wegens hun gezinssamenstelling geen gebruik maken van huishoudelijke hulp via de Wmo. *Het CVZ weet dat het ministerie van VWS hier onderzoek naar heeft uitgezet.*

Fokus vraagt zich af of het aantal potentiële gebruikers en het aantal uren verpleging waarvan het CVZ uitgaat, juist is. *Op dit moment is niet inzichtelijk te maken waar de naast de ADL-assistentie afgegeven indicatie voor verpleging wordt verzilverd. Daarom heeft het CVZ aannames gedaan, zoals in bijlage 4 aangegeven. Het aantal potentiële gebruikers is vastgesteld op basis van gegevens van het CIZ.*

Fokus vraagt verder aandacht voor de ondersteuning van mantelzorgers voor verzekerden met chronische beademing. *Met ingang van 1 januari 2013 is hiervoor een mogelijkheid gecreëerd.<sup>2</sup>*

Fokus raadt aan om het onderscheid tussen 24-uurszorg op afroep en 24-uursassistentie in verband met beademing duidelijker te omschrijven. *Het onderscheid tussen de beide aanspraken is dat de verzekerde in het geval van een integraal pakket persoonlijke assistentie iemand in zijn directe omgeving nodig heeft die bij calamiteiten direct kan ingrijpen. Of hier sprake van is, moet het indicatieorgaan aan de hand van een individuele beoordeling vaststellen.*

Daarnaast merkt Fokus op dat het CVZ zijn aanname dat een integraal pakket persoonlijke assistentie alleen in PGB is te realiseren, onvoldoende onderbouwt. *De vraag van de staatssecretaris betreft de mogelijkheden voor een integraal pakket persoonlijke assistentie in de vorm van een PGB.*

#### **NZa**

De NZa vraagt zich af of de definitie van maatschappelijke participatie in de uitvoeringstoets overeenstemt met de definitie uit de Wmo. *Het begrip ‘maatschappelijke participatie’ wordt niet als zodanig gedefinieerd in de Wmo.*

Verder merkt de NZa op dat het ontstaan van een vicieuze cirkel kan worden voorkomen door wachtlijsten te creëren zoals vergelijkbaar met het huidige systeem in de AWBZ. *Voor de ADL-assistentie bestonden tijdens de subsidieregeling wachtlijsten, maar in het systeem van een verzekering past dit niet. Een verzekerde heeft een wettelijke aanspraak op de AWBZ-zorg waarvoor hij een indicatie heeft.<sup>3</sup>*

Ook vraagt de NZa zich af of het creëren van deelbaarheid in functies voor andere cliënten in de AWBZ mogelijk wordt en wat de gevolgen daarvan dan zijn. *Of deelbaarheid van functies mogelijk moet worden gemaakt en wat daarvan dan de reikwijdte is, is een beslissing van de staatssecretaris.<sup>4</sup>*

#### **Osira**

Osira geeft aan dat zij in het integrale zorgaanbod van 24-uurszorg op afroep ook graag de huishoudelijke verzorging opgenomen ziet. *Het CVZ heeft hier bewust niet voor gekozen, omdat het op afspraak één of meerdere malen per week iemand ontvangen voor het reguliere, planbare huishoudelijk werk bij deze aanspraak acceptabel lijkt.*

#### **Per Saldo**

Per Saldo vindt de aanbeveling om de beschikbaarheid van passende woningen te stimuleren te beperkt. *Het CVZ kan dit niet verder invullen, omdat het niet de expertise hiervoor heeft.*

---

<sup>2</sup> Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2013, bijlage 5, onder 5.4.

<sup>3</sup> Paragraaf 4.b.

<sup>4</sup> College voor zorgverzekeringen. Uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL-clusterwoning. Diemen, 21 september 2010.

### **SWZ**

SWZ vraagt zich af hoe de voorwaarde dat een verzekerde over een aangepaste woning moet beschikken waar 24-uurszorg op afroep kan worden geleverd zich verhoudt tot bijvoorbeeld de situatie waarin de verzekerde de zorg met een PGB wil verzilveren. *Of de verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet en dus over een aan zijn beperkingen aangepaste woning beschikt, moet worden vastgesteld bij de indicatiestelling. Hoe de verzekerde vervolgens de zorg geleverd krijgt, in natura of via een PGB, is daarbij niet belangrijk.*

SWZ vindt het geen goed uitgangspunt om naar de omvang van de huidige zorgvraag in ADL-clusters te kijken<sup>5</sup>, omdat er op dit moment ook verzekerden in een ADL-clusterwoning wonen waarvoor de ADL-assistentie oorspronkelijk niet is bedoeld. *Het aangehaalde onderzoek is de enige gegevensbron waar het CVZ over beschikt als het gaat om de omvang van daadwerkelijk geleverde ADL-assistentie.*

### **Verenso**

Verenso stelt voor om in paragraaf 5.a. toe te voegen dat de levering van integrale zorg ook gestimuleerd kan worden door ketenzorgafspraken. *Dit valt buiten het bestek van de uitvoeringstoets.*

---

<sup>5</sup> Paragraaf 3.c. en paragraaf 5.b.1.