

*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 voorsnog 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*

#### **Cumulatieve voorwaarden**

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

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.

**Bijdragebesluit zorg**

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 extramurale 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 extramurale 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 geobjectiverde 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 zorgaanpak (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**

**QALY's**

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.

**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 ZZP.

De maximale kosten per verzekerde met non-invasieve beademing die in een instelling verblijft op basis van ZZP 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 ZZP 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 ZZP 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 insprekers 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 insprekers 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 insprekers 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 insprekers 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