

Uitvoeringstoets

AWBZ-zorg in ADL- clusterwoningen

Zorgvuldige overgang van subsidieregeling
naar AWBZ

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
Aanleiding	9
1.1 Verzoek UVT	9
1.2 Achtergrond financiering ADL-assistentie	9
1.3 Bekostiging binnen de Regeling subsidies AWBZ	9
1.3.1 Regeling subsidies AWBZ	9
1.3.2 Verstrekking subsidie binnen Regeling subsidies AWBZ	10
1.4 AWBZ-Systematiek	11
1.4.1 Beschrijving systeem	11
1.4.2 Bekostiging productie	12
2. Uitvoering	15
2.1 Herindicaties	15
2.2 Prestaties: ADL-assistentie versus AWBZ-geïndiceerde zorg	16
2.2.1 ADL assistentie binnen Regeling Subsidies AWBZ	16
2.2.2 Vergelijking ADL-assistentie met AWBZ-zorg	17
2.2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	18
2.2.4 Verschil leveringsvoorwaarden ADL-cluster en reguliere AWBZ-zorg	18
2.3 Tarieven: ADL-assistentie versus AWBZ-geïndiceerde zorg	20
2.4 Conclusie	21
3. Financiële gevolgen	23
3.1 De financiële gevolgen	23
3.1.1 Vergelijking tussen indicatie en realisatie	23
3.1.2 Vergelijking tussen potentiële AWBZ opbrengst en subsidieopbrengst	24
3.1.3 Financiële gevolgen voor zorgaanbieders	25
3.2 Bekostiging van ADL-units en technologische voorzieningen	27
3.3 Wenselijkheid van een overgangsregeling	27
4. Conclusie	29
4.1 Prestaties	29
4.2 Financiële gevolgen	30
5. Advies NZa	33
5.1 Onderzoek nieuwe prestatie 24-uurs alarmopvolging extramuraal	33
5.2 Financiële overgangsregeling	34
5.3 Contracteerruimte	35
Bijlage 1. Verzoek uitvoeringstoets	37
Bijlage 2. Gebruikte afkortingen	41

Vooraf

Op 1 januari 2012 vervalt de huidige subsidieregeling binnen de Regeling subsidies AWBZ op basis waarvan de assistentie bij algemeen dagelijkse levensbehoefte (ADL) binnen de ADL-clusters wordt bekostigd.¹ Het gevolg is dat met ingang van 2012 de zorg, voor zover het gaat om verzekerde zorg zoals neergelegd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), op reguliere wijze bekostigd zal worden. Doelstelling is om te voorzien in een zorgvuldige overgang naar reguliere bekostiging binnen de AWBZ, met als uitgangspunt de huidige zorgaanspraken in de AWBZ. De bewoners van ADL-clusters moeten met ingang van 2012 dan ook beschikken over een indicatie voor de in de AWBZ geldende extramurale aanspraken uitgedrukt in functies en klassen.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft na herindicatie van de bewoners van ADL-clusters een rapport uitgebracht welke aanspraak bestaat op AWBZ-zorg vanaf 1 januari 2012. Het gaat daarbij om de functies persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP) en begeleiding (BG). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht te onderzoeken of de huidige prestaties en tarieven geschikt zijn om de AWBZ-zorg in ADL-clusters te bekostigen. Hiertoe worden de prestaties zorginhoudelijk vergeleken met de geleverde ADL-assistentie in de ADL-clusters.

Daarnaast heeft het ministerie van VWS de vraag gesteld wat de financiële gevolgen zijn voor de aanbieders van ADL-assistentie wanneer deze volgens de reguliere AWBZ bekostigd gaan worden. Om deze vraag te beantwoorden is in deze uitvoeringstoets gekeken naar het verschil in tarief van de huidige subsidieregeling voor ADL-assistentie en de AWBZ-tarieven voor PV, VP en BG. Daarnaast zijn de gevolgen voor de opbrengsten van de overgang naar bekostiging in de AWBZ voor de huidige aanbieders van ADL-assistentie in de ADL-clusters in kaart gebracht. Om eventuele nadelige financiële gevolgen van de overgang naar de AWBZ op te kunnen vangen is bepaald of een overgangsregeling voor aanbieders van ADL-assistentie noodzakelijk is. Uitgangspunt voor deze afweging is de continuïteit en toegankelijkheid van zorg. Of de instandhouding van het concept ADL-cluster wonen in de huidige vorm na 1 januari 2012 kan worden gecontinueerd hangt grotendeels af van de wijze waarop zorgaanbieders samen met de cliënten de zorgverlening gaan invullen. Dit valt buiten de scope van deze uitvoeringstoets en is niet onderzocht.

Voor de totstandkoming van deze uitvoeringstoets is gebruik gemaakt van de expertise van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het CIZ. Wij danken beide instanties voor hun bijdrage.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

¹ Artikel 2.9.9 Regeling subsidies AWBZ.

Managementsamenvatting

Inleiding

Voor u ligt de uitvoeringstoets 'AWBZ-zorg in ADL-clusterwoningen'. In deze uitvoeringstoets geeft de NZa antwoord op de vragen die het ministerie van VWS heeft gesteld in het kader van de beëindiging van de huidige subsidie paragraaf ADL-assistentie.

De huidige subsidieregeling maakt het mogelijk dat lichamelijk gehandicapten zelfstandig kunnen wonen, in een aangepaste woning, binnen een cluster waar zorg op afroep 24 uur beschikbaar is. Binnen de subsidieregeling wordt aan drie zorgaanbieders subsidie verstrekt, waarbij één zorgaanbieder, tevens de grootste ADL-aanbieder, uitsluitend ADL-cluster zorg levert. Het ministerie van VWS hecht belang aan het zelfstandig kunnen blijven wonen van deze doelgroep.

Vergelijking Prestaties

Voor de overgang naar de AWBZ is een onderzoek uitgevoerd naar de geleverde assistentie binnen de ADL-clusters en naar zorg die binnen de AWBZ kan worden geleverd. Hierbij valt op dat de huidige ADL-assistentie voor een gedeelte ondersteuning betreft die niet binnen de AWBZ-aanspraken valt. Het gaat hierbij met name om diensten die in de reguliere bekostiging onder de Wmo, Zvw of mantelzorg zouden vallen. Daarnaast is er een verschil met de leveringsvorm binnen de AWBZ. Het zorgconcept maakt dat de ADL-cluster bewoners hun zorg niet op afspraak maar op afroep ontvangen. De op afroep beschikbare zorg kent binnen de ADL-clusters een beschikbaarheid van 24-uur. Vanuit doelmatigheidsoverwegingen is voor de extramurale AWBZ-zorg, planbare zorg het uitgangspunt en niet het leveren van zorg op afroep. Voor onplanbare zorg biedt de AWBZ in de extramurale zorg de mogelijkheid van 24-uurs beschikbaarheid. Dit betreft op afroep beschikbare onplanbare zorg binnen een redelijke tijd.

Voor de opvolging van alarmoproepen bij mogelijke levensbedreigende situaties is bovenstaande oproepbare zorg waarschijnlijk niet tijdig genoeg. Deze vorm van beschikbaarheid in de ADL-clusters, binnen 3-5 minuten een hulpverlener aanwezig bij de cliënt, is binnen de huidige extramurale AWBZ zorg niet leverbaar.

Financiële gevolgen

Conclusies die betrekking hebben op de toekomstige inkomsten van de huidige aanbieders zijn lastig te concretiseren. Enerzijds omdat het niet mogelijk is een voorspelling te maken wat geïndiceerde cliënten daadwerkelijk aan zorg gaan afnemen. Anderzijds omdat inkomsten sterk afhankelijk zijn van de mogelijkheden van de betreffende aanbieders om de zorg op basis van de AWBZ te organiseren en te combineren met Zvw- en Wmo-zorg. De aannames die gemaakt zijn voor de berekening van de opbrengsten na overgang naar de AWBZ zijn gebaseerd op de herindicatie cijfers van het CIZ.² Uitgaande van de door het CIZ geïndiceerde uren zorg voor de huidige cliënten en van de huidige tarieven voor de AWBZ-zorgprestaties, kan geconcludeerd worden dat de verwachte opbrengsten voor twee van de drie zorgaanbieders voldoende moet kunnen zijn om de huidige zorg te kunnen continueren.

² CIZ, Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters, september 2010.

Van één van de kleine aanbieders zijn op basis van de (onvolledige) herindicatie cijfers de verwachte opbrengsten lager. Uitgaande van de herindicatie cijfers is wel de voorwaarde dat de zorgaanbieders meer uren zorg gaan leveren, en dat deze uren uitsluitend bestaan uit directe cliënt contact tijd. Oproepen voor onplanbare zorg binnen afzienbare tijd zijn mogelijk binnen de AWBZ prestaties middels de module beschikbaarheid.

Advies

Vanwege het ontbreken van een prestatie voor 24-uurs alarmopvolging (binnen 3-5 minuten) in de AWBZ adviseert de NZa het ministerie van VWS hiernaar een onderzoek te laten uitvoeren. De uitkomst van een dergelijk onderzoek moet in de toekomst leiden tot een nieuwe prestatie met een onderbouwd tarief zodat de extramurale 24-uurs alarmopvolging geborgd is voor cliënten waarbij alarmopvolging noodzakelijk is om levensbedreigende situaties te voorkomen. Deze nieuwe prestatie zal AWBZ breed beschikbaar zijn en niet kunnen worden beperkt tot ADL-clusters.

Zolang het onderzoek loopt adviseert de NZa het ministerie van VWS een overgangsregeling te introduceren. De overgangsregeling biedt huidige aanbieders van zorg in ADL-clusters de gelegenheid te werken met de bekostigingssystematiek van de AWBZ. Om te voorkomen dat cliënten noodgedwongen een ADL-cluster zouden moeten verlaten vanwege het niet meer kunnen plaatsen van een noodoproep, adviseert de NZa in de overgangsregeling een financieel vangnet op te nemen.

Aanleiding

1.1 Verzoek UVT

Per 1 januari 2012 vervalt de subsidieparagraaf ADL-assistentie in de Regeling Subsidies AWBZ. In 2004 heeft het toenmalige kabinet besloten om alle bestaande premiesubsidies af te bouwen en voor zoveel als mogelijk de activiteiten onder de geëigende structurele financiering te brengen. De ADL-assistentie zal vanaf 2012, voor zover het verzekerende zorg betreft, op reguliere wijze bekostigd worden. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om een uitvoeringstoets ten aanzien van de overgang van ADL-assistentie naar reguliere bekostiging binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), met als doel de overgang per 1 januari 2012 op zorgvuldige wijze te laten verlopen. Daarbij benadrukt het ministerie van VWS belang te hechten aan het voortbestaan van het zorgaanbod zoals de bewoners van ADL-clusters die nu ook vanuit de geldende subsidie regeling ontvangen. Het ministerie van VWS heeft op 7 oktober 2010 de NZa verzocht te onderzoeken wat de financiële consequenties zijn voor de wijze van bekostigen voor de ADL-assistentie, zie bijlage 1.

1.2 Achtergrond financiering ADL-assistentie

In 1981 is subsidiëring van ADL-assistentie mogelijk gemaakt binnen de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (RGSHG), onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM). Met de inwerkingtreding van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid is per 1 juli 1999 de bevoegdheid tot het vaststellen van subsidieregelingen op grond van de Ziekenfondswet en de AWBZ bij de Minister van VWS komen te liggen. Dit heeft geresulteerd in de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (§2.7.3-5) die op 1 januari 2001 in werking is getreden.³ Sinds 1 januari 2006 is de subsidieverlening geregeld in de huidige Regeling subsidies AWBZ.

De subsidieregeling voor ADL-assistentie maakt het mogelijk dat lichamelijk gehandicapten zelfstandig kunnen wonen in een aangepaste woning. Vanwege de exploitatiebaarheid van deze vorm bevinden de ADL-woningen zich in een cluster van 16-24 woningen. Dit is de omvang sinds 2006, daarvoor was de ondergrens 12 woningen. Binnen de cluster ontvangen de cliënten zorg op afroep (24 uur beschikbaar), verleend vanuit de 24-uur per dag bezette post, de zogenoemde ADL-unit. Deze zorg betreft persoonlijke assistentie in en om de woning bij de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), die de cliënt vanwege zijn lichamelijke beperkingen niet zelf kan uitvoeren.

1.3 Bekostiging binnen de Regeling subsidies AWBZ

1.3.1 Regeling subsidies AWBZ

Op grond van de Regeling subsidies AWBZ (verder: subsidieregeling) kan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) subsidies verstrekken ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Subsidies uit

³ Sct. 2000, 233, p. 27.

het AFBZ zijn alleen mogelijk voor zorg of diensten waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in de te verzekeren prestaties AWBZ. De subsidies zijn altijd tijdelijk van aard. Daarmee is aangesloten bij het subsidiebeleid zoals dat met de brief van 13 november 2003 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer is meegedeeld.⁴ Dit beleid houdt in dat alle bestaande premiesubsidies die niet aan dit doel voldoen of al een lange duur hebben, zullen worden beëindigd en elders zullen worden onder gebracht.⁵ Artikel 2.9.9 van de subsidieregeling voorziet in deze beëindiging, per 1 januari 2012.

In 2009 is de subsidieregeling reeds vereenvoudigd door de paragrafen te schrappen die betrekking hadden op het subsidiëren van de bouw, de exploitatie en aanpassingen van ADL-woningen. Voor deze subsidies heeft het kabinet besloten dat de financiering reeds per 1 januari 2009 via de reguliere kanalen moet geschieden.⁶ Vanaf die datum is het aan de woningcorporaties om vergelijkbare voorzieningen te realiseren. Voor de aard- en nagelvaste individuele aanpassingen aan de woningen ligt er een plicht op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) voor gemeenten.⁷

1.3.2 Verstrekking subsidie binnen Regeling subsidies AWBZ

Het CVZ kan een instellingssubsidie verstrekken voor het verlenen van ADL-assistentie (art. 2.9.2). In de Algemene subsidiebepalingen van de subsidieregeling worden de voorwaarden voor (aanvraag van) subsidieverlening en de berekening en verstrekking van subsidie omschreven. Instellingssubsidie betreft ondersteuning van instellingen voor (een deel van) hun structurele activiteiten. Onder de kosten van de structurele activiteiten van een instelling kunnen ook de kosten voor 'overhead' worden verstaan.⁸

Bij de aanvraag van instellingssubsidie voor ADL-assistentie dient een onderbouwde begroting van het aantal uren te worden gevoegd. De subsidieverlening (art. 2.9.4) bestaat uit het product van het aantal begrote uren ADL-assistentie en het uurtarief (maximaal € 57,04). Het CIZ geeft een advies af voor de ADL-cliënten. Het zorgvolume wordt gebaseerd op een raming die globaal overeen dient te komen met het aantal geadviseerde uren ADL-assistentie in en om de woning voor wat betreft de functie PV voor de ADL-cliënten. Na afloop van het jaar wordt een aanvraag ingediend voor subsidievaststelling. De voorschotten worden dan verrekend met het vastgestelde subsidiebedrag. De subsidie wordt berekend door op de totale werkelijke kosten de ontvangen baten (rentekosten) in mindering te brengen.

Toegelicht wordt dat daarmee 'een meer transparante en beheersbare bekostiging wordt nagestreefd. Het is van belang dat per 2010 een controleberekening van het geraamde zorgvolume mogelijk wordt op basis van actuele gegevens van het CIZ. Mede uit het oogpunt van het perspectief van reguliere AWBZ-bekostiging is een onderbouwing van het uurtarief op basis van recente gegevens van belang'.⁹

Het definitieve subsidiebedrag voor ADL-assistentie wordt berekend door het werkelijke aantal verleende uren in een jaar tot ten hoogste het

⁴ Kamerstukken II 2003/04, 29 214, nr. 9.

⁵ Stcrt. 2008, 251, p. 12.

⁶ Kamerstukken II 2007/08, 26 631, nr. 261.

⁷ Stcrt. 2008, 251, p. 13.

⁸ In de toelichting wordt daarbij opgemerkt dat dit onder meer de kosten van de huur van een pand, verzekeringen e.d. betreft.

⁹ Stcrt. 2008, 251, p. 13.

aantal uren ADL-assistentie waarvoor ten behoeve van het betreffende jaar een instellingssubsidie is verleend, te vermenigvuldigen met een bedrag van maximaal € 57,04. Het subsidieplafond bedraagt voor het jaar 2011 € 73.200.000 (art. 2.9.5).

Voor een aanvraag voor instellingssubsidie zijn verschillende vereisten opgenomen in de subsidieregeling (§1.5). De subsidieregeling bevat daartegenover verschillende verplichtingen voor de ontvanger van instellingssubsidie voor ADL-assistentie (§1.8). De ontvanger heeft voorts de plicht de verlening van ADL-assistentie te registreren conform art. 2.9.7 (welke verzekerden, aantal uren, etc).

1.4 AWBZ-Systematiek

1.4.1 Beschrijving systeem

De AWBZ is een verplichte volksverzekering. De AWBZ dekt de hoge kosten als gevolg van een lichamelijke, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura (ZIN) geleverd door een instelling, of een persoonsgebonden budget (PGB) waarbij de verzekerde zelf zijn zorg inkoop. Voor de verlening van AWBZ zorg is een indicatie vereist die door het CIZ of Bureau Jeugdzorg wordt afgegeven.

De AWBZ bepaalt dat verzekerden met een aanspraak (grondslag) hun recht op zorg bij de zorgverzekeraar tot gelding kunnen brengen. De zorgverzekeraar heeft daartoe jegens de verzekerde een zorgplicht. De aanspraak op AWBZ gefinancierde zorg wordt geregeld in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza). De aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen (art. 2 lid 2 Bza). De begrippen doelmatigheid en redelijkheid stellen grenzen aan wat binnen de AWBZ wel en niet vergoed wordt.

De extramurale zorgaanspraken in de AWBZ zijn uitgedrukt in functies en klassen. Indicaties voor langdurige opname in een AWBZ-instelling worden afgegeven in de vorm van een zorgzwaartepakket (ZZP). Indien een verzekerde zijn intramurale indicatie om welke reden niet te gelde kan maken, bestaat er de keuze gebruik te maken van het Volledig Pakket Thuis (VPT). Met een VPT ontvangt de verzekerde de zorg aan huis, deze zorg kan alleen geleverd worden door een zorgaanbieder die is toegelaten voor verblijf (art. 1a Beleidsregel VPT, CA-436).

De uitvoering van de AWBZ is opgedragen aan zorgverzekeraars, waarbij een wettelijk mandaat en volmacht is toegekend aan de zorgkantoren. De zorgkantoren voeren de inkoop van zorg uit, in opdracht van de verzekeraars. Nederland is verdeeld in 32 zorgkantorregio's. Het zorgkantoor voert de AWBZ uit voor alle verzekerden die in zijn zorgregio wonen, dus ook voor verzekerden van andere zorgverzekeraars.

1.4.2 Bekostiging productie

De verzekerde met een indicatie voor AWBZ-zorg kan bij het zorgkantoor aanspraak maken op de geïndiceerde zorg. De zorgkantoren zullen voldoende prestaties in moeten kopen om aan hun zorgplicht jegens de verzekerde te voldoen. Dit betekent dat zij zodanig volume moeten contracteren bij zorgaanbieders, dat alle cliënten met een indicatie zo spoedig mogelijk de benodigde zorg krijgen.¹⁰

Hiertoe maakt het zorgkantoor jaarlijks productieafspraken met zorgaanbieders. Deze productieafspraken zijn leidend voor het AWBZ-budget van zorgaanbieders. Op grond van de productieafspraken en de geldende vastgestelde beleidsregels stelt de NZa de budgetten voor AWBZ zorgaanbieders vast. De zorgaanbieder dient jaarlijks een budgetverzoek in bij de NZa, dat wordt getoetst aan de beschikbare regionale contracteerruimte. Elk jaar wordt per regio een macrokader vastgesteld waarbinnen de AWBZ zorg ingekocht moet worden door het zorgkantoor.

In november kunnen zorgkantoor en zorgaanbieder, rekening houdend met de daadwerkelijke realisatie in de loop van het jaar, verzoeken om aanpassing (herschikking) van het budget. Daarnaast dienen de zorgkantoren en zorgaanbieders in november gezamenlijk de productieafspraken voor het komende jaar in.

De productieafpraak is een afspraak over een aantal (q) te leveren prestaties tegen een bepaalde prijs (p). De prijs – het tariefsoort – wordt op aanwijzing van de minister vastgesteld. Voor 2011 is de tariefsoort voor zowel de intramurale- en extramurale zorg een vast tarief.

In de Beleidsregels van de NZa worden de prijzen opgenomen die maximaal afgesproken kunnen worden voor de betreffende prestatie. Voor de extramurale zorg kan een prijs afgesproken worden tot het in de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg (CA-300-459) genoemde bedrag. Voor de intramurale zorg geldt voor 2011 dat afspraken gemaakt kunnen worden binnen een bandbreedte van 94% tot en met 100% van deze beleidsregelwaarden. Zorgkantoren en zorgaanbieders maken gezamenlijk afspraken over de prijs. Nadat die prijs door de NZa is vastgesteld, is sprake van een vast tarief. Dit betekent dat de zorgaanbieder voor één zelfde prestatie gedurende het hele jaar slechts één tarief kan declareren.

Voor de gehele intramurale zorg worden tarieven per dag afgesproken. In de extramurale zorg is sprake van een tarief per uur en voor begeleiding worden de tarieven in groepsverband per dagdeel afgesproken. De geleverde zorg wordt overeenkomstig de gemaakte afspraken met het zorgkantoor per maand of per vier weken gedeclareerd.

De bedragen in de Beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2011', CA-300-459 (verder: Beleidsregel extramurale zorg), zijn inclusief een normatieve kapitaallastcomponent. Deze kapitaallastcomponent is voor de investeringskosten die nodig zijn om de zorg adequaat te kunnen leveren. De investeringskosten zijn op basis van de bouwnormen van het Bouwcollege vastgesteld en vertaald in exploitatiekosten welke zijn verwerkt in de normatieve kapitaallastcomponent. De kapitaallasten zijn integraal onderdeel van de onderhandeling van de productieafspraken. Met deze integrale kosten

¹⁰ Op de systematiek van bekostiging met een PGB wordt hier niet verder ingegaan.

is bereikt dat instellingen worden afgerekend op basis van de gerealiseerde productie. Tevens bestaat de mogelijkheid om aanvullende investeringen in domotica en 24-uurspost te bekostigen op basis van de beleidsregel 'Zorginfrastructuur', CA-340. Tot slot geldt dat de geleverde zorg die kan worden gedeclareerd contacttijd betreft, in uren, tussen zorgverlener en cliënt in de werk- of thuissituatie. De tijd voor reizen, coördinatie, administratie en dergelijke worden niet gerekend tot geleverde zorg (art. 4.1 Beleidsregel extramurale zorg).

2. Uitvoering

Het ministerie van VWS heeft de NZa in het verzoek om de uitvoeringstoets verzocht (vraag a) of de verzekerde AWBZ-zorg die de ADL-cliënten krijgen is beschreven in de beleidsregels van de NZa of dat aanpassingen nodig zijn, zie bijlage 1. In dit hoofdstuk wordt op deze vraag ingegaan. Aan de hand van het herindicatietraject van het CIZ wordt allereerst duidelijk wat de zorg inhoudt in termen van aanspraken op AWBZ zorg in de zin van het Bza. Daarna wordt nader ingegaan op de inhoud van de huidige ADL-assistentie. Vervolgens worden zowel de prestaties als de tarieven binnen de huidige subsidieregeling vergeleken met de prestaties en tarieven in de Beleidsregel extramurale zorg.¹¹

2.1 Herindicaties

Het CIZ heeft in opdracht van het ministerie van VWS het herindicatietraject van de ADL-cliënten in september 2010 afgerond.¹² In totaal zijn 1155 indicatiebesluiten afgegeven. De herindicatie bestaat uit twee delen, een indicatie tot 1 januari 2012 waarbij zonder uitdrukkelijke toestemming van de cliënt geen veranderingen in de zorg zijn doorgevoerd en een indicatie vanaf 1 januari 2012 waarbij de ADL-assistentie is uitgedrukt in AWBZ-functies en klassen. Uit de resultaten van herindicatie door het CIZ van bewoners van de ADL-clusters blijkt dat 99,8% van alle cliënten een indicatie voor persoonlijke verzorging heeft, 40,3% een indicatie voor verpleging heeft en 78% van de bewoners van ADL-cluster heeft een indicatie voor begeleiding individueel. Deze zorgfuncties worden gefinancierd vanuit de AWBZ.¹³ Een belangrijke conclusie die het CIZ trekt uit de herindicaties is dat uit verschillende vergelijkingen blijkt dat het totaal aantal geïndiceerde uren AWBZ-zorg vanaf 1 januari 2012 hoger ligt dan het aantal verleende uren ADL-assistentie in 2009.¹⁴

De ADL-assistentie die, na het vervallen van de subsidieregeling, vanuit de reguliere AWBZ bekostigd wordt betreft uitsluitend extramurale zorg. Voor de extramurale zorg wordt een indicatie voor één of meerdere zorgfuncties afgegeven, uitgedrukt in functies en klassen.

Naast het indicatiebesluit wordt een advies afgegeven voor de leveringsvoorwaarden.¹⁵ Deze leveringsvoorwaarden zijn een handreiking voor de zorgverlening, waarbij het gaat om de (on)planbaarheid van de zorg en/of de nabijheid van de zorgverlener ten opzichte van de cliënt. De maatstaf voor de leveringsvoorwaarden is de zelfredzaamheid van de cliënt. Dit heeft tot gevolg dat het CIZ voor ADL-cliënten leveringsvoorwaarde A of B adviseert. Het advies dat daarmee aan het zorgkantoor en de zorgaanbieder wordt gegeven, is de zorg op vooraf afgesproken tijden met de cliënt te leveren (leveringsvoorwaarde A). Bij een advies voor leveringsvoorwaarde B moet de cliënt daarnaast – waar nodig – op onverwachte momenten om zorg kunnen vragen, maar omdat de cliënt deze zorg in een extramurale setting ontvangt moet de cliënt wel in staat zijn te wachten op de zorg.

¹¹ Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2011.

¹² CIZ, Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters, september 2010.

¹³ CIZ, Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters, september 2010.

¹⁴ CIZ, Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters, september 2010.

¹⁵ Zie hiervoor de CIZ Indicatiwijzer versie 3.0 en de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2011 (Ministerie van VWS).

Naast leveringsvoorwaarden A en B kent de Zorgindicatiewijzer leveringsvoorwaarden C en D. Deze voorwaarden hebben echter, behoudens een aantal uitzonderingsituaties, tot gevolg dat cliënten een indicatie ontvangen voor verblijf. Vanwege de zelfredzaamheid van die ADL-cluster cliënten, is bij geen van hen leveringsvoorwaarde C of D afgegeven. Alleen bij cliënten met een zorgvraag waarbij een gevaarlijke situatie kan ontstaan indien zorg niet in de nabijheid aanwezig is, had een advies kunnen worden gegeven voor leveringsvoorwaarde D. Tijdens het herindicatietraject is leveringsvoorwaarde D in overleg met de cliënt echter niet geadviseerd. De reden daarvoor is dat leveringsvoorwaarde D tot gevolg heeft dat een indicatie voor verblijf wordt afgegeven. Als gevolg van het feit dat cliënten in een ADL-cluster extramuraal verblijven kan de responstijd hoger zijn. De ADL-cluster zorgaanbieder garandeert echter een responstijd van 3-5 minuten waardoor momenteel geen risico bestaat op het voordoen van levensbedreigende situaties. In overleg met de zorgaanbieder en cliënt en in lijn met de wens van VWS dat deze cliënten extramuraal kunnen blijven, is door het CIZ besloten, in die gevallen, als advies leveringsvoorwaarde B met de indicatie mee te geven. Omdat deze cliënten door hun zelfstandige leefwijze in combinatie met hun vaak forse beperkingen extra zorg nodig hebben, heeft het extramuraal indiceren als gevolg dat de indicatie van deze cliënten vaak hoger uitpakt.

2.2 Prestaties: ADL-assistentie versus AWBZ-geïndiceerde zorg

2.2.1 ADL assistentie binnen Regeling Subsidies AWBZ

ADL-assistentie wordt in art. 2.9.1 onder b van de subsidieregeling omschreven als *'gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen'*. Deze omschrijving wordt toegelicht aan de hand van voorbeelden als hulp bij eten/drinken, verplaatsen, persoonlijke hulp en toilet maken en verpleegtechnische/medische assistentie.¹⁶ Het betreft zorg die bestaat uit persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding.¹⁷ In de praktijk betreft de zorg eveneens zogenaamde hand- en spandiensten. Huishoudelijke activiteiten maken geen deel uit van de ADL-assistentie. Op dit moment kan een cliënt 24 uur per dag een oproep doen op ADL-assistentie. De directe oproepbaarheid betekent in de praktijk dat ADL-clieñten de mogelijkheid hebben om 24 uur per dag een (nood)oproep te plaatsen, waarbij binnen een bepaalde tijdspanne (afhankelijkheid van aard oproep) een ADL-assistent bij de cliënt aanwezig is. ADL-assistentie wordt alleen verleend in en rondom de woning van het ADL-cluster.

De ADL-assistentie wordt verleend in een extramurale setting. Een ADL-woning wordt in de subsidieregeling beschreven als *'woning die deel uitmaakt van een aantal bij elkaar horende rolstoeldoorgankelijke sociale huurwoningen die tot stand zijn gekomen met behulp van subsidie uit de RGSHG of het AFBZ'*. Cliënten huren de ADL-woning die deel uitmaakt van een ADL-cluster van de woningbouwvereniging. In het huurcontract is opgenomen dat de cliënt zijn zorg in en om de woning in natura zal afnemen van de ADL-cluster zorgaanbieder.

¹⁶ Strct. 2008, 251, p. 13

¹⁷ Strct. 2008, 251, p. 13.

Cliënten die beschikken over een (ernstige) lichamelijke beperking die de wens hebben zelfstandig te wonen en daarbij de regie in eigen hand willen en kunnen houden, kunnen zich aanmelden als kandidaat voor bewoning van een ADL-clusterwoning bij CVZ. Na een positief advies van het CIZ kunnen deze cliënten zich op een door CVZ beheerde wachtlijst laten plaatsen. Voor het verkrijgen van ADL-assistentie dient de verzekerde, conform artikel 2.9.3, aangewezen te zijn op zorg op afroep, op een rolstoeltoegankelijke woning en minimaal 5 uur ADL-assistentie per week.¹⁸ Daarnaast dient de verzekerde zodanig sociaal zelfredzaam te zijn dat hij zelfstandig kan wonen en zelfstandig zijn zorg kan plannen en oproepen. Het CIZ screent de cliënten op deze specifieke criteria van de subsidieregeling. De uitkomsten worden opgenomen in het advies formulier waarin is aangegeven of de cliënt wel of niet voldoet aan de criteria en hoeveel ADL-assistentie (PV in een bepaalde klasse) de cliënt nodig heeft. Daarnaast voegt het CIZ een bijlage toe aan het AWBZ-indicatierapport, hierin is opgenomen hoeveel AWBZ-zorg geïndiceerd is.

2.2.2 Vergelijking ADL-assistentie met AWBZ-zorg

Zorginhoudelijk is ADL-assistentie grotendeels vergelijkbaar met de AWBZ-functies persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP) en begeleiding (BG). Daarnaast worden er als onderdeel van de ADL-assistentie zogenaamde hand- en spandiensten verleend. Onder de hand- en spandiensten worden activiteiten verstaan als was in of uit de wasmachine doen, boodschappen opbergen, de voorraad bekijken, het in- en uitklappen van de rolstoel, de banden van de rolstoel oppompen, het weggooien, legen en reinigen van de benodigdheden rondom toiletgang. Tevens omvatten hand- en spandiensten activiteiten omtrent mobiliteit zoals, het aanlijnen (en los- en vastkoppelen aan de rolstoel) van de hulphond. Deze diensten worden niet apart geïndiceerd, en vallen deels onder de AWBZ prestaties.¹⁹ In de reguliere extramurale AWBZ-zorg, Wmo-zorg en mantelzorg worden eveneens deze zogenaamde hand- en spandiensten verricht. De hand- en spandiensten zijn aldus niet uitsluitend aan de orde bij de ADL-assistentie maar komen binnen de gehele extramurale zorg voor. Het verschil is in deze dat het niet vanuit één bekostigingssysteem wordt geleverd.

Ter vergelijking van de huidige ADL-assistentie en de prestaties die onder de AWBZ vallen, is hieronder een overzicht gegeven. De genoemde percentages geïndiceerde zorg zijn overgenomen uit het CIZ herindicatie rapport.²⁰

AWBZ prestatie persoonlijke verzorging (PV)

– PV betreft 80% van de geïndiceerde zorg.

De meeste zorgactiviteiten binnen de huidige ADL-assistentie vallen onder de prestatie 'Persoonlijke verzorging'. Het doel van de prestatie persoonlijke verzorging is het geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (met inbegrip van enige begeleiding bij die activiteiten). Voorbeelden van zorgactiviteiten binnen de prestatie PV zijn hulp bij ADL-taken als wassen, kleden, eten en drinken, hulp bij beperkingen op het vlak van zelfverzorging.²¹

¹⁸ Tot 1999 was het minimum 1 uur ADL-assistentie per week.

¹⁹ Research voor Beleid, Onderzoeksrapport 'Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ', 9 juni 2004.

²⁰ CIZ, Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters, september 2010.

²¹ Beleidsregel extramurale zorg (onder 5).

AWBZ prestatie verpleging (VP)

– VP betreft 7% van de geïndiceerde zorg.

De verpleegtechnische handelingen die nu worden verleend aan de cliënten in ADL-clusters kunnen worden ondergebracht in de AWBZ prestatie VP.

Het doel van de deze prestatie is het uitvoeren van verpleegkundige handelingen met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening waaronder verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap. Zorgactiviteiten die hieronder vallen betreffen voornamelijk verpleegkundige interventies, zoals verpleegtechnisch handelen, controle lichaamsfuncties, wonden/of stomaverzorging, ondersteuning bij uitscheiding (katheter, etc.), inbrengen van maagsonde of katheter en het geven van injecties.²²

AWBZ prestatie Begeleiding (BG)

– BG betreft 13% van de geïndiceerde zorg.

Een deel van wat nu wordt aangeduid als ADL-assistentie valt onder de prestatie BG. Het doel van de prestatie BG is onder meer het bieden van activiteiten gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en het ondersteunen bij beperkingen op het vlak van zelfregie over het dagelijkse leven, waaronder begeleiding bij tekortschietende vaardigheden in zelfregelend vermogen. De zelfredzaamheid en de zelfregie vormen vaak geen probleem voor de ADL-bewoners, het kan echter wel gaan om behoud van zelfredzaamheid. Daarnaast gaat bij de ADL-bewoners om het bewegen en verplaatsen. De activiteiten binnen de prestatie BG zullen dan ook voornamelijk bestaan uit het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden en/of handelingen.

2.2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

ADL-assistentie betreft deels activiteiten gericht op maatschappelijke ondersteuning. Naast de AWBZ en de Zvw, zal ook vanuit de Wmo een gedeelte van de ADL-assistentie moeten worden gefinancierd. De Wmo heeft als doel om 'de onderlinge samenhang in de maatschappij te vergroten'. De hand- en spandiensten die momenteel vanuit de subsidieregeling bekostigd worden, passen deels bij de doelstellingen van de Wmo. Voor de hand- en spandiensten die huishoudelijk van aard zijn, zullen cliënten in de toekomst bij de gemeente, vanuit de Wmo, een aanvraag voor deze zorg moeten doen.

2.2.4 Verschil leveringsvoorwaarden ADL-cluster en reguliere AWBZ-zorg

Op grond van de indicatie van het CIZ, en het bijbehorende advies over de leveringsvoorwaarde, spreekt het zorgkantoor met de zorgaanbieder een prestatie af die aan de indicatie tegemoet komt. Naast de basisprestatie kan een module worden toegevoegd die samenhangt met de geadviseerde leveringsvoorwaarde. De grondslag voor deze module beschikbaarheid, is dat cliënten die aangewezen zijn op zorg, naar verwachting meerdere keren per week zorg inroepen buiten de afgesproken vaste tijden. In de beleidsregel extramurale zorg betreffen dit de prestaties PV-extra, VP-extra en BG-extra.

²² Beleidsregel extramurale zorg (onder 5).

Tevens kan een module worden toegevoegd in verband met een bijzondere doelgroep waaraan een functie wordt geleverd, dit is de module cliëntkenmerk. In de beleidsregel extramurale zorg betreffen dit de prestaties PV-speciaal en VP-speciaal en enkele BG-speciaal prestaties. Bij de module cliëntkenmerk ligt het accent op chronische gezondheidsproblemen en/of een complexe zorgvraag, waarbij hulp bij ADL voortdurend vervlochten moet zijn met verpleegkundige deskundigheid bij chronische ziekte.

Voor de zorg aan ADL-cliënten kunnen, gezien de geadviseerde leveringsvoorwaarde, prestaties met de module beschikbaarheid worden afgesproken, PV-extra en VP-extra. Voor de prestaties 'speciaal' komen ADL-cliënten niet in aanmerking nu de grondslag hiervoor in de indicatie onder andere een regieverlies betreft, hetgeen juist bij ADL-cluster cliënten niet aan de orde is.

De bedrijfsvoering in de ADL-clusters is op dit moment georganiseerd rondom zorg op afroep. Gezien het feit dat doelmatigheid het uitgangspunt is bij het indiceren van AWBZ-zorg is het denkbaar dat een gedeelte van de oproepbare zorg wordt omgezet in planbare zorg. De wijze waarop invulling wordt gegeven aan de zorgvraag gebeurt echter ook binnen de reguliere AWBZ in samenspraak tussen cliënt en zorgaanbieder. Planbare zorg zal vanuit het oogpunt van doelmatigheid veelal op afspraak gebeuren en niet op afroep.

De beperkingen van bewoners in een ADL-cluster brengen met zich mee dat een zorgverlener continu in de nabijheid dient te zijn. Omdat in een ADL-cluster meerdere cliënten in elkaars nabijheid wonen, zal de reistijd van de zorgverlener fors lager zijn dan gebruikelijk in de extramurale zorg. Dit impliceert dat, gezien de nabijheid van de zorgverlener, een deel van de planbare zorg op afroep zou kunnen plaatsvinden. Of hier in de praktijk ook invulling aan wordt gegeven is aan cliënt en zorgaanbieder om afspraken over te maken. Overigens bestaat bij een deel van de ADL-cluster bewoners een duidelijke wens ook zorg op afspraak geleverd te kunnen krijgen.²³

In de ADL-clusters wordt onder de huidige subsidieregeling zorg op afroep verleend. Stichting Fokus hanteert op dit moment een responstijd van 3-5 minuten op een noodoproep. Wanneer een oproep geen alarmopvolging betreft, is de responstijd afhankelijk van de beschikbaarheid van de zorgverlener en zal deze doorgaans langer zijn dan bij een noodoproep. In de AWBZ wordt, volgens de module beschikbaarheid, maximaal 10 minuten na de oproep van de cliënt contact opgenomen door een zorgverlener. Hiertoe bestaat 24 uur de mogelijkheid. Er bestaat geen AWBZ-prestatie die past bij de professionele alarmopvolging zoals die wordt geboden in de ADL-clusters, met een zeer korte responstijd bij een noodoproep. Bij een bepaalde groep binnen de cliëntenpopulatie in ADL-clusters kan als gevolg van de langere responstijd in de reguliere AWBZ een levensbedreigende situatie ontstaan, te denken valt aan cliënten met ademhalings- problematiek of -ondersteuning in de vorm van thuisbeademing.

²³ Research voor Beleid, Onderzoeksrapport 'Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ', 9 juni 2004.

Deze groep cliënten is in de reguliere AWBZ-zorg aangewezen op verblijf omdat extramuraal de benodigde responstijd niet door zorgaanbieders kan worden geleverd. Eerder is geconstateerd (zie §2.1) dat ADL-cluster cliënten geen indicatie voor verblijf ontvangen. Omdat de problematiek bij deze doelgroep niet gecombineerd is met cognitieve problemen of het onvermogen tot alarmeren zijn deze cliënten niet onder te brengen onder de huidige leveringsvoorwaarden. Hierdoor is het voor deze cliënten niet mogelijk om gebruik te maken van de prestatie Volledig Pakket Thuis (VPT). Het nadeel van een VPT is dat alle zorg geregeld wordt door de hoofdaannemer, in dit geval de aanbieder van de ADL-assistentie in de cluster. Hiermee verdwijnt de keuzevrijheid van de ADL-clustercliënt voor de zorglevering buiten de cluster. Daarnaast moet de hoofdaanbieder voor het leveren van de prestatie VPT (extramuraal) zijn toegelaten voor verblijf, momenteel voldoen niet alle ADL-clusteraanbieders aan deze vereiste.²⁴

2.3 Tarieven: ADL-assistentie versus AWBZ-geïndiceerde zorg

Het tarief voor ADL-assistentie binnen de subsidieregeling (per uur) omvat naast de kosten voor de zorg een aantal andere componenten, ditzelfde geldt voor de tarieven die binnen de AWBZ gehanteerd worden. Hieronder een overzicht van de opbouw van het tarief:

Tabel 1. Opbouw tarief

	Subsidieregeling	AWBZ
Zorg	PV, VP, BG, Wmo en Zvw	PV, VP, BG en BH. Met modules voor speciale cliëntkenmerken
Looptijden	Telt mee met zorgtijd	Telt niet mee met zorgtijd
Instandhouding	Instandhouding domotica	Nacalculatie op basis van beleidsregel zorginfrastructuur (domotica en centrale unit)
Beschikbaarheid	24 uur	Module beschikbaarheid, deels afroep
Afrondingstijd	Naar boven op 15 minuten	Op 5 minuten

De conclusie in de voorgaande paragraaf, dat ADL-assistentie niet uitsluitend is aan te merken als AWBZ-zorg, impliceert dat de tarieven niet zonder meer vergelijkbaar zijn. Binnen het tarief voor ADL-assistentie zijn daarnaast ook de kosten voor de instandhouding van de domotica opgenomen (€ 1,60 in 2009).

De subsidieregeling expliciteert in de toelichting dat de huidige zorg binnen ADL-assistentie dusdanige voorwaarden kent dat het niet mogelijk is deze binnen de reguliere AWBZ te laten vallen. Vanwege de financiering van collectieve voorzieningen via het tarief van ADL-assistentie is deze zorg duurder dan de reguliere AWBZ-zorg.²⁵

Bij bepaling van tarieven voor de module beschikbaarheid is uitgegaan van een bepaalde verhouding tussen zorg-op-afroep en planbare zorg. Dit heeft geleid tot de volgende tarieven voor de basiszorg en de module 'beschikbaarheid'.

²⁴ Beleidsregel extramurale zorg.

²⁵ Strct. 2008, 251, p. 12.

Tabel 2. Vergelijking tarieven Beleidsregel extramurale zorg en tarief subsidieregeling

Prestatie	Wmg-tarieven*			Subsidieregeling*	
	PV	BG	VP	Basis	Domotica
Basis	42,96	46,08	67,02		
Beschikbaarheid	3,16	4,76	3,39		
Totaal	46,12	49,47	71,78	55,44	1,60

* Tarieven 2009, in €

2.4 Conclusie

ADL-assistentie binnen de huidige subsidieregeling is voor een groot deel gelijk aan zorg waarop aanspraak bestaat in de AWBZ. Huidige ADL-cluster bewoners zijn door het CIZ geïndiceerd voor deze aanspraken op grond van de AWBZ. Zoals gezegd kan voor het grootste gedeelte van de ADL-cliënten, gezien de geadviseerde leveringsvoorwaarde, prestaties met de module beschikbaarheid worden afgesproken, namelijk PV-extra, VP-extra en BG-extra. Deze prestaties geven gedeeltelijk de ruimte om naast planbare zorg ook op afroep beschikbare zorg te leveren. De ruimte die hierdoor ontstaat, is echter niet geheel vergelijkbaar met de huidige 24-uurs op afroep beschikbare zorg zoals deze momenteel in de ADL-clusters geleverd wordt. Alarmopvolging met een responstijd van 3-5 minuten is binnen de extramurale AWBZ zorg op dit moment niet mogelijk.

De wijze waarop onder de subsidieregeling vorm is gegeven aan ADL-assistentie komt niet volledig overeen van de verzekerde AWBZ-zorg. De ADL-assistentie omvat naast AWBZ-zorg eveneens Wmo-zorg en Zvw-zorg. Gezien de alles omvattende ADL-assistentie zullen ADL-clustercliënten en zorgaanbieder vanaf 1 januari 2012 aangewezen zijn op meerdere financieringsstromen om de zorg te ontvangen en te leveren.

3. Financiële gevolgen

Het ministerie van VWS heeft de NZa in het verzoek om de uitvoeringstoets gevraagd welke financiële gevolgen de overgang heeft naar reguliere AWBZ-bekostiging voor de aanbieders van ADL-assistentie, uitgaande van de huidige NZa-maximumtarieven (vraag b). Daarnaast wordt de NZa gevraagd op welke wijze per 1 januari 2012 de kosten van nieuwe ADL-units en technologische voorzieningen die noodzakelijk zijn voor het leveren van de AWBZ-zorg op afroep kunnen worden bekostigd (vraag c). Tot slot vraagt het ministerie van VWS of overgangsregelingen uitvoerbaar zijn om financiële effecten die mogelijk aan de orde zijn, geleidelijk te effectueren (vraag d). Bovengenoemde vragen worden in dit hoofdstuk beantwoord.

3.1 De financiële gevolgen

Zoals in hoofdstuk 2 uiteengezet heeft het CIZ in 2010 het grootste deel van de bewoners van ADL-clusters voorzien van een nieuw AWBZ-indicatiebesluit.²⁶ De uitkomsten van dit herindicatietraject biedt de NZa de mogelijkheid op basis van de geïndiceerde zorg een inschatting te maken van inkomsten van de huidige aanbieders van ADL-assistentie.

3.1.1 Vergelijking tussen indicatie en realisatie

Van 949 ADL-cliënten is de individuele herindicatie 2009 en de gerealiseerde ADL-assistentie 2009 bekend. De geïndiceerde uren binnen genoemde besluiten zijn bij elkaar opgeteld en vertaald naar jaarbasis, waarbij rekening is gehouden met het aantal weken zorg dat aan ADL-cluster cliënten wordt geleverd. Dit omdat niet alle cliënten het hele jaar in zorg zijn geweest. Uitgangspunt voor het inschatten van de opbrengst bij bekostiging in de AWBZ is dat de zorg wordt afgenomen op basis van het midden van de bandbreedte binnen de geïndiceerde klasse. Uitzondering hierop is persoonlijke verzorging. Daarvoor is uitgegaan van de prestatienorm van 35% die in 2009 gold als gevolg van de bonus-malus regeling in de Beleidsregel extramurale zorg. Deze prestatienorm ziet toe op het percentage van het aantal uren dat gemiddeld door een zorgaanbieder binnen de geïndiceerde klassenbreedte voor genoemde prestaties wordt geleverd. Uit de nacalculatieverzoeken van afgelopen jaren blijkt dat meer dan de helft van de zorgaanbieders deze prestatienorm haalt. Het is daarom niet opportuun om voor de verwachte afname PV uit te gaan van het midden van de bandbreedte binnen de klasse.

Naast de herindicatie is van de 949 ADL-cliënten ook onderzocht hoeveel uren ADL-zorg zij hebben ontvangen in 2009. De geïndiceerde uren in het herindicatietraject zijn op basis van de verhouding tussen het aantal uren zorg dat de onderzochte cliënten ontvingen in 2009 en het totaal aantal gerealiseerde uren van de ADL-cluster zorgaanbieders volgens de subsidieafrekeningen 2009, geëxtrapoleerd naar de totale populatie ADL-cluster cliënten.

²⁶ CIZ, Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters, september 2010.

Het aantal verwachte uren zorg per zorgaanbieder op basis van de geïndiceerde uren is opgenomen in tabel 3.

Tabel 3. Vergelijking geïndiceerde en gerealiseerde uren op basis van verhouding geleverde uren.

	Hergeïndiceerde cliënten obv gerealiseerde uren (%)	Uren PV ^{27*}	Uren VP ^{**}	Uren BG ^{**}	Uren Totaal	ADL-uren 2009 (gerealiseerd)
Aanbieder 1	72	1.237.729	117.377	161.629	1.516.735	1.183.883
Aanbieder 2	41	17.563	1.394	5.093	24.050	24.545
Aanbieder 3	88	11.210	1.208	2.900	15.319	10.749
Totaal	71	1.266.502	119.980	169.623	1.556.104	1.219.177

* verwachte afname 35% van de klasse

** verwachte afname op het klassemidden

De huidige ADL-assistentie omvat zowel PV, VP en BG. Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om een uitspraak te doen omtrent de verdeling van deze prestaties over de gerealiseerde uren ADL-zorg 2009.²⁸

Binnen de subsidieregeling is het mogelijk om naast ADL-assistentie, AWBZ-zorg te ontvangen van andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld voor verpleegkundige handelingen. Aanbieders van zorg in ADL-clusters zijn overigens niet verplicht om alle geïndiceerde AWBZ-functies zelf te leveren, gedeeltelijk kan de zorg worden geleverd door andere aanbieders, mogelijk via onderaannemerschap.

Uit tabel 3 blijkt dat het totaal aantal uren dat naar verwachting op basis van de indicatie kan worden gerealiseerd, voor twee van de drie aanbieders fors hoger is dan het huidige aantal geleverde uren ADL-assistentie. Van aanbieder 2 hebben 13 van de 29 cliëntengenomen deel genomen aan het herindicatietraject. Omdat deze 13 mogelijke niet representatief zijn voor de totale populatie kent de extrapolatie een hoge mate van onzekerheid.

In tabel 1 (zie §2.3) worden de verschillen in registratie van de geleverde ADL-assistentie (looptijd, afrondingstijd) versus de wijze van declareren in de AWBZ (alleen directe contacttijd) aangegeven. Indien de gerealiseerde uren ADL 2009 volgens de AWBZ-voorwaarden zouden zijn geregistreerd zou dit aantal lager zijn dan nu onder de subsidieregeling.

3.1.2 Vergelijking tussen potentiële AWBZ opbrengst en subsidieopbrengst

Door de indicatiecijfers van het CIZ kan de potentiële AWBZ-opbrengst voor de ADL-cluster zorgaanbieders worden vergeleken met de huidige subsidieopbrengst. Om deze vergelijking te kunnen maken is een aantal keuzes en aannames gedaan die hieronder worden toegelicht.

²⁷ Dit betreft PV in en om de woning. Voor VP en BG is dit onderscheid in de indicatiecijfers niet gemaakt.

²⁸ KPMG, 'Ontwikkelmogelijkheden van Fokus in de AWBZ en daarbuiten', 17 september 2010. In het rapport heeft KPMG voor één van de ADL aanbieders (Fokus) een procentuele uitsplitsing gemaakt per uur ADL zorg. Dit is echter gebeurd op basis van interviews en niet cijfermatig onderbouwd door urenregistratie.

Keuzen voor AWBZ-prestaties

In de huidige Beleidsregel extramurale zorg van de NZa zijn de verschillende prestaties per functie opgenomen. Als gevolg van een beschikbaarheidsmodule kunnen de prestaties 'extra' worden afgesproken, hetgeen een hoger tarief betekent dan de 'basisprestatie'. Deze prestatie is bedoeld voor cliënten die meerdere malen per week zorg nodig hebben buiten de afgesproken tijden.

Bij de vergelijking tussen potentiële opbrengst in de AWBZ en de huidige subsidie is voor de af te spreken uren PV, de prestatie PV-extra als uitgangspunt genomen. Deze prestatie is voor ongeveer 95% van de cliënten in ADL-clusters noodzakelijk. Bij de overige 5% van de cliënten kan worden volstaan met volledig planbare zorg; PV-basis.²⁹

Voor de uren VP en BG is uitgegaan dat voor cliënten met een indicatie voor VP of BG, de prestatie 'extra' kan worden afgesproken omdat de zorg voor deze cliënten niet volledig planbaar is en zij daardoor leveringsvoorwaarde B krijgen geadviseerd bij het indicatiebesluit.³⁰

Schoning voor zorg buiten de AWBZ

In de berekeningen heeft de NZa geen rekening gehouden met de huidige geleverde zorg die niet onder de AWBZ valt, maar uit andere financieringsbron (Wmo, Zvw, eigen bijdrage) bekostigd dient te worden. Hierdoor kunnen de totale opbrengsten voor de ADL-cluster zorgaanbieders hoger uitvallen dan opgenomen in de tabel 4.

Schoning binnen ADL-tarief voor collectieve voorzieningen (zorginfrastructuur)

De subsidiebedragen voor 2009 uit tabel 4 zijn verminderd met een bedrag van € 1,60 per uur, zijnde kosten voor onderhoud en vervanging van collectieve voorzieningen (bijvoorbeeld domotica). De mogelijkheden voor de bekostiging hiervan worden besproken in §3.2.

3.1.3 Financiële gevolgen voor zorgaanbieders

Aannames zoals beschreven in §3.1.2. maken het mogelijk om de vergelijking te maken tussen de potentiële opbrengst op basis van geïndiceerde zorg in de AWBZ en de huidige subsidieregeling. Deze vergelijking is opgenomen in tabel 4.

Tabel 4. Vergelijking tussen potentiële AWBZ-opbrengst in 2012 en de huidige subsidie regeling (x1000).

	PV-extra*	VP-extra*	BG-extra*	Totaal obv indicatie 2009	Subsidie 2009
Aanbieder 1	€56.906	€8.425	€7.448	€73.327	€64.875
Aanbieder 2**	€807	€100	€252	€1.159	€1.468
Aanbieder 3	€515	€87	€142	€746	€548
Totaal	€58.228	€8.612	€8.391	€75.232	€66.891

*tarieven op basis van Beleidsregel extramurale zorg en aantal uren zorg op basis van tabel 3.

** Van deze aanbieder zijn 13 van de 29 cliënten hergeïndiceerd. De extrapolatie kent hierdoor een grote mate van onzekerheid.

²⁹ Research voor Beleid, Onderzoeksrapport 'Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ', 9 juni 2004. Hierin is opgenomen dat van de huidige bewoners 20% geïndiceerd kan worden voor PV-klasse 3, zonder VP en met leveringsvoorwaarde A (= planbare zorg).

³⁰ De beschikbaarheidsmodule bestaat uit ongeveer 7.1% van het basistarief. Omgerekend houdt dit in ongeveer 1 van de 14 uur het onplanbare zorg betreft.

De vergelijking tussen potentiële AWBZ-opbrengst en de ADL-subsidie 2009 toont aan dat de geïndiceerde zorg van cliënten bij aanbieder 1 en 3 mogelijkheden biedt om een omzet te genereren die hoger ligt dan de huidige subsidieregeling. De uiteindelijke totale opbrengst kan hoger liggen als gevolg van opbrengsten vanuit andere financieringsbronnen zoals Zvw en Wmo. De zorgaanbieders zullen voor deze opbrengst meer uren directe zorg moeten leveren. De uiteindelijke totale opbrengst zou ook lager kunnen liggen als minder zorg wordt afgenomen dan aangenomen in de berekeningen.

Bij de vergelijking moet echter de kanttekening worden geplaatst dat de geïndiceerde zorg geen garantie biedt voor de jaarlijkse gerealiseerde zorg en bijbehorende opbrengst. Verschillende factoren zijn hierop van invloed. De ADL-cluster cliënten zijn onder de subsidieregeling een andere leveringsvorm gewend dan gebruikelijk binnen de AWBZ. Dit betreft niet alleen de zorg op afroep, maar ook de afname van Zvw-zorg en ondersteuning vanuit de Wmo. In de levering van AWBZ-zorg is doelmatigheid leidend. Als gevolg daarvan zal een gedeelte van de zorg die ADL-bewoners nu afnemen meer planbare zorg worden. Een gedeelte van de zorg kan op afroep geleverd worden, indien dit door de clustering van een groep cliënten doelmatig kan worden aangeboden. De voorspelling over de gerealiseerde zorg op basis van de indicaties is vooraf moeilijk te maken. Een valide uitspraak kan pas worden gedaan als daadwerkelijk volgens de AWBZ-systematiek wordt geregistreerd en gedeclareerd.

De financiële gevolgen van de overgang van subsidieregeling naar de AWBZ zijn niet exact in kaart te brengen omdat deze sterk afhangen van de zorgafname van de cliënt en de mogelijkheid van de aanbieder om zijn organisatie daarop aan te passen. Hoewel bij de start van de subsidie regeling duidelijk was dat deze tijdelijk van aard was en de zorg na verloop van tijd via de reguliere AWBZ bekostigd zou worden is het afwachten hoe de huidige ADL-cluster zorgaanbieders zich hebben voorbereid op de aanstaande overgang per 1 januari 2012. Indien de ADL-cluster zorgaanbieders niet in staat zijn de bedrijfsvoering aan te passen, zoals het vergroten van de doelmatigheid van de levering van kan dit betekenen dat de inkomsten aanzienlijk minder zullen worden.

Op basis van de subsidieregeling mogen de aanbieders van ADL-zorg in clusters jaarlijks, indien de subsidieopbrengst hoger is dan de kosten, maximaal 10% van de subsidie toevoegen aan de reserve aanvaardbare kosten (RAK). Uit de rapportages van het CVZ blijkt dat de aanbieders de afgelopen jaren van deze mogelijkheid gebruik hebben gemaakt. Volgens de subsidieregeling moeten deze reserves na beëindiging van de regeling worden afgerekend.

Uit tabel 5 blijkt dat de aanbieders van ADL-assistentie allen in 2009 een solvabiliteit hebben die boven het gemiddelde ligt in de AWBZ-sector.

Tabel 5. Solvabiliteit percentages van de ADL-cluster zorgaanbieders

	Solvabiliteit 2009*
Aanbieder 1	30%
Aanbieder 2	36%
Aanbieder 3	29%
Landelijk GHZ aanbieders	23%

*Betreft solvabiliteit op basis van de geconsolideerde balans van de Jaarrekening 2009

Deze cijfers tonen aan dat de verhouding eigenvermogen en balanstotaal hoger ligt dan het landelijke gemiddelde. Dit biedt de zorgaanbieders de mogelijkheid om wisselende resultaten op te vangen. De solvabiliteit van de ADL-cluster zorgaanbieders is echter inclusief de RAK. Indien deze na beëindigen van de subsidieregeling moeten worden afgerekend neemt de solvabiliteit af.

3.2 Bekostiging van ADL-units en technologische voorzieningen

Het ministerie van VWS heeft in haar verzoek om een Uitvoeringstoets aan de NZa de huidige ruimtelijke situatie beschreven van waaruit de 24-uurs zorg op afroep aan de ADL-cluster cliënten geleverd wordt. De zorgaanbieders maken gebruik van een ADL-unit en bij de bouw aangebrachte domotica. Deze zijn eigendom van de woningcorporatie en worden onderhouden vanuit de exploitatie van de zorgaanbieders. Hiervoor is een bedrag van € 1,60 (prijsspeil 2009) in het subsidiebedrag per uur opgenomen. De vraag is hoe in de nieuwe situatie de kosten van (nieuwe) ADL-units en de collectieve voorzieningen (domotica) kunnen worden opgevangen.

Binnen de AWBZ is voor de bekostiging van dergelijke voorzieningen een regeling beschikbaar. Deze is vastgelegd in Beleidsregel CA-340; 'Zorginfrastructuur'. In de Beleidsregel is opgenomen dat de kosten van 'ruimten en/of technologische voorzieningen ten behoeve van het leveren van de oproepbare, niet planbare zorg op afroep met een hoge frequentie' vergoed wordt. Deze vergoeding kan alleen worden toegekend indien de zorgaanbieder gezamenlijk met zijn zorgkantoor een verzoek bij de NZa indient en er voor de betreffende kosten geen vergoeding op basis van andere beleidsregels van toepassing is. Onder deze kosten vallen de kosten van erfpacht, afschrijvingen en rente of huur en leasekosten die samenhangen met de investering in zorginfrastructuur. Hieronder kan, naast gebouwen, ook technische infrastructuur worden verstaan. Daarnaast vallen onder deze kosten ook kosten van energie, belastingen, inrichting en onderhoud. Kosten van personeel vallen niet onder overige huisvestingskosten.

De beschreven Beleidsregel zorginfrastructuur is een tijdelijke regeling. Deze beleidsregel wordt momenteel geëvalueerd. Onderdeel van de evaluatie is dat er onderzocht wordt hoe en waar de kosten van zorginfrastructuur structureel kunnen worden ondergebracht in de AWBZ.

De vergoeding voor de technologische voorzieningen van ADL-clusters op basis van de Beleidsregel zorginfrastructuur biedt daarom slechts een tijdelijke oplossing. Voor de structurele oplossing van bekostiging zal voor ADL-clusters hetzelfde gelden als voor de financiering van andere zorginfrastructuurprojecten.

3.3 Wenselijkheid van een overgangsregeling

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de financiële gevolgen van de overgang naar reguliere AWBZ-bekostiging voor de huidige aanbieders van ADL-zorg in clusters sterk afhankelijk is van de zorgafname van de cliënten. De indicatiestelling biedt slechts een voorspelling van opbrengsten vanuit de AWBZ. Deze voorspelling biedt echter geen zekerheden voor de aanbieders.

De werkelijke AWBZ-opbrengsten worden pas duidelijk na declaratie op basis van de geldende beleidsregels AWBZ. Dit heeft tot gevolg dat de NZa op dit moment niet met zekerheid uitspraken kan doen over de exploitatiemogelijkheden van de huidige ADL-cluster zorgaanbieders.

Vanwege de onzekerheid over de exploitatiemogelijkheden en omdat een gedeelte van de huidige ADL-assistentie, de alarmopvolging bij levensbedreigende situaties, niet volledig kan worden aangeboden op grond van de AWBZ-aanspraken, is een zorgvuldige overgangsregeling voor de huidige ADL-zorgaanbieders wenselijk. In hoofdstuk 5 wordt nader ingaan op deze regeling.

4. Conclusie

4.1 Prestaties

Uit de vergelijking in hoofdstuk twee blijkt dat de ADL-assistentie zoals deze geleverd wordt binnen een ADL-cluster, grotendeels vergelijkbaar is met de prestaties in de AWBZ-zorg zoals omschreven in de beleidsregels van de NZa. Tevens kan uit hoofdstuk twee geconcludeerd worden dat ADL-assistentie voornamelijk de functie PV betreft en voor een klein gedeelte de functies BG en VP. Daarnaast worden binnen ADL-assistentie ook diensten geleverd die geen AWBZ-zorg betreffen en daarom niet volgens de huidige AWBZ beleidsregels bekostigd kunnen worden.

De zorg die niet vanuit de AWBZ bekostigd wordt, betreffen activiteiten in het kader van de Zvw en Wmo. Voor cliënten zou dit betekenen dat zij voor een deel van de huidige ADL-assistentie, die niet onder AWBZ valt, gebruik moeten gaan maken van andere financieringsstromen. Deze zorg kan indien wenselijk worden afgenomen bij dezelfde zorgaanbieder die de AWBZ-zorg levert. Zoals ook bij huidige AWBZ-cliënten aan de orde is, zullen ADL-cluster bewoners daarnaast een beroep moeten doen op familie en/of de eigen sociale omgeving. Evident is dat de levering van deze zorg anders zal zijn dan nu het geval is.

Voor de zorgaanbieder is de consequentie van AWBZ-bekostiging dat de levering van een gedeelte van de huidige ADL-assistentie vanuit andere financieringsstromen wordt bekostigd. Het is aan de zorgaanbieder of hij de zorg die niet vanuit de AWBZ bekostigd wordt blijft leveren. De ADL-cluster zorgaanbieder kan zich inzetten om aanvullende ondersteuning en/of zorg vanuit de Wmo en de Zvw te kunnen gaan leveren. De zorgaanbieder zou daarmee de continuïteit voor de levering van de ondersteuning aan de cliënten binnen de cluster gedeeltelijk kunnen waarborgen.

Naast het feit dat niet alle onderdelen van ADL-assistentie vanuit de AWBZ worden bekostigd, verschilt de leveringsvorm van de prestaties in de AWBZ van de levering van zorg binnen de subsidieregeling. Het verschil wordt veroorzaakt door criteria die voor de indicatie van een leveringsvorm gehanteerd worden. Het advies bij het indicatiebesluit van het CIZ, omtrent de leveringsvorm, wordt bepaald vanuit het criterium van de regie van de cliënt. Vanwege de eigen regie die de ADL-cliënten kunnen voeren, wordt bij het merendeel van de cliënten leveringsvoorwaarde B geadviseerd. Als gevolg van de eigen regie kan bij deze cliënten, conform de huidige beleidsregels van het CIZ, geen hogere leveringsvoorwaarde worden afgegeven zonder dat een verblijfsindicatie het gevolg is. De combinatie tussen eigen regie en een hogere leveringsvoorwaarde is in de beleidsregels AWBZ niet uitgewerkt. Gezien het gegeven dat de cliënten extramuraal wonen verkiezen boven een intramuraal verblijf en alle consequenties daarvan accepteren, adviseert het CIZ leveringsvoorwaarde B.³¹ Hoewel de ADL-cluster zorgaanbieder de garantie geeft voor een alarmopvolging binnen enkele minuten is de cliënt zich bewust van het risico dat dat met zich meebrengt wanneer hieraan niet kan worden voldaan. De cliënt hecht echter veel belang aan de zelfredzaamheid. Omdat in de AWBZ moet worden gekozen voor de meest doelmatige manier van zorgverlening is het niet te voorkomen dat enige verandering zal optreden. Zoals in hoofdstuk twee is uiteengezet is de direct

³¹ CIZ, Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters, september 2010.

oproepbare zorg in de AWBZ slechts beperkt mogelijk. Hoewel de Beleidsregel extramurale zorg erin voorziet dat het zorgkantoor bij een advies voor leveringsvoorwaarde B zorg kan inkopen met een beschikbaarheidsmodule; PV-extra en VP-extra, zijn deze modules niet vergelijkbaar met de 24-uurs op afroep beschikbare zorg. De prestaties PV-extra en VP-extra voorzien in zorg die op afroep kan worden geleverd. Wanneer deze prestaties worden afgesproken *'kan de cliënt erop rekenen dat de zorgaanbieder naast planbare zorg ook oproepbare zorg levert binnen een redelijke tijd'*.³² Dit houdt in dat na overgang naar de AWBZ aan het merendeel van de ADL-cluster cliënten voor een (groot) gedeelte planbare zorg geleverd gaat worden. Dus zorg op een vast tijdstip in overleg met de zorgaanbieder, zoals gangbaar binnen de AWBZ. Dit betreft een wijziging ten opzichte van de ADL-assistentie die cliënten nu afnemen, gezien het feit dat binnen een ADL-cluster gedurende het gehele etmaal direct oproepbare ADL-assistentie wordt geboden.

Op basis van de grondslagen voor aanspraak op AWBZ-zorg is de huidige groep ADL-cluster bewoners geen separaat af te bakenen doelgroep ten opzichte van andere AWBZ-cliënten³³. Ook de zorg vanuit de Zvw, Wmo en mantelzorg binnen ADL-assistentie, maakt dat het onmogelijk is de ADL-assistentie in één AWBZ-prestatie te omvatten.

Het neerleggen van de huidige ADL-assistentie in een specifieke prestatie voor extramurale zorg inclusief de 24-uurs zorg-op-afroep is gezien bovenstaande niet mogelijk. Daarnaast betekent een nieuwe specifieke prestatie voor ADL-assistentie dat deze prestatie voor de gehele AWBZ geldt en dus ook aan cliënten buiten de clusters kan worden geleverd. Deze cliënten hebben, indien zij beschikken over eenzelfde indicatie, immers dezelfde aanspraak.

In hoofdstuk twee is geconstateerd dat voor een gedeelte van de huidige ADL-cluster cliënten, wanneer direct oproepbare zorg met een zeer korte responstijd niet mogelijk is (in de vorm van alarmopvolging), levensbedreigende situaties kunnen ontstaan. Wanneer deze verandering betekent dat 24-uurs alarmopvolging met een zeer korte responstijd in de extramurale setting niet meer is gegarandeerd, zal dit voor cliënten in het ADL-cluster die hiervan afhankelijk zijn een knelpunt ontstaan.

4.2 Financiële gevolgen

Uitgaande van de geïndiceerde uren voor de huidige bewoners en van de huidige tarieven voor de extramurale zorgprestaties is berekend dat twee van de drie zorgaanbieders voldoende AWBZ-inkomsten kunnen verkrijgen om de huidige kosten te dekken.

Bij de derde zorgaanbieder is slechts een klein deel van de huidige ADL-cluster bewoners geïndiceerd. Aangenomen is dat, gezien de geringe omvang van de geherïndiceerde bewoners (<50% van het totaal aantal bewoners), deze groep geen representatief beeld geeft van de totale ADL-cluster populatie van deze aanbieder.

De zekerheid dat de geïndiceerde uren ook daadwerkelijk afgenomen zullen worden, bestaat niet. Dit maakt een exacte voorspelling van financiële gevolgen van de overgang naar reguliere AWBZ-bekostiging voor de huidige ADL-zorgaanbieders niet mogelijk. Daarnaast is onzeker wat uit andere bronnen zoals Wmo en Zvw bekostigd zal worden.

³² Beleidsregel extramurale zorg.

³³ CVZ, Uitvoeringstoets AWBZ-zorg in en om de ADL-clusterwoning, 2010.

Geconstateerd is dat alle aanbieders van ADL-zorg in clusters aanzienlijke reserves hebben opgebouwd. Indien de opgebouwd reserves behouden blijven na beëindiging van de subsidieregeling moet dit worden betrokken bij de vormgeving van een eventuele overgangsregeling.

In de nieuwe situatie zullen de kosten van (nieuwe) ADL-units en de collectieve voorzieningen (domotica) worden opgevangen binnen de huidige mogelijkheden die de beleidsregel Zorginfrastructuur daarvoor biedt.

5. Advies NZa

Voorop staat dat de AWBZ doelmatig moet worden uitgevoerd. Zorgverlening waarbij de cliënt bepaalt wanneer de zorg geleverd dient te worden, past niet in deze gewenste doelmatigheid. Dit impliceert dat voor zowel de cliënten als de zorgaanbieder veranderingen zullen optreden zodra de ADL-assistentie wordt bekostigd binnen de reguliere AWBZ.

Hoewel geconcludeerd is dat een groot deel van de ADL-assistentie is te bekostigen vanuit de reguliere AWBZ heeft de NZa een knelpunt geconstateerd bij bekostiging van de 24-uurs oproepbare alarmopvolging. Het betreft hier de alarmopvolging in de extramurale setting gecombineerd met de noodzaak van een zeer korte responstijd. Indien geen alternatief wordt geboden voor deze vorm van 24-uurs alarmopvolging, zou opname in een intramurale instelling noodzakelijk zijn. De NZa adviseert onderzoek te laten uitvoeren naar mogelijkheden voor de bekostiging van de 24-uurs extramurale alarmopvolging. Omdat de overgang naar bekostiging vanuit de AWBZ voorsnog onzekerheid kent in de continuïteit van de bedrijfsvoering van de ADL-cluster zorgaanbieders adviseert de NZa een overgangsregeling welke de ADL-clusters zorgaanbieders in staat moet stellen de bedrijfsvoering op de nieuwe situatie aan te passen.

Het advies is als gevolg van bovenstaande conclusie tweeledig. De NZa acht het essentieel dat een kostenonderzoek wordt uitgevoerd om de geconstateerde leemte in de extramurale zorgprestaties op te lossen. Het onderzoek moet inzicht verschaffen in de omvang en kosten van 24-uurs alarmopvolging in de ADL-clusters ter voorkoming van levensbedreigende situaties. De uitkomsten van een dergelijk kostenonderzoek dragen tevens bij aan de onzekerheid over de opbrengsten die zorgaanbieders kunnen realiseren in een ADL-cluster, bij reguliere bekostiging binnen de AWBZ. Gedurende de uitvoering van een dergelijk onderzoek adviseert de NZa een overgangsregeling die tijdelijk, vanwege de mogelijke vermindering van opbrengsten, als financieel vangnet moet dienen.

5.1 Onderzoek nieuwe prestatie 24-uurs alarmopvolging extramuraal

De NZa adviseert, vanwege de veranderingen voor zowel cliënten als zorgaanbieders, om de ADL-cluster zorgaanbieders en daarmee ook de ADL-cluster cliënten niet zonder meer over te laten gaan naar bekostiging vanuit de reguliere AWBZ. De overgang heeft, zoals geconstateerd in hoofdstuk twee, voornamelijk gevolgen voor de beschikbaarheid van zorg op afroep. Deze zal afnemen ten aanzien van de huidige 24-uurs beschikbaarheid van direct oproepbare zorg binnen de subsidieregeling. Een deel van deze zorg kan worden vervangen door planbare zorg. Voor dat deel van de zorg dat wel directe oproepbaarheid vergt, omdat het een levensbedreigende situatie betreft, moet gezocht worden naar een andere oplossing.

Geconcludeerd is dat de zorg die de ADL-cluster bewoners ontvangen inhoudelijk grotendeels niet verschilt van de zorgaanpakken binnen de AWBZ, zoals neergelegd in de vorm van prestaties in de Beleidsregel extramurale zorg. Wel bestaat een essentieel verschil in de leveringsvorm. Voor die cliënten waarvoor de leveringsvorm in de

reguliere AWBZ tot gevolg heeft dat de zorg op basis van de huidige beleidsregels, niet langer in een extramurale setting kan worden geleverd, moet een structurele oplossing komen. De NZa constateert dat voor deze groep cliënten in de huidige prestaties binnen de AWBZ geen extramurale zorg mogelijk is. Het gaat hier om cliënten die eigen regie voeren en voldoende zelfredzaam zijn, maar in een levensbedreigende situatie terecht komen wanneer alarmopvolging met korte responstijd niet beschikbaar is.

Vanwege de eigen regie en zelfredzaamheid van de ADL-cluster cliënten, waardoor extramurale zorg wenselijk is, adviseert de NZa voor deze groep een prestatie met passend tarief te maken die alarmopvolging bij levensbedreigende situaties mogelijk maakt. Een dergelijke prestatie vergt onderzoek naar de doelgroep waarvoor deze prestatie bedoeld is, met bijbehorend onderzoek naar de kosten van de direct oproepbare zorg. Omdat geen inzicht bestaat in de omvang van de noodoproepen, in aantallen noch in kosten, moet worden onderzocht voor welke doelgroep en binnen welke setting deze vorm van zorg doelmatig kan worden geboden. Alleen aan de hand van een grondig onderzoek kan een definitieve prestatie binnen de extramurale zorg, met een onderbouwd passend tarief worden vastgesteld. Indien een nieuwe prestatie voor alarmopvolging wordt vastgesteld zal deze niet alleen beschikbaar zijn voor ADL-cluster bewoners maar voor alle AWBZ-clieënten met een overeenkomstige indicatie.

In het onderzoek is het noodzakelijk een goede afbakening van de doelgroep te maken zodat deze middels indicatiestelling onderscheiden kan worden. Gedacht kan worden aan uitbreiding, herziening of aanpassing van de leveringsvoorwaarden.

Het onderzoek moet zodanig worden vormgegeven dat naast het in kaart brengen van de alarmopvolging ook onderzocht wordt wat de omvang van de onplanbare zorg is. Daarop aansluitend moet gekeken worden naar de impact van het omzetten van op-afroep-beschikbare- naar planbare-zorg voor de cliënten. Wanneer dit een zodanige achteruitgang in de kwaliteit van wonen betekent dat het voor veel ADL-cluster cliënten niet langer mogelijk is extramuraal de zorg te ontvangen, is het een politieke afweging, om ook voor deze cliënten een passende prestatie vast te stellen. Ook hiervoor geldt dat de doelgroep te onderscheiden moet zijn bij de indicatiestelling.

De mogelijkheid om de zorg te financieren vanuit een VPT of PGB stuit momenteel op inhoudelijke en juridische bezwaren. Toch ziet de NZa, wanneer deze bezwaren worden weggenomen, mogelijkheden om in de toekomst deze financieringsvormen in te zetten voor de bekostiging van de ADL-clusterzorg. Omdat beide vormen van financiering geschikt zijn voor het inspelen op de cliëntspecifieke behoefte voor de inzet van zorg, kan dit de ADL-cluster bewoners meer keuzevrijheid geven. De NZa adviseert daarom om ook deze vormen van bekostiging in het (kosten)onderzoek mee te nemen.

5.2 Financiële overgangsregeling

Omdat de financiële gevolgen van de overgang naar bekostiging vanuit de reguliere AWBZ voor de huidige ADL-cluster zorgaanbieders onzeker zijn, adviseert de NZa, bij beëindiging van de subsidieregeling, de ADL-cluster zorgaanbieders een overgangsregeling te bieden. Deze regeling zou kunnen inhouden dat de aanbieders, om een geleidelijke overgang te bewerkstelligen, een financieel vangnet wordt geboden.

Zorgkantoor en zorgaanbieders maken productieafspraken voor het leveren van zorg in ADL-clusters door middel van prestaties met beschikbaarheidmodule. Op basis van het verschil tussen productieafpraak en het subsidiebedrag wordt een herallocatiebedrag bepaald.

In de daarop volgende jaren wordt, om een geleidelijke overgang naar de AWBZ te bewerken, het herallocatiebedrag afgebouwd. De wijze en de snelheid van de afbouw van de herallocatie zal nog moeten worden bepaald. Dit is ondermeer afhankelijk van of de zorgaanbieders de opgebouwde RAK mogen behouden na beëindiging van de subsidieregeling. Indien de zorgaanbieders de RAK niet zouden inleveren is de vermogenspositie van de zorgaanbieders ruimer en zou gekozen kunnen worden voor een snellere afbouw naar volledige bekostiging op grond van gerealiseerde prestaties zoals dit in de AWBZ gangbaar is.

De overgang voor de ADL-cluster zorgaanbieders naar een andere bekostigingssystematiek verloopt daarmee geleidelijk. Hiermee krijgen zowel cliënten als de huidige aanbieders van ADL-assistentie in clusters voldoende tijd om op de veranderingen in de bekostiging te anticiperen en reageren. Daarnaast borgt de overgangsregeling de continuïteit van de zorg zolang onderzoek wordt gedaan naar de doelgroep en kostprijs voor de prestatie voor 24-uurs extramurale alarmopvolging. De overgangsregeling zal in ieder geval van kracht moeten zijn tijdens het onderzoek naar de alarmopvolging zodat voorkomen kan worden dat ADL-cliënten genoodzaakt zijn naar een intramurale setting te verhuizen, omdat levensbedreigende situaties ontstaan wanneer de mogelijkheid voor het plaatsen van noodoproepen zou komen te vervallen. De overgangsregeling impliceert daarmee dat de zorgaanbieder verplicht is de 24-uurs alarmopvolging met een responstijd van 3-5 minuten te blijven leveren.

5.3 Contracteerruimte

VWS heeft in zijn verzoek voor de UVT aangegeven dat het bedrag beschikbaar voor de ADL-clusters aan de contracteerruimte van de desbetreffende zorgkantoren zal worden toegevoegd, zie bijlage 1. Gedurende het eerst jaar van het traject (2012) van de overgangsregeling adviseert de NZa echter het bedrag dat vanuit de subsidieregeling beschikbaar blijft voor de financiering van de ADL-clusters, niet in de reguliere contracteerruimte op te nemen. Vanwege de onzekerheden die bestaan voor de opbrengsten die de ADL-cluster aanbieders zullen genereren (zie §3.1.3), acht de NZa het wenselijk om het financiële kader van waaruit de aanbieder van zorg in een ADL-cluster bekostigd moeten worden in 2012 in een geormerkte contracteerruimte te plaatsen.

Met ingang van 2013 zou het gedeelte waarover productieafspraken worden gemaakt in de contracteerruimte kunnen worden opgenomen.³⁴ Immers, de herindicatie besluiten van de cliënten zijn sinds september 2010 bekend, evenals de naderende overgang naar bekostiging op basis van AWBZ prestaties. Zorgaanbieder en zorgkantoor hebben daarmee voldoende gelegenheid om in november 2012 reële productieafspraken te maken.

³⁴ Momenteel doet APe een onderzoek naar de verdeling van de contracteerruimte op basis van o.a. indicaties. Bij afronding van dit onderzoek zal moeten worden gekeken wat de effecten zijn voor de ADL-clusters.

De NZa adviseert om de herallocatie gedurende de duur van de overgangsregeling, geormerkt buiten de contracteerruimte te houden, zodat de alarmering bij levensbedreigende situaties geborgd blijft.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de het ministerie van VWS bezig is met de overheveling van de uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars (UAZ). Deze systeemwijziging staat gepland voor 2013. Dit zal consequenties hebben voor de uitvoering van de overgangsregeling zoals hierboven is geadviseerd.

Bijlage 1. Verzoek uitvoeringstoets

10D0036676Nederlandse Zorgautoriteit, 10D0036676 1 van 5

Nederlandse Zorgautoriteit

10D0036676 ontvangen 08/10/2010



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de heer Langejan
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Directie Langdurige Zorg

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

Inlichtingen bij

H.G. van der Burg
hg.vd.burg@minvws.nl
T 070 340 6436

Ons kenmerk

DLZ/SFI-U-3023715

Bijlagen

Uw brief

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

Datum: **07 OKT. 2010**

Betreft: Aanvraag Uitvoeringstoets AWBZ-zorg in ADL-clusterwoningen

Geachte heer Langejan,

1. Inleiding

Per 1 januari 2012 zal de subsidieparagraaf ADL-assistentie in de regeling Subsidies AWBZ worden beëindigd. In 2004 heeft het toenmalige kabinet besloten om alle bestaande premiesubsidies af te bouwen en voor zover wenselijk, de activiteiten onder de geëigende structurele financiering te brengen. In artikel 44 van de AWBZ is het nieuwe subsidiebeleid in wetgeving verankerd. De consequentie van deze beslissing is dat de ADL-assistentie per 1 januari 2012, voor zover het om verzekerde zorg gaat, op reguliere wijze bekostigd zal worden.

Aangezien ik eraan hecht dat de overgang naar een reguliere oplossing voor de huidige bewoners van de ADL-woningen soepel verloopt, zijn betrokken partijen al geruime tijd in overleg om de overgang zorgvuldig voor te bereiden¹. Inzet is dat ook na 1 januari 2012 de zorglevering aan de bewoners kan worden voortgezet.

Graag leg ik u in verband hiermee in eerste instantie de volgende vragen voor:

- Is de verzekerde AWBZ-zorg die de bewoners krijgen beschreven in uw beleidsregels of zijn aanpassingen nodig?
- Welke financiële gevolgen heeft de overgang naar reguliere AWBZ-bekostiging voor de aanbieders van ADL-assistentie, uitgaande van de huidige NZa-maximumtarieven?
- Op welke wijze kunnen per 1 januari 2012 de kosten worden bekostigd van nieuwe ADL-units en technologische voorzieningen die noodzakelijk zijn voor het leveren van de AWBZ-zorg op afroep?
- Zijn overgangsregelingen uitvoerbaar om financiële effecten die mogelijk aan de orde zullen zijn, geleidelijk te effectueren?

¹ Voor achtergrondinformatie over het ADL-concept verwijs ik u naar het eerder uitgevoerde onderzoek "Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ" van Research voor Beleid SEO en de verschillende adviezen van het CVZ.



In de volgende paragrafen zal ik deze vragen nader toelichten. Het overgrote deel van de gesubsidieerde ADL-assistentie bestaat uit verzekerde AWBZ-zorg. Op dit moment ga ik er daarom van uit dat per 1 januari 2012 de bekostiging van zorg via de AWBZ goed mogelijk is. Er zijn echter nog belangrijke inzichten die dit najaar zullen volgen.

Mede op basis van uw bevindingen zal ik later dit jaar overzien in hoeverre of de overgang per 1 januari 2012 op basis van de huidige zorgfuncties en daaraan gekoppelde prijzen onverhoopt toch risico's voor continuïteit van zorglevering kan betekenen of andere zwaarwegende nadelen met zich meebrengt. Afhankelijk daarvan bestaat de mogelijkheid dat ik u aanvullende vragen voorleg. Ik licht u dit toe in de laatste paragraaf van deze brief.

Directie Langdurige Zorg

Ons kenmerk
DLZ/SFI-U-3023715

2. De overgang naar reguliere AWBZ-bekostiging

De overgang van subsidieverlening naar AWBZ-bekostiging kan voor zowel cliënten als zorgaanbieders gevolgen hebben. Deze effecten kunnen enerzijds samenhangen met de begrenzingen van het zorgvolume dat op cliëntniveau door de indicatiestelling AWBZ is gemaximeerd. De huidige subsidieregeling stelt dergelijke grenzen niet. Anderzijds kunnen prijsverschillen aan de orde zijn tussen het bedrag dat het CVZ per geleverd uur ADL-assistentie subsidieert (in 2010 maximaal € 57,04) en de huidige NZa-maximumtarieven voor de relevante functies: persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Een derde verschil is dat bewoners momenteel naast de ADL-assistentie ook AWBZ-zorg in natura ontvangen of een pgb hebben voor de zorg die niet wordt geleverd door de aanbieder van ADL-assistentie. Het kan dan gaan om verschillende aanbieders of leveringsvormen binnen een geïndiceerde functie. De AWBZ kent een dergelijke deelbaarheid niet. Het CVZ toetst momenteel de uitvoerbaarheid van een onderscheid tussen AWBZ-zorg "in en om de woning" en "zorg op afstand" van de woning.

Aangezien de subsidie aan aanbieders van ADL-assistentie per 1 januari 2012 als voorliggende voorziening op AWBZ-zorg komt te vervallen, zijn alle bewoners verzocht deel te nemen aan het ADL-herindicatietraject. Dit traject is tijdig uitgevoerd om eventuele inhoudelijke knelpunten en mogelijke financiële gevolgen tijdig te signaleren en – waar nodig – op te lossen. Het CIZ heeft het ADL-herindicatietraject recentelijk afronden en heeft hierover gerapporteerd. Uit het herindicatietraject is inmiddels duidelijk geworden dat de bewoners zijn geïndiceerd voor verschillende AWBZ-aanspraken. Voor het overgrote deel gaat het om persoonlijke verzorging en daarnaast om verpleging en begeleiding. Ook is geconstateerd dat er momenteel enkele activiteiten worden gesubsidieerd die behoren tot het domein van de Zvw of niet vallen onder de wettelijk verzekerde zorg.

Graag vraag ik u om, rekening houdend met de mogelijke financiële gevolgen van de overgang per 1 januari 2012 voor aanbieders in kaart te brengen. Daarbij kunt u gebruikmaken van de microgegevens uit het ADL-herindicatietraject dat het CIZ momenteel afrondt. Circa 950 van de in totaal ruim 1.350 bewoners hebben deelgenomen aan het herindicatietraject. Bij het beantwoorden van de vraag kunt u ervan uitgaan dat bewoners van ADL-clusterwoningen minimaal de omvang van de persoonlijke verzorging in en om de woning per 1 januari 2012 zullen afnemen bij de huidige aanbieders van ADL-assistentie. In alternatieve varianten kunt u veronderstellen dat bewoners ook de geïndiceerde aanspraak op verpleging en

Pagina 2 van 4

10D0036676Nederlandse Zorgautoriteit 10D0036676 4 van 5



begeleiding in natura zullen afnemen bij de huidige aanbieders van ADL-assistentie. Uw rekenexercitie zal een belangrijk inzicht opleveren over de vraag of zorgaanbieders en bewoners de overgang per 1 januari 2012 vanuit financieel oogpunt met vertrouwen tegemoet kunnen zien.

Directie Langdurige Zorg

Ons kenmerk
DLZ/SFI-U-3023715

Ook zal ik op basis van uw bevindingen een beslissing nemen over het bedrag dat per 1 januari 2012 wordt toegevoegd aan de contracteerruimte van de zorgkantoren die de ADL-assistentie vanaf dat moment als verzekerde AWBZ-zorg gaan inkopen.

Bij uw vergelijking verzoek ik u rekening te houden met het volgende.

De huidige NZa-tarieven voor persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding zijn vertrekpunt van de berekeningen. Het huidige maximumuurtarief dat in de paragraaf "ADL-assistentie" is vastgesteld in de Regeling subsidies AWBZ beschouw ik niet als maatgevend voor de nieuwe situatie. Prijverschillen kunnen echter ook zijn terug te voeren op verschillen in aard van de geleverde prestatie. Graag vraag ik u daarom in overleg met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) te bezien of de verzekerde AWBZ-zorg die de bewoners krijgen zijn omschreven in bestaande prestatiebeschrijvingen in uw beleidsregels. Ik verzoek u op grond daarvan te beoordelen of aanpassingen in uw beleidsregels noodzakelijk zouden zijn.

Bij het leveren van de 24-uurs zorg op afroep gebruiken de zorgaanbieders een ADL-unit die door de corporatie om niet beschikbaar wordt gesteld. Bij de bouw is subsidie verstrekt aan de corporatie voor de unit en inrichtingselementen. De subsidieregeling Bouw is per 1 januari 2009 beëindigd. Ook is per 1 januari 2009 de subsidieparagraaf Aanpassingen beëindigd. In verband daarmee bevat het huidige maximale uurtarief uit de subsidieregeling een opslag (vanaf 2009: € 1,60 per uur) voor de kosten voor onderhoud en vervanging van collectieve voorzieningen die onlosmakelijk zijn verbonden aan de levering van ADL-assistentie (alarmintercomsysteem). De onderbouwing van deze opslag is te vinden in de CVZ-brief van 8 september 2008. Ik verzoek u te bezien hoe in de nieuwe situatie de kosten van de ADL-units die zonder subsidie totstandkomen en de collectieve voorzieningen kunnen worden vergoed.

Wenselijkheid van overgangsregeling

De gezamenlijke inzet van betrokken partijen is dat de bewoners zo min mogelijk hinder mogen ondervinden van de overgang naar reguliere bekostiging. Mocht u constateren dat de overgang gepaard zal gaan met substantiële financiële gevolgen voor de instellingen, verzoek ik u aan te geven hoe financiële effecten in de tijd verspreid kunnen worden geëffectueerd.

3. Slot

In mijn brief van 2 december 2008 (Kamerstukken II 2008/9, 26 631, nr. 286) is de Tweede Kamer een zorgvuldige overgang naar AWBZ-bekostiging toegezegd. Zoals ik ook aan de Tweede Kamer heb aangegeven, is de bekostiging van geïndiceerde aanspraken die in de ADL-clusterwoningen worden geleverd daarbij een belangrijk aspect. Of van een zorgvuldige overgang sprake kan zijn zal mede blijken uit de resultaten van het herindicatietraject, de uitvoeringstoets van het

Pagina 3 van 4

10D0036676Nederlandse Zorgautoriteit, 10D0036676 5 van 5



CVZ, het onderzoek van TNO/CZB over het realiseren van ADL-clusters in de toekomst. Mocht het totaalbeeld aanleiding geven tot extra waarborgen, dan kan dat impliceren dat ik u een aantal aanvullende vragen voorleg.

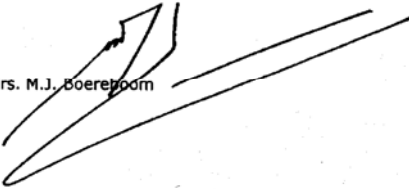
Directie Langdurige Zorg

Ons kenmerk
DLZ/SFI-U-3023715

Graag ontvang ik uw reactie uiterlijk 1 december as.

Hoogachtend,

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


drs. M.J. Boereboom

Bijlage 2. Gebruikte afkortingen

Afkortingen

Afkorting	Voluit
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bza	Besluit zorgaanpakken
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoons Gebonden Budget
RAK	Reserve aanvaardbare kosten
RGSHG	Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten
UVT	Uitvoeringstoets
VPT	Volledig Pakket Thuis
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VRM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Wmg	Wet Marktordening gezondheidszorg
ZIN	Zorg in Natura
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket
Zorgfuncties en hun afkortingen	
PV	Persoonlijke verzorging
VP	Verpleging
BH	Behandeling
BG	Begeleiding