

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Staatssecretaris

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Ontworpen door

5.1.2e

T 5.1.2e
M 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Datum
22 juli 2013

Kenmerk

Zaaknummer

5.1.2e

nota

(ter beslissing)

positionering ADL-assistentie en persoonlijke assistentie
in HLZ

Paraaf directeur LZ

Paraaf directeur MO

DGLZ

1 Aanleiding voor deze nota

De Tweede Kamer heeft u op 14 mei 2013 gevraagd vóór het (oorspronkelijk op 20 mei 2013 geplande AO Fokuswonen een standpunt over het CVZ-advies over ADL-assistentie toe te zenden. U heeft in de voorhangbrief van 27 mei 2013 de Kamer geantwoord dat het CVZ-advies nadere bestudering verdient binnen de context van de hervormingsplannen van het huidige kabinet en dat u over deze hervorming eerst met de Kamer wil discussiëren.

In uw brief van 9 juli heeft u nogmaals toegezegd om voor het naar 5 september as. verschoven AO Fokuswonen helderheid te geven over de positionering van ADL-assistentie en persoonlijke assistentie.

In deze nota wordt op deze positionering ingegaan, conform de werkwijze die nu ook gevolgd wordt bij andere specifieke cliëntgroepen.

2 Samenvatting, advies en conclusies

ADL-assistentie is 24-uur per dag oproepbare assistentie die in en om een speciale aangepaste ADL-woning. Deze zorgvorm is momenteel beschikbaar voor ca. 1300 personen met een ernstige lichamelijk beperking. De groep heeft zeer uiteenlopende aandoeningen en ook uiteenlopende motorische beperkingen (Bijlage 1). Kenmerkend is dat de 12 à 16 bewoners van een ADL-cluster zorg in de directe nabijheid nodig hebben en daarvoor collectief een beroep doen op een team ADL-assistenten.

Een tweede zorgvariant bij deze groep betreft *persoonlijke assistentie* waarbij er een vast team persoonlijke assistenten is waar een zorgvrager 1 op 1 afspraken mee kan maken, vergelijkbaar met pgb. De politieke discussie is tot op heden beperkt tot cliënten met ademhalingsondersteuning met regie over eigen leven die thuis willen en kunnen blijven wonen met soms wel 24 uur per dag assistentie. De groep die voor persoonlijke assistentie lobbyt

heeft delen van de dag toezicht nodig kan onvoldoende uit de voeten met ADL-assistentie.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Net als bij andere bijzondere doelgroepen ligt nu de vraag voor of en waar deze zorg ingepast kan worden in het nieuwe stelsel en of daarvoor aanpassingen in het stelsel noodzakelijk zijn.

Een positie buiten het stelsel is voor ADL-assistentie niet nodig, wel is er sprake van aanvullende leveringsvoorwaarden bij deze zorg (zoals ook bij andere bijzondere doelgroepen). Gelet op de intensiteit van de gegeven zorg, de bijzondere leveringsvoorwaarde dat de zorg in de directe nabijheid 24-uur per dag beschikbaar moet zijn en het levenslange karakter van de zorgvraag ervan, verdient deze zorg een plaats in de kernAWBZ. Advies is om de aanspraken en toegangscriteria voor de kernAWBZ dusdanig vorm te geven dat voor personen die zijn aangewezen op zorg in de directe nabijheid (ook) deze intensieve zorg hieronder kan vallen. Conform het CVZ-advies zal daarbij de doelgroep moeten worden beperkt tot de groep mensen met een zeer hoge, deels niet planbare zorgvraag voor wie (mede gelet op het hoge aantal oproepen per dag) reguliere thuiszorg geen adequate oplossing is, maar 24-uurs zorg op afroep wel (zulks ter beoordeling van een behandelaar/revalidatiearts). Herindicatie van alle bewoners conform CVZ-advies is daarvoor noodzakelijk.

Essentiële aanvullende voorwaarden voor de vormgeving van de kernAWBZ zijn:

- Conform het CVZ-advies de aanspraak niet te beperken tot hulp in en om de woning, maar ook voor hulp *buiten* de ADL-woning;
- Conform het CVZ-advies als voorwaarde te regelen dat men woonachtig is in een aangepaste woning waar 24-uur per dag zorg op afroep in natura beschikbaar is;
- Nader te bezien of bewoners een deel van de integrale aanspraak via pgb kunnen verzilveren;
- Huidige bewoners die niet aan de voorwaarden voldoen, op basis van overgangsrecht aanspraak te geven totdat men de ADL-woning verlaat;

De doelgroep die in aanmerking zou komen voor persoonlijke assistentie heeft een verblijfsindicatie. Om wisselende redenen is ADL-assistentie geen bevredigende oplossing. Voor *persoonlijke* assistentie adviseer ik u het volgende:

- ook voor deze groep zorg vanuit de kernAWBZ mogelijk te maken. Zonodig kan dit conform het advies van CVZ op basis van een nieuwe integrale aanspraak te formuleren. Dit perspectief kan per 2015 in de kern-AWBZ worden geregeld.
- Per 2014 de Regeling Meerzorg toe te passen om ervaring op te doen met het integraal pakket persoonlijke assistentie;
- De pilot in 2014 te beperken tot ca. 50 aanvragen;
- Met CVZ, CIZ, CCE, VSCA en ZN werkendewijs tot een afwegingskader te komen voor het aantal toe te kennen uren;
- Net als bij de regeling Meerzorg het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) te laten adviseren over individuele zorgplannen. Uit het plan blijkt het aantal uren persoonlijke assistentie.
- bij keuze voor pgb te regelen dat dit alleen verzilverd kan worden als trekkingsrecht via de SVB.

- Proces, meerwaarde voor cliënten en kostenaspecten goed te monitoren;
- Op basis van de uitkomsten van de monitoring nadere keuzes te maken over uitvoeringsvragen.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

3 Positionering ADL-assistentie

3.1 Een specifieke doelgroep met specifiek aanbod

ADL-assistentie is 24-uur per dag oproepbare hulp aan mensen met een ernstige lichamelijke handicap die woonachtig zijn in een speciaal voor de bewoners individueel aangepaste ADL-woning.

Oproepen worden vanuit een steunpunt beantwoord. Een ADL-cluster bestaat uit ca. 16 woningen en een ADL-unit. Er zijn ca. 1300 bewoners in ca. 100 clusters verspreid over het hele land met een mix van aandoeningen en beperkingen (bijlage 1). In Fokuswoningen wonen zelfredzame lichamenlijk gehandicapten. Zij hebben op jonge leeftijd blijvend letsel oplopen of een progressieve invaliderende aandoening hebben. Zij zijn levenslang afhankelijk van ADL-assistentie. Het gaat dus niet om personen met normale ouderdomsverschijnselen.

Er zijn drie aanbieders. Op drie clusters na wordt ADL-assistentie geleverd door Fokus. Mensen huren een Fokuswoning van een corporatie. De woningen zijn met subsidie gerealiseerd. In een aantal opzichten is de dienstverlening bijzonder:

- De ADL-assistentie is 24-uur per dag beschikbaar. Fokuswonen is bij uitstek bedoeld voor zelfredzame mensen die assistentie in de nabijheid nodig hebben om zelfstandig te kunnen leven.
- De exploitatie is zeer kwetsbaar. De organisatie van de zorg heeft de kenmerken van intramurale zorg. Vanwege de 24-uurs beschikbaarheid is de productiviteit relatief laag en zijn de kosten van een uur dienstverlening hoog. Omwille van de exploitatiebaarheid is er daarom een strikte koppeling tussen wonen en dienstverlening. De aangepaste woningen zijn gereserveerd voor de doelgroep. Bewoners nemen de zorg af bij de aanbieder (zij verlaten de woning te verlaten als zij geen cliënt meer willen zijn van Fokus);

3.2 Aard en omvang van de zorg

De ADL-assistentie omvat een mix van activiteiten. Het pakket bevat voor het overgrote deel persoonlijke verzorging en daarnaast verpleegkundige handelingen (en hand- en spandiensten (hulp op afroep bij praktische zaken die maken dat de bewoner zijn dagtaken kan uitvoeren).

1. Assistentie bij het wassen en aankleden
2. Assistentie bij in en uit bed gaan
3. Persoonlijke zorg voor tanden, haren nagels en huid e.d
4. Assistentie bij verplaatsen in zit- of lighouding (Assistentie bij beweging, houding, Aanbrengen/ licht onderhoud van hulpmiddelen;
5. Assistentie bij naar toilet gaan e.d.(w.o, zich reinigen c.q incontinentiemateriaal vervangen e.d.)
6. Assistentie bij eten en drinken (Boodschappen uit boodschappentas halen en opbergen en/of voorraad bekijken, hulp bij het voorbereiden van de maaltijd, hulp bij het eten van de maaltijd, in- en uitruimen van de vaatwasmachine, etc.)
7. Assistentie bij uitscheiding (Stomaverzorging, Blaasspoelen via bestaande katheter, uritip aanbrengen, CAPD/CCPD, Blaaskloppen, Aanleggen draagurinaal, Aanleggen pericup-systeem)

8. Sondevoeding toedienen
9. Medicatie aanreiken, toedienen e.d,
10. Aanbrengen/verwijderen van ledemaatprothese.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Gemiddeld vraagt met ruim 15 uur assistentie per week. Er zijn uitschieters die meer dan 50 uur oproepen. De macrokosten van ADL-assistentie (AWBZ) bedragen € 82 mln. Daarnaast heeft een ruime meerderheid van de bewoners AWBZ-zorg naast ADL-assistentie (€ 25 à € 30 mln.). Velen hebben hiervoor gekozen voor het pgb. Vrijwel alle bewoners hebben daarnaast nog huishoudelijke hulp vanuit de Wmo. De AWBZ-kosten per bewoner bedragen gemiddeld ca. € 210 per dag en zijn dus vergelijkbaar of hoger dan de kosten van verblijfsgeïndiceerden die kiezen voor zorg op basis van VPT (dagtarieven voor incl. behandeling en dagbesteding voor VPT VV5: € 173,15 en voor VPT, LG7 € 196,37.

3.3 Positionering volgens de HLZ-brief

Alhoewel het niet gaat om een homogene groep, kunnen voor de HLZ de bewoners van een ADL-woning kunnen worden verdeeld in 4 groepen.

Tabel 1: Overzicht omvang ADL-doelgroep en zorgvraag

	Omvang individuele zorgvraag (indicatief (u.pw))	Aantal cliënten in ADL-woningen (totaal 1400)	Aantal cliënten buiten ADL-woningen
1. heeft geen 24 uur zorg in nabijheid nodig (<10 uur pw). Zou ook geholpen kunnen worden met reguliere thuiszorg	5-10 uur	Ca.560 (40% roept minder dan 10 uur zorg op per week)	Er zijn ca. 6.400 door CIZ geïndiceerde personen (18-65 j) die qua beperkingen gelijkenis hebben met ADL-bewoners
2. heeft wel 24 uur zorg (op afroep) in de nabijheid nodig. Is <i>niet</i> aangewezen op permanent toezicht. Intensieve zorgvraag (10-50 uur pw.)	10-50 uur	Ca. 750 (60% roept meer dan 10 uur per week op)	
3. heeft 24 uur zorg in nabijheid nodig en is <i>wel</i> aangewezen op toezicht (slaapwacht of toezicht buiten de ADL-woning).	Sterk afhankelijk van setting	In Fokus ca. 20-50. (Er wonen ca. 140 beademings-clënten in Fokuswoningen. Daarvan heeft slechts een deel toezicht nodig).	Dit is moeilijk in te schatten. Volgens VSCA enkele tientallen. Er zijn ca. 50 cliënten <i>zonder</i> ZZP en 480 <i>met</i> een ZZP-indicatie en meerzorg met een pgb > € 250 per dag.
4. Groep met ZZP-indicatie: (hebben onvoldoende vermogen te alarmeren en/of toezicht nodig ivm verlies van regie over eigen leven	25-30 uur p.w. (Op basis van ZZP LG6 incl. dagbesteding)	Ca. 20	Er zijn 18.000 mensen met een ZZP-LG.

De eerste groep is niet aangewezen op 24-uurszorg en kan een beroep doen op zorg vanuit Wmo en Zvw. De huidige bewoners met relatief lichtere beperkingen vallen grotendeels in deze groep. De groepen 2, 3 en 4 passen gelet op de behoefte aan intensieve langdurige zorg in de kern-AWBZ. De groepen 3 en 4 komen in de huidige situatie al in aanmerking voor een ZZP. Voor groep 2 is een positionering in de kernAWBZ aan de orde als ook zeer ernstige lichamelijke problemen als oorzaak voor dreigend regieverlies worden erkend. Immers, bij deze mensen is slechts sprake van een vermogen tot regie dankzij al deze hulp. Zonder deze hulp zou er voor hen geen regie of zelfs leven mogelijk zijn. De zorg voor bovengenoemde tweede en derde groep kan worden gepositioneerd onder de kernAWBZ als de definitie van regieverlies wordt omschreven als 'regieverlies agv ernstige lichamelijke beperkingen'.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Toelichting per groep:

Groep 1 heeft gekozen voor een ADL-woning omdat men niet tevreden is met de thuiszorg of omdat de beschikbaarheid van 24-uurszorg aantrekkelijk is. Deze groep zou in principe ook met planbare thuiszorg geholpen kunnen worden. Voor hen is 24-uurszorg in een aangepaste woning aantrekkelijk, maar niet strikt noodzakelijk om te kunnen participeren. Buiten de ADL-woning zijn mogelijk 6.000 tot 8.000 jong gehandicapten met vergelijkbare beperkingen. Het CVZ-advies is hier duidelijk: er is geen noodzaak om deze groep een verzekeringsaanspraak te geven op 24-uurszorg op afroep. Zij kunnen voor hun zorgvraag ook terecht bij de Zvw en de Wmo.

De tweede groep is aangewezen op een samenhangend zorgpakket dat 24-uurszorg op afroep beschikbaar moet zijn om een menswaardig zelfstandig leven te kunnen leiden. Of dit daadwerkelijk het geval is, zal op basis van een individuele beoordeling moeten worden vastgesteld door bijv. een revalidatiearts. Vastgesteld moet dan worden of men dermate veel en op meerdere momenten per dag onplanbare zorg nodig heeft waarin een reguliere thuiszorg niet kan voldoen. De persoonlijke verzorging (bijv. ivm noodzakelijke hulp bij de toiletgang) heeft een niet-uitstelbaar karakter. Daarnaast maakt het intensieve karakter van de overige zorg (hulp bij eten en drinken e.d.) dat deze vanuit de directe nabijheid moet worden geleverd en 24-uur per dag beschikbaar moet zijn. Vanuit oogpunt van continuïteit en organisatie van de zorg is het essentieel dat slechts één aanbieder voorziet in deze 24-uurs beschikbaarheid en het gehele pakket levert (zie toelichting in Bijlage 4). Kenmerkend voor groep 2 is dat zij niet in een instelling willen en hoeven te verblijven als de zorg op afroep 24 uur per dag beschikbaar is (zie bijlage 5: casus).

Volgens de CIZ indicatiewijzer komt deze groep strikt gezien niet in aanmerking voor een verblijfsindicatie. De bewoners zijn zelf in staat assistentie op te roepen en hebben geen permanent toezicht nodig. Toch zitten ze ten aanzien van de zorgomvang wel in de "verblijfszone": als mensen *niet* voor een ADL-woning zouden kunnen kiezen, zou een groot deel van deze groep niet zelfstandig kunnen wonen. Er zijn er ook cliënten met vergelijkbare zware lichamelijke beperkingen die bewust niet kiezen voor een Fokuswoning maar (soms met het nodige kunst- en vliegwerk) kiezen voor thuis wonen met pgb.

De derde groep heeft een invaliderende aandoening waardoor er onveilige of

zelfs ook levensbedreigende situaties kunnen ontstaan als hulp niet binnen enkele minuten aanwezig is. Als zij zich buiten de ADL-woning begeven is er toezicht nodig vanuit oogpunt van veiligheid. Het gaat hier met name om beademingscliënten met een slechte handfunctie. Het is een zeer kleine groep. Buiten de ADL-woning is altijd zorg in de nabijheid nodig. Dat wordt niet naast ADL-assistentie geïndiceerd en daarom blijkt vaak het pgb ontoereikend. Het komt daarom voor dat bewoners bewust risico's nemen en zonder toezicht op stap gaan.

Ook deze groep komt buiten ADL-woningen voor: een ruime meerderheid van de thuiswonende beademingscliënten woont namelijk zelfstandig, veelal met een partner die vrijwillig een groot deel van het toezicht op zich neemt. In de praktijk is dan bij de toepassing van het afwegingskader of wel of niet een zzp-indicatie aan de orde is relevant of wel of geen verantwoorde situatie is zonder (permanent) toezicht vanuit de AWBZ. Groep 3 zou dus op grond van hun beperkingen in aanmerking komen voor een ZZP-indicatie, als *geen* 24-uurszorg of een partner aanwezig is die het toezicht op zich neemt.

Naast beademingscliënten zijn er ook anderen met zeer zware en soms zeer zeldzame invaliderende lichamelijke handicaps zijn vergelijkbaar met deze groep behoren. Het is een groep die een zorgarrangement bekostigd met een zeer hoog pgb (in de range boven de € 250 per dag). Als 's nachts of op delen van de dag zorg in de nabijheid (toezicht) nodig is, blijkt het pgb vaak ontoereikend.

De vierde groep betreft een zeer kleine groep die naast de lichamelijke handicap regieverlies heeft (mogelijk door bijkomende ouderdomsverschijnselen) en daardoor niet meer in staat is zelfstandig te wonen oproepen te plaatsen. Men kan niet gelijktijdig een indicatie hebben voor ADL-assistentie en een verblijfsindicatie. Zij krijgen dan een ZZP-indicatie. Voor hen wordt een plaats in de intramurale setting gezocht.

3.4 Standpunt op CVZ-advies

Op 5 september zult u met de Kamer discussiëren over het recente CVZ-advies. De in de vorige paragraaf gemaakte indeling sluit nauw aan bij hetgeen het CVZ heeft geadviseerd. Alle relevante veldpartijen zijn bij dit advies betrokken geweest en hebben waardering geuit voor het advies. Ook sluit het voorstel goed aan bij de politieke wens om het ADL-pakket bij elkaar te houden en de 24-uurs beschikbaarheid voort te zetten. De discussie over de positionering van het Fokuswonen heeft een historie van meer dan 10 jaar. Voor een terugblik verwijst ik u naar de Bijlage 2.

3.5 Politieke en maatschappelijke context

De afgelopen jaren heeft de politiek veel aandacht gehad voor met het Fokuswonen. De inzet van de leden van de Kamer was vooral om het concept van Fokuswonen te waarborgen zodat ook mensen met een zwaar lichamelijke handicap kunnen deelnemen aan de samenleving (Motie Wolbert, 2011, TK 30 597, 181). De Kamer heeft bij de overgang van ADL-assistentie naar de AWBZ expliciet verzocht om het ADL-pakket bijeen te houden. Het is niet te verwachten dat de politiek daar opeens anders over denkt. Ook bij de HLZ zal men om waarborgen vragen voor continuïteit van 24-uursdienstverlening.

Tot slot speelt mee dat bewoners bijzonder lang in onzekerheid waren over continuïteit van dienstverlening. Eindelijk leek de discussie beslecht toen in 2012 een AWBZ-aanspraak werd geregeld. Voor velen was dat belastend.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Bewoners hebben nu behoefte aan rust en zekerheid over de toekomst van het Fokuswonen in de kern-AWBZ.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

3.6. Financiële overwegingen en keuze voor pgb

Momenteel zijn de macrokosten van ADL-assistentie € 82 mln. Daarnaast hebben de bewoners ca. €25 à € 30 mln. kosten zorg naast ADL-assistentie. Indien u beslist om een aanspraak op 24-uurszorg op te nemen in de AWBZ is een budgetneutrale overgang wenselijk. Van belang daarvoor is:

- Het scherp afbakenen van de doelgroep;
- De eis dat de verzekerde woonachtig moet zijn in een woning waar daadwerkelijk 24-uurszorg in natura beschikbaar is;

Als aan deze voorwaarden wordt voldaan is te verwachten dat op termijn het aantal cliënten zelfs enigszins afneemt door strengere toegangscriteria. Geborgd blijft dat de ADL-assistentie exploiteerbaar blijft en voorkomen wordt dat er veel nieuw vraag en aanbod zal ontstaan. Het CVZ gaat er in de berekeningen namelijk vanuit dat *maximaal* € 300 mln. extra in de AWBZ nodig is als 6.100 nieuwe cliënten aanspraak zouden krijgen op 24-uurszorg (Bijlage 4 bij het CVZ-advies).

3.7 Samenvattend advies

Alles afwegende adviseer ik u om deze zorg voor bovengenoemde tweede en derde groep te positioneren onder de kernAWBZ en de definitie van regieverlies uit te breiden met 'regieverlies agv ernstige lichamelijke beperkingen'.

Op grond van het voorafgaande is ook politieke steun te verwachten voor de lijn:

- om in de HLZ waarborgen te treffen voor continuïteit en toegankelijkheid van 24-uurszorg op afroep voor de groep die daarop echt is aangewezen. Het gaat dan vooral om de kleine groep die een pakket samenhangende 24-uurs zorg op afroep nodig heeft en waarvoor reguliere thuiszorg geen goede oplossing is (zulks ter beoordeling van behandelaar/revalidatiearts);
- mede gelet op de gelijkenis met intramurale zorg (de zeer hoge kosten en langdurige karakter van de zorg), past dit het best in de kern-AWBZ.
- De regeling budgetneutraal wordt ingevoerd en binnen een zorginkoopkader productieafspraken worden gemaakt. Financiële risico's worden dus vermeden.

4 Mogelijkheden van persoonlijke assistentie

Thuisbeademing betekende in de jaren tachtig een doorbraak bij de behandeling van een aantal aandoeningen. De levensverwachting bij veel neuromusculaire aandoeningen is soms met meer dan tien jaar gestegen. Ook is er een groot effect op de ervaren kwaliteit van leven. Het aantal mensen met thuisbeademing is door medische vooruitgang toegenomen van 200 in 1990 naar tot circa 2200 in 2012. Velen willen maatschappelijk actief zijn maar lopen dan op tegen de beperkte mogelijkheden het toezicht op veilige wijze georganiseerd en bekostigd te krijgen.

Ook de Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VCSA), de Vereniging Spierziekten Nederland (VSN) en Per Saldo constateren dat de extramurale zorgverlening voor mensen met chronische ademhalingsondersteuning niet optimaal is. Fokus heeft in sommige clusters tevreden cliënten die alarmoproepen kunnen

plaatsen. In andere clusters vinden bewoners het Fokuswonen niet geschikt door een samenspel van factoren. Zij lopen op tegen de beperkte deskundigheid van het personeel, de grote omvang van het team ADL-assistenten (vaak meer dan 30 personen), de grote belasting om dit team in te werken, het hoge verloop onder de assistenten, de opvolgtijd en het gebrek aan toezicht buiten de ADL-woning. Zij zijn noodgedwongen woonachtig in een Fokuswoning, maar vanuit oogpunt van kwaliteit en continuïteit van dienstverlening hebben zij behoefte aan een klein en vast team hulpverleners.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Het CVZ-advies t.a.v. persoonlijke assistentie

Het CVZ ziet toepasbaarheid van integraal pakket persoonlijke assistentie. 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.

Het gaat om:

- Cliënten waarvoor reguliere thuiszorg of 24-uurszorg op afroep geen adequate oplossing is. De verzekerde kan dan een indicatie krijgen voor een integraal pakket persoonlijke assistentie als dit wel een adequate oplossing biedt.
- De aanspraak omvat 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.

Doelmatigheid

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.¹ De mogelijkheid van beademing in de thuissituatie heeft een positief effect op de ervaren kwaliteit van leven. Bij pakketadviezen gaat het CVZ uit van € 80.000 per QALY (=€ 219 per dag). De extra kosten die hier tegenover staan, kunnen te rechtvaardigen zijn. Het CVZ geeft aan dat dit een politieke keuze is.

Op dit moment kunnen de kosten van verblijf voor zwaar gehandicapten met ademhalingsondersteuning ook al zeer hoog zijn: ca. €400 à €450 per dag (excl. Meerzorg):

Onderdeel 1: Dagtarieven afhankelijk van ZZP, vooral:

- a. ZZP LG 5; max. € 186
- b. ZZP LG 6; max. € 196
- c. ZZP VV 8; max. € 246

Onderdeel 2: Toeslagen ademhalingsondersteuning

- a. toeslag invasieve beademing € 197,33 per dag
- b. toeslag non-invasieve beademing € 36,46 per dag

Onderdeel 3: Eventueel toeslag op basis van de regeling meerzorg

In het huidige stelsel zijn dus al zeer hoge pgb's mogelijk. Recentelijk heeft u

¹ Zie onder meer RZA 2004, 196 en RZA 2007, 173.

de Kamer zelfs aangegeven dat het hoogste pgb momenteel meer dan €900 per dag bedraagt (hetgeen neerkomt op meer dan € 300.000 op jaarbasis). Er zijn echter weinig duidelijke lijnen in welke situaties dit mogelijk zou moeten zijn en in welke situaties dit vanuit oogpunt van ondoelmatigheid niet wenselijk is. Het lijkt erop dat in situaties waarin de omvang van de persoonlijke zorg bijzonder intensief is, het bieden van een oplossing waarin ook het toezicht is geregeld niet noodzakelijk duurder hoeft te zijn, maar wel voordelen biedt uit oogpunt van veiligheid en zelfbeschikking.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

3. Advies positionering persoonlijke assistentie

De discussie over persoonlijke assistentie is toegespitst op een kleine groep zwaat lichamelijk gehandicapten die volledig regie heeft over eigen leven maar wel is aangewezen op (permanent) toezicht. Zij komen in aanmerking voor een ZZP-indicatie.

Met de keuze om pgb mogelijk te maken in de kern-AWBZ is reeds expliciet besloten dat mensen met een ZZP-indicatie de keuze hebben om met pgb thuis te blijven wonen. Persoonlijke assistentie is dus nu al een optie in de kern-AWBZ. De meest belangrijke politieke vraag is hoeveel het mag kosten om deze mensen niet in de instelling op te nemen maar in een 1:1 setting in een thuissituatie zorg te bieden. Het CVZ geeft aan dat vooral een politieke afweging is. Indien het medisch verantwoord is dat mensen met volledig regie over eigen leven kunnen deelnemen aan de samenleving, is het bijna onethisch om hen dat te beletten door het toezicht alleen in een geclusterde woonomgeving te bieden. Er lijkt dan ook voldoende politieke steun om dit in lijn met het advies van het CVZ in de kern-AWBZ te regelen. Deze aanspraak is uitsluitend bedoeld voor de LG-groep met eigen regie over eigen leven voor wie 24-uurs zorg op afroep (ADL-assistentie) geen goede oplossing is en persoonlijke assistentie wel.

De meest voor de hand liggende route voor 2014 is om gebruik te maken van de mogelijkheden binnen het huidige systeem, de resultaten te evalueren en op basis daarvan over te gaan tot nadere invulling van de relevante bepalingen in de kern-AWBZ (PM: juridische aspecten).

De mogelijkheden binnen het huidige systeem zijn te vinden via de Regeling Meerzorg. Deze regeling kan worden gehanteerd als de zorgvraag van een verzekerde sterk afwijkt van de norm in de best passende ZZP. Het gaat in de praktijk om een zeer diverse groep mensen met complexe problematiek. Het Centrum voor Consultatie en Advies (CCE) adviseert in voorkomende gevallen over een individueel zorgplan. Het zorgkantoor beslist over de toewijzing van zorg en pgb-toekenning.

Ook voor de onderhavige doelgroep zou een individueel zorgplan kunnen worden opgesteld om te komen tot doelmatige en veilige zorg in de thuissituatie. Belangrijke voorwaarden zijn dat de cliënt in staat is persoonlijke assistenten aan te sturen en zelf het pgb kan beheren en eventueel de werkgeverstaken uit te voeren. Met partijen kunnen gaandeweg normen worden ontwikkeld over een reëel aantal uren persoonlijke assistentie en een passend tarief. Net als in Denemarken recentelijk is gedaan, wordt nauwlettend gevolgd hoe de regeling uitpakt voor cliënten, assistenten en uitvoerende partijen. Vervolgens kunnen nadere afwegingen worden gemaakt op basis van zowel gegevens over kosten en doelmatigheid als gegevens over meerwaarde voor cliënten.

5.1.2e

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Bijlage 1: Samenstelling ADL-doelgroep

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

In ADL-woningen wonen cliënten met zeer uiteenlopende aandoeningen en beperkingen:

spasticiteit	16,3%
Overige	16,0%
spierziekte	14,3%
MS	10,9%
Dwarslaesie	10,0%
NAH	9,1%
aangeboren beperking aan ledematen of rug	4,9%
reuma	4,3%
ernstig hartfalen met ernstig fysieke beperkingen	3,1%
posttraumatische dystrofie	2,9%
obesitas	2,3%
Spina Bifida	2,0%
amputatie van de ledematen	1,4%
polio	0,9%
groeistoornissen	0,9%
parkinson	0,6%
ME	0,3%
Totaal	100,0%

Er is sprake veelal sprake van meervoudige motorische beperkingen:

4. Vrijwel alle cliënten hebben een zekere mate van beperking (gedeeltelijk dan wel volledig) aan de benen (100%) en/of voeten (97%).
5. Veel cliënten hebben een zekere mate van beperking (gedeeltelijk dan wel volledig) aan het lichaam (78%) armen (89%) en/of handen (90%).
6. Meer dan een derde van de cliënten (38%) heeft een zekere mate van beperking (gedeeltelijk dan wel volledig) aan het hoofd.
7. 91% van de cliënten hebben motorische beperkingen in vier of meer categorieën.

Cliënten met beperkingen aan het hoofd en/of lichaam hebben gemiddeld meer uren ADL-assistentie nodig dan cliënten met beperkingen aan benen, voeten, armen en/of handen.

Bijlage 2: Historie ADL-assistentie

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Er is al meer dan 10 jaar discussie over de positionering ADL-assistentie. Kort samengevat is de historie:

8. Jarenlang is het Fokuswonen bekostigd via drie paragrafen in de regeling Subsidies AWBZ.
9. ADL-assistentie zou prima passen in gemoderniseerde AWBZ, al ruim voor de invoering van de MAWBZ is per 1 april 2003 is onderkend dat ADL-activiteiten zijn aan te merken als verzekerde AWBZ-zorg;
10. De subsidieoorlichting (een wetswijziging) in 2004 maakt subsidieverlening voor zorg die al aanspraak is onmogelijk. Herhaaldelijk is reguliere AWBZ-bekostiging uitgesteld.
11. Per 1-1-2009 zijn de regelingen voor bouw van ADL-clusters een aanpassingen in ADL-clusters beëindigd. De overgang van ADL-assistentie naar AWBZ is echter opnieuw uitgesteld omdat deze gepaard zou gaan met schade aan het Fokusconcept;
12. Uiteindelijk is vastgehouden aan 1-1-2012 als datum dat subsidieregeling voor ADL-assistentie wordt beëindigd.
13. Motie Wolbert (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 30 597, nr. 181) verzoekt de regering het pakket ADL-assistentie bij elkaar te houden en de mogelijkheid te behouden dat dit pakket 24-uurszorg door een aanbieder kan worden geleverd.
14. Op 21 juni 2011 stuurt uw ambtsvoorganger een voorhangbrief naar de Kamer waarin wordt aangegeven dat de bekostiging van 24-uurszorg mogelijk wordt via een systematiek van opslagen.
15. Zomer 2011: Fokus en bewoners willen ADL als "samenhangend pakket" behouden en protesteren tegen plannen; Zij voeren aan dat motie Wolbert niet juist wordt uitgevoerd.
16. Juli 2011: Tweede Kamer "stuit" de voorhang;
17. De brief van 9 september 2001: Staatssecretaris kiest voor extra waarborgen voor ADL-assistentie en kondigt aan het CVZ advies te vragen voor een structurele regeling in de AWBZ.

Deze 3 extra waarborgen rond overgang ADL naar de AWBZ waren:

18. Invoering aanspraak op "pakket 24-uurszorg" per 1-1-2012
19. geen versnippering ADL-pakket over meerdere financieringsbronnen: het ADL-pakket is inclusief hand en spandiensten op afroep: deze zijn essentieel voor zelfstandig leven;
20. Bewoners behouden keuzevrijheid (pgb of ZIN) ten aanzien van de AWBZ-zorg die is geïndiceerd *naast* ADL-assistentie
21. Invoering budgetgarantie voor de drie aanbieders van ADL-assistentie

De belangrijkste overwegingen om over te gaan tot de extra waarborgen waren:

22. Mensen met zware lichamelijke handicap hebben *meer* nodig dan de AWBZ-functies PV en VP om zelfstandig te kunnen leveren (verblijfsdiensten/hand en spandiensten);
23. Een flink deel van de bewoners kan dankzij 24-uurszorg zelfstandig wonen en participeren. Met reguliere thuiszorg zou dat niet lukken en anders zou opname in een instelling het enige, maar zeer ongewenste alternatief zijn.
24. Bewoners konden (dankzij behoud van het ADL-pakket in- en om de

woning) van een net als andere cliënten met extramurale AWBZ-indicatie hun pgb voor de AWBZ-zorg naast ADL-assistentie behouden tot 2014. Daarnaast speelde in de discussie de continuïteit van 24-uurs dienstverlening mee. De exploitierbaarheid van 24-uurszorg in clusterwoningen is kwetsbaar doordat vanwege de 24-uurs beschikbaarheid de productiviteit van de assistenten laag is en de kostprijs hoog. Het Fokusconcept is daarnaast zowel afhankelijk van de loyaliteit van de cliënt als de loyaliteit van de corporatie om de woningen te reserveren voor de doelgroep. De verwachting van Fokus was dat exploitierbaarheid onmogelijk zou worden als cliënten kunnen kiezen voor pgb en zij voor 15% van de omzet afhankelijk zou worden van gemeenten (hand en spandiensten zijn geen AWBZ-aanspraak).

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Bijlage 3: Het CVZ-advies van april 2013 tav ADL-assistentie

De bedoeling van uw ambtsvoorganger was om na een tweejarige overgangsperiode in de AWBZ (waar de facto de situatie van de subsidieregeling is voortgezet) per 1 januari 2014 een nieuwe aanspraak in de AWBZ te regelen. Het CVZ heeft dit voornemen beschouwd als politieke keuze en dus niet geadviseerd over de vraag of een nieuwe aanspraak in de kern-AWBZ wenselijk zou zijn.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Indien een aanspraak wordt ingevoerd adviseert het CVZ:

25. een integraal pakket te definiëren, waardoor ook de samenhang van de zorg *buiten* de woning is gegarandeerd. 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.
26. De doelgroep af te bakenen aan de hand van een individuele beoordeling: eerst moet worden bepaald 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. De verzekerde moet aan vier cumulatieve voorwaarden voldoen: hij heeft een ernstige lichamelijke beperking; hij is voldoende zelfredzaam om met praktische ondersteuning een zelfstandig huishouden te voeren, de nodige zorg op te roepen en aan te sturen; hij is aangewezen op samenhangende individuele persoonlijke zorg (waarvan een substantieel deel op afroep); hij is minimaal 18 jaar.
27. Doelmatigheid te waarborgen. 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. Ook de keuze om de indicatiestelling te laten plaatsvinden op basis van een individuele beoordeling waarbij eerst gekeken wordt of de cliënt reguliere thuiszorg kan ontvangen en daarna pas wordt gezocht naar alternatieven zoals 24-uurszorg op afroep en integraal pakket sluit aan bij het uitgangspunt om doelmatig en verantwoorde zorg te leveren.
28. Een politieke keuze te maken of de aanspraak via pgb te verzilveren is.
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. Hier past volgens CVZ wel de kanttekening bij dat het dan 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.

Bijlage 4. Continuïteit en organisatie van de zorg

Het positioneren van groep 2 onder de kern-AWBZ heeft belangrijke voordelen voor zowel de organisatie van de zorg als continuïteit van dienstverlening. Dit is gebleken uit onderzoek van o.a. KPMG en TeamM.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

De zorgaanbieder zal uitsluitend de samenhangende zorg 24-uur per dag aanbieden als dit exploiteerbaarheid is. De exploiteerbaarheid van het concept is recentelijk onderzocht (teamM). Het rapport is naar de Kamer gestuurd. Een ADL-cluster is exploiteerbaar als minstens 200 uur zorg wordt verleend tegen een tarief van ca. €60 per uur.

De exploitatie van het huidige concept is gelet op het collectieve karakter van de ADL-assistentie nogal kwetsbaar. De exploiteerbaarheid van ADL-assistentie is namelijk mede afhankelijk van:

29. Het mogen leveren van gehele ADL-pakket 24-uurszorg aan *alle* cliënten in het cluster;
30. Handhaving van een koppeling huur-dienstverlening (commitment cliënt vereist)
31. Behoud van toewijzing van ADL-woningen aan de doelgroep (commitment corporatie vereist);
32. de vastgoedexploitatie (onrendabele top ivm grens huurtoeslag, kosten ADL-unit). Voorheen konden corporaties hiervoor subsidie aanvragen. Nu dit niet meer kan proberen sommige corporaties kosten door te berekenen aan de aanbieder van ADL-assistentie);

Als de 24-uurszorg in ADL-cluster zou worden toegekend/geïndiceerd door meerdere partijen (gemeente, meerdere zvw-verzekeraars en evt. kern-AWBZ) en ook ingekocht moet worden door deze partijen, wordt de exploitatie van de 24-uurszorg afhankelijk van de samenwerking tussen deze partijen en onzeker.

KPMG heeft onderzoek gedaan naar de ontwikkelmogelijkheden van Fokus in de AWBZ en daarbuiten (september 2010). Aan de hand van scenario's zijn gevolgen onderzocht van varianten waarin niet langer is geregeld dat het pakket 24-uurszorg niet langer vanuit één domein door één aanbieder wordt aangeboden. KPMG onderscheid meerdere perspectieven:

33. Het *cliëntperspectief* omvat de impact dat het betreffende scenario heeft op de kwaliteit (leveringsvoorwaarden 'gewoon wonen') en keuze aan (zorg)activiteiten waar de cliënt recht op heeft in het kader van ADL-assistentie.
34. Het *organisatieperspectief* omvat de impact dat het betreffende scenario heeft op de organisatie van het zorgproces. Hierbij kan worden gedacht aan het aantal in te zetten medewerkers, kleinschaligheid van clusters, roostering en productiviteit. Dit perspectief kan vanuit twee kanten bekeken worden. Enerzijds vanuit cliëntperspectief om het zorgproces zodanig te organiseren dat aan de leveringsvoorwaarden omtrent 'gewoon wonen' wordt voldaan. Anderzijds vanuit efficiency-oogpunt om efficiencyvoordelen in het zorgproces te creëren.
35. Het *bedrijfsvoeringperspectief* omvat de impact dat het betreffende scenario heeft op de bedrijfsvoeringprocessen van Fokus inzake onder andere onderhandelingen met de zorgverzekeraar, productieregistratie, declaratie van zorguren en verantwoording van de productie.
36. Het *financiële perspectief* omvat de impact dat het betreffende scenario

heeft op het financiële resultaat van Fokus, waarbij de kostendekkendheid van de zorgactiviteiten centraal staat.

37. Het *externe perspectief* wordt beïnvloed door de rol die externe stakeholders innemen, zoals de cliënt, het ministerie van VWS, het CIZ en het CVZ. Dit perspectief omvat de impact dat het betreffende scenario heeft op diverse externe aspecten, zoals andere stakeholders en (potentiële) cliënten. Bij de stakeholders behoren de partijen die bevoegd zijn om beslissingen te nemen ten aanzien van de toekomst van de ADL-assistentie. De score op dit scenario geeft richting aan de mate van draagvlak voor het betreffende scenario.
38. Het zesde perspectief betreffende 'indicatie' omvat de indiceerbaarheid van de zorgvraag en daardoor de financiering van de uitgevoerde activiteiten. Dit is van belang voor het succes van een bepaald scenario voor zowel de zorgaanbieder van ADL-assistentie als de ADL-clusterbewoner.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

KPMG concludeerde dat de inpassing van de ADL-assistentie in de bestaande AWBZ financiering (functies en klassen) vanuit de scores geen oplossing is. Vanuit de eerste 5 genoemde perspectieven werden varianten waarin het pakket niet als eenheid blijft geregeld zou blijven, als zeer negatief beoordeeld.

Het behouden van de door de cliënt gewenste en benodigde leveringsvoorwaarden en de financiële consequenties leveren bij overheveling naar de reguliere AWBZ zodanige knelpunten op, dat het regelen van een aparte aanspraak en bekostiging van het pakket ADL-assistentie voor de hand ligt.

Bijlage 5. Casus

Ik ben een 37-jarige man met ernstige cerebrale parese, waardoor ik voor honderd procent ADL-afhankelijk ben en gebruik maak van een elektrische rolstoel. Ik werk fulltime als wetenschappelijk medewerker, heb een mooie dochter, en mijn vrije tijd vul ik met een aantal bestuursfuncties voor patiënten- en belangenverenigingen. Ik woon in een fokuswoning en voor de assistentie buitenshuis maak ik gebruik van het PGB.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Mijn situatie is niet uniek, maar geeft wel een illustratie hoe de plannen uitpakken voor cliënten die levenslange en levensbrede assistentie nodig hebben. Ik zeg met opzet assistentie en geen zorg. Assistentie past meer bij invulling geven aan eigen regie. De mensen die mij assisteren bieden in mijn beleving dan ook geen zorg, maar zij faciliteren mijn leven. Ik ben een *disability manager*, dankzij het PGB, dankzij de zorg op afroep.

Het unieke van het focusconcept is dat de cliënt in een 'gewone' woonwijk woont en toch vierentwintig uur per dag assistentie kan krijgen. Deze assistentie kan op afroep- en afspraakbasis. In de uitwerking van juni 2011 heeft staatssecretaris Van Zanten geen garantie gegeven dat de hulp op afroepbasis gecontinueerd kan worden. Wel heeft ze onderzoek gedaan naar de beschikbaarheid voor hulp als het gaat om een alarmafroep, maar dit is totaal iets anders dan assistentie op afroep. Dit laatste is het tweede unieke van dit focusconcept: assistentie op afroep betekent dat de zorg bij mijn agenda past in plaats van andersom. Ik kan plassen wanneer ik plassen moet, ik kan eten wanneer ik trek heb en ik kan naar bed als ik m'n werk afheb, mijn brief afheb, of gewoon moe ben. Assistentie op afroep betekent voor mij dat ik zelfstandig kan wonen. Omdat ik motorisch bijna geen functie heb, vindt zo'n assistentieoproep zo'n vijftien keer per dag plaats. Als dit wegvalt, dan zou dat voor mij en voor vele anderen de consequentie hebben niet meer zelfstandig te kunnen wonen. Het enig alternatief dat dan rest is intramurale instellingszorg. Als het niet zo'n akelige consequentie was zou ik er bijna om lachen.

De politieke Pavlov-reactie op de opmerking dat instellingszorg het enig alternatief is, is dat voor hen het PGB behouden blijft. Zij hoeven dus niet bezorgd te zijn. Maar dit klopt niet, ook als ik zelfstandig kan blijven wonen middels het PGB kan ik hiermee nooit 24-uurs assistentie op afroep organiseren. En als ik voor zorg in natura kies heb ik geen PGB waardoor ik de assistentie buiten mijn eigen woning gerealiseerd krijg. De politieke oplossing die wordt geboden is een schijnoplossing. Ik heb dan geen keus voor een PGB gezien mijn assistentiebehoefte. De grote bezorgdheid die heerst onder fokuscliënten is niet gebaseerd op linkse bangmakerij, maar op het geen gehoor vinden bij onder andere uw partij.

De overheid is al sinds 2003 bezig om het fokuswonen onder de AWBZ te brengen. Er is een aantal onderzoeken geweest en bij mijn weten liet dat elke keer zien dat het focusconcept niet binnen de AWBZ-structuur past. Ik hoop dat u oog heeft voor het belang van de assistentie op afroep en dat dit op welke manier dan ook gegarandeerd wordt.

ADL-assistentie geldt alleen voor in of rondom het huis. Elke zorgvraag die daarbuiten bestaat moet op een andere manier beantwoord worden. Hiervoor gebruik ik mijn PGB. Mijn PGB'ers assisteren mij wanneer ik voor mijn werk naar vergaderingen moet en toiletgang tijdens mijn werk en tijdens de bestuursvergaderingen van patiëntenverenigingen. Ze gaan zelfs mee naar internationale congressen. Dit alles organiseer ik binnen mijn indicatie. Doordat het PGB voor negentig procent wordt afgeschaft raak ik straks de

mogelijkheid kwijt om deze assistentie zelf te regelen. Er is geen zorgaanbieder die straks in staat is mij deze zorg wel te leveren, en zeker niet voor dat geld. Ik begrijp dat de staatssecretaris van plan is om de zorg in natura te vitaliseren, maar het is ondenkbaar dat mijn zorgvraag op een bevredigende manier beantwoord kan worden. Ik kom dus klem te zitten in mijn functioneren op mijn werk en als bestuurslid, en voor privé aangelegenheden.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk

Bovenstaande geeft de twee grootste knelpunten helder weer. Graag wil ik mijn situatie en het belang van eigen regie voor een actief en maatschappelijk betrokken leven mondeling toelichten. De voorgenomen plannen pakken voor mij en voor vele anderen desastreus uit, waarbij het perspectief op het wonen in een instelling niet meer ondenkbaar is. Politici die zeggen dat dit een irreële angst is, hebben nog niet helder op het netvlies welke gevolgen de stelselwijzigingen hebben. Ik hoop dan ook dat u een bijdrage kunt leveren aan de gedachtevorming binnen uw fractie en uw smaldeel binnen het kabinet.

In afwachting van een uitnodiging voor een mondelinge toelichting, groet ik u hartelijk,

Bijlage 6. Korte historie Integraal pakket Persoonlijke Assistentie

Op 20 december 2011 is het rapport over Burgergestuurde Persoonlijke Assistentie (Deens Model) verzonden aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer, 2011-2012, 30597, nr. 240). Tijdens het Algemeen Overleg over ADL-assistentie van 14 september van dat jaar hadden verschillende fracties verzocht om nadere informatie over dit onderwerp.

Vervolgens is toegezegd de mogelijkheden van toepassing van persoonlijke assistentie te betrekken bij de adviesaanvraag aan CVZ. Het CVZ heeft bij het advies alle betrokken partijen geconsulteerd. Het advies is in april verschenen en als bijlage meegestuurd met de brief van 27 mei jl.

De politieke aandacht voor de koppeling tussen wonen en dienstverlening bij Fokus, de kwaliteit van het de ADL-assistentie en de monopoliepositie van Fokus komt mede voort uit signalen van bewoners die het BPA bepleiten als alternatief voor het Fokuswonen.

Directie Langdurige Zorg
Sturing, Financiering en
Informatie

Kenmerk