

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon

5.1.2e
T 5.1.2e
5.1.2e@minvws.nl

Datum

13 juni 2013

Kenmerk**Bijlage(n)**

5.1.2e

minuut

Route	Paraaf / Datum	Bijzonderheden
Auteur		
Afdelingshoofd		
Directeur		

Auteur

5.1.2e

Ondertekening door**Afschrift aan**

archief

Deponeren

Paraaf

Datum

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
Bijlage(n)

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

Datum

Betreft: Positionering ADL-assistentie in nieuwe stelsel langdurige zorg

Geachte voorzitter,

1. Inleiding

Tijdens het Notaoverleg over de hervorming van de langdurige zorg (van 10 en 13 juni jl.) hebben leden van uw Kamer vragen gesteld over de positionering van zorg en ondersteuning aan bijzondere cliëntgroepen. Eén daarvan is de groep bewoners van een ADL-clusterwoning die 24-uurszorg op afroep ontvangen. In algemene zin heb ik uw Kamer toegezegd voor 1 september te informeren over deze bijzondere cliëntgroepen. Voorts heb ik aangegeven – specifiek voor de bewoners van een ADL-clusterwoning – te bezien of het mogelijk zou zijn helderheid te verschaffen voor het AO Fokuswonen dat gepland is op 19 juni as. Ik heb daarbij toegezegd dat, als dat niet mogelijk is, nader te motiveren waarom ik bepaalde keuzes thans nog niet kan maken.

In hoeverre de zorgvraag van doelgroepen als "bijzonder" is te typeren, vind ik geen eenvoudige afweging. Dat geldt ook voor ADL-assistentie. De bewoners van ADL-woningen vormen namelijk bepaald geen homogene groep. Ongeveer 40 procent van de bewoners roept minder dan 10 uur ADL-assistentie op per week. Er zijn er ook die meer dan 50 uur per week hulp oproepen. Ook de achterliggende beperkingen en aandoeningen van de bewoners zijn zeer verschillend. Ik verwijs hierbij naar de rapporten van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) die ik u als bijlagen heb gestuurd bij mijn brief van 27 mei jl. (Kamerstuk 30 597, nr. 298).

Het CVZ heeft een advies uitgebracht over de doelgroep mocht worden gekozen voor een aanspraak in de kern-AWBZ. Het gaat dan om de groep waarvoor reguliere thuiszorg geen oplossing biedt, maar 24-uur zorg op afroep wel. Het lijkt er op dat momenteel ook cliënten toegang tot de aanspraak hebben die ook goed met reguliere thuiszorg geholpen zouden kunnen worden. De discussie over de positionering van ADL-assistentie spitst zich toe op de groep waarvoor dat niet geldt. Cliënten voor wie reguliere thuiszorg een oplossing kan bieden kunnen immers terecht bij de reguliere voorzieningen.

Ik vind het van groot belang om, alvorens voor ADL-assistentie een uitspraak te doen over het perspectief op langere termijn, ook op samenhangende wijze te kijken naar andere groepen cliënten met een zorgvraag die op een of andere

manier "bijzonder" is te noemen. Het is noodzakelijk meer tijd te nemen om hiervoor tot zorgvuldige besluitvorming te komen. Voor wat betreft de bewoners van een ADL-clusterwoning ben ik voornemens om op korte termijn een gesprek te voeren met de cliëntenraad Fokus. Om deze redenen wil ik op dit moment nog geen uitsluitsel geven over de positionering van ADL-assistentie in het nieuwe stelsel van langdurige zorg. Zoals ik uw Kamer op 13 juni tijdens de tweede termijn van het eerdergenoemde nota-overleg heb toegezegd, zal ik u uiterlijk op 1 september informeren over het langetermijnperspectief dat mij voor ogen staat.

In paragraaf 2 van deze brief zal ik aangeven welke vier dilemma's ik zie bij de discussie over positionering van ADL-assistentie. Vervolgens ga ik in paragraaf 3 kort in op persoonlijke assistentie. Dat is het tweede onderwerp uit het advies van het CVZ. Aangezien CVZ aangeeft dat hiervoor een nieuwe aanspraak zou moeten worden ingevoerd, kan ook invoering van persoonlijke assistentie niet los worden gezien van nadere besluitvorming in het kader van het nieuwe stelsel.

2. Dilemma's rond positionering van ADL-assistentie

Uitgangspunten van het nieuwe stelsel

In het nieuwe stelsel zullen cliënten die ondersteuning en zorg nodig hebben in de thuissituatie gebruik kunnen maken van gemeentelijke arrangementen gericht op zelfredzaamheid en c.q. participatie van mensen. Ook kan het gaan om verzekerde zorg krachtens de Zorgverzekeringswet. Voor kwetsbare mensen die vanwege hun beperkingen niet meer in een thuisomgeving kunnen wonen en die een beschermende of veilige woonomgeving nodig hebben, blijft een aanspraak op zorg geregeld via de kern-AWBZ.

De bewoners van een ADL-woning kunnen zelf hulp oproepen en ook deelnemen aan de samenleving. Vanuit dit oogpunt lijkt het voor de hand te liggen om gemeenten verantwoordelijkheid te geven om aan deze mensen passende zorg en ondersteuning te bieden.

De rapporten van het CVZ en de NZa maken echter ook duidelijk dat de doelgroep in een aantal opzichten ook heel sterk lijkt op de doelgroep voor wie de nieuwe kern-AWBZ is bestemd:

- de cliënten zijn aangewezen op een samenhangend zorgpakket (verpleging, verzorging en begeleiding);
- er geldt een bijzondere leveringsvoorwaarde voor deze samenhangende zorg: als de 24-uurszorg niet beschikbaar is, is zelfstandig wonen voor deze mensen niet goed mogelijk en kan opname in een instelling nodig zijn.
- de kosten van de zorg per dag zijn vergelijkbaar met ZZP5 (16 à 20 uur per week) en soms zelfs aanzienlijk hoger.

In bovengenoemde opzichten lijkt ADL-assistentie dus meer op intramurale zorg dan op thuiszorg.

Beschikbaarheid van 24-uurs dienstverlening

Bij ADL-assistentie gaat het om extramurale zorg. De geleverde hulp valt voor het overgrote deel onder de functie persoonlijke verzorging (79%). Daarnaast betreft het maar voor een zeer beperkt deel verpleging (3%). De overige 18% zijn zogenaamde hand- en spandiensten. Daarom kan gesteld worden dat ADL-assistentie extramurale zorg is die, gelet op de onderliggende activiteiten, nauw aansluit bij het type ondersteuning dat gemeenten nu en straks gaan organiseren. Voor de doelgroep is de 24-uurszorg beschikbaarheid van de assistentie een voorwaarde om te kunnen deelnemen aan de samenleving. Die beschikbaarheid is

niet vanzelfsprekend. De exploitbaarheid van het huidige concept is kwetsbaar. Deze is afhankelijk van commitment van zorgaanbieder, bewoners, corporaties en de bereidheid van zorginkopers om de hoge uurprijs te betalen. Daarnaast heeft het vanuit het oogpunt van een samenhangende dienstverlening voordelen om een integraal pakket ADL-assistentie, inclusief de verpleging, bijeen te houden. Vanuit het oogpunt van beschikbaarheid van de 24-uurs dienstverlening heeft het voordelen een aparte verzekeringsaanspraak te behouden. Eerder heeft uw Kamer hier ook expliciet om verzocht¹.

Doelmatige zorginkoop

In het nieuwe stelsel zullen gemeenten met zorgaanbieders afspraken maken. Vanuit het oogpunt van doelmatige zorginkoop van zorglevering kan het echter aanbeveling verdienen een aanbod bovenregionaal te contracteren. Mogelijke criteria die hierbij gehanteerd kunnen worden zijn:

- *het aantal cliënten*: het aantal cliënten is zodanig klein dat het per gemeente dan veel inspanning is om daarvoor een goed aanbod te contracteren waardoor er risico's ontstaan om cliënten goed te bedienen;
- *de ordening van het aanbod*: het aanbod is zodanig geordend en klein dat de decentralisatie er toe kan leiden dat er extra hoge transactiekosten en/of administratieve lasten ontstaan;
- *de inhoud van het aanbod*: de inhoud van het aanbod is zodanig specialistisch dat de kans op het organiseren van een substituuut op lokaal niveau moeilijk zal zijn en de drempel voor een aanbieder, om dit als nieuwe dienst aan te gaan bieden, hoog is.

Ik wil nader bezien of deze criteria bruikbaar zijn bij de verdere afwegingen rond de positionering van ADL-assistentie.

Kostenverdeling

Bij de afweging speelt mee dat de zorg aan bewoners van een ADL-woning bijzonder duur is. Gemiddeld kost de ADL-assistentie in de ADL-woning € 75.000 à € 80.000 per bewoner per jaar, met uitschieters tot boven de € 300.000. Men woont in een cluster. Indien gemeenten ook verantwoordelijk worden voor de assistentie drukken bewoners gezamenlijk stevig op het Wmo-budget:

- cliënten zijn langdurig op zeer veel zorg aangewezen;
- de kostprijs per uur is veel hoger dan de tarieven van reguliere thuiszorg;
- naast zorg zijn bewoners ook aangewezen op een rolstoeltoegankelijke woning, individuele woonaanpassingen, hulpmiddelen, huishoudelijke hulp en vervoer.

Op dit moment zijn de bewoners scheef verdeeld over gemeenten. Het overgrote deel van de gemeenten heeft helemaal geen ADL-cluster, maar er zijn middelgrote gemeenten met 2 of 3 clusters. Er moet worden gewaakt voor verkeerde prikkels bijvoorbeeld als gemeenten voor cliënten met een zeer hoge zorgvraag kiezen voor een goed woonaanbod en ruimhartig toekenningbeleid, waardoor men wordt "beloond" met een toestroom van deze doelgroep.

3. Persoonlijke assistentie

Het CVZ is in haar advies tevens ingegaan op de uitvoeringsaspecten van een model van persoonlijke assistentie. Bij persoonlijke assistentie maakt de cliënt geen gebruik van een vast team assistenten dat is aangesloten bij een ADL-cluster, maar maakt gebruik van een klein team persoonlijke assistenten die de cliënt zelf aanstuurt. De dienstverlening aan de cliënt is dan niet, zoals op dit

¹ Motie Wolbert, Kamerstuk 30 597, nr. 181

moment bij ADL-assistentie het geval is, beperkt tot de zorg op afroep in en om de woning. Persoonlijke assistentie kan vanuit oogpunt van veilige dienstverlening meerwaarde hebben voor cliënten met ademhalingsondersteuning. Het gaat om situaties waar reguliere thuiszorg of 24-uurszorg op afroep geen adequate oplossing is, maar een integraal pakket persoonlijke assistentie wel.

Het CVZ geeft aan dat het voor de hand ligt dat een integraal pakket persoonlijke assistentie *alle* zorg omvat waarop de cliënt is aangewezen. Het gaat dus ook om de huishoudelijke hulp, omdat de assistent 24 uur per dag in de directe omgeving van de cliënt aanwezig is. Het CVZ geeft aan dat invoering van een nieuwe aanspraak noodzakelijk om de samenhang tussen de verschillende zorgvormen te garanderen. Daarom kan ook de eventuele invoering van een aanspraak op een integraal pakket persoonlijke assistentie niet los worden gezien van nadere besluitvorming in het kader van de HLZ.

Daarnaast verdient het kostenaspect nadere overdenking. De doelgroep is immers aangewezen op toezicht en komt in aanmerking voor een verblijfsindicatie. 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. Het CVZ geeft aan dat de kosten van persoonlijke assistentie substantieel hoger zullen zijn dan het richtinggevend grensbedrag dat het CVZ hanteert bij pakketadviezen. De mogelijkheid van beademing in de thuissituatie heeft echter een positief effect op de ervaren kwaliteit van leven. De extra kosten die hier tegenover staan, kunnen volgens het CVZ in bepaalde gevallen verdedigbaar zijn. De mate waarin dit het geval is, is hier het punt van discussie. Hierop wil ik mij verder beraden.

4. Slot

In deze brief heb ik aangegeven dat ik mij nog beraad over de positionering van ADL-assistentie. Ik let hierbij zowel op de uitgangspunten van de vernieuwing van het stelsel, maar ook op het belang van de continuïteit van de dienstverlening, een doelmatige inkoop en effecten voor gemeenten. Uiteraard zal ik ook de opvattingen van de leden van de Tweede Kamer betrekken bij de afwegingen.

Hoogachtend,
de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn