



**Project Herindicatiestelling bewoners
ADL-clusters**

September 2010

Managementsamenvatting

ADL-clusters zijn clusters van rolstoeltoegankelijke woningen voor mensen met een ernstige lichamelijke handicap die zijn aangewezen op hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL-assistentie). Hier wonen een kleine 1300 mensen. In de meeste ADL-clusterwoningen is Fokus de aanbieder van de ADL-assistentie. In de overige woningen zijn dat OsiraGroep en Stichting Wassenaarse Zorgverlening.

Wonen in een ADL-cluster met ADL-assistentie wordt gefinancierd uit een aparte subsidieregeling van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het kabinet heeft in 2008 besloten om deze regeling per 1 januari 2012 te laten vervallen. Tussen 1 januari 2009 en 1 januari 2012 is voor de ADL-assistentie een tijdelijke subsidieregeling van kracht. Het CVZ blijft in deze overgangperiode verantwoordelijk voor de financiering. Per 1 januari 2012 wordt ADL-assistentie opgenomen in de reguliere AWBZ-aanspraken.

Het ministerie van VWS heeft het CIZ opdracht gegeven de bewoners van ADL-clusters vóór 1 juni 2010 te voorzien van een nieuw AWBZ-indicatiebesluit. Dit project kreeg de naam 'Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters' (ADL-HI) en is uitgevoerd in de periode van juli 2009 tot mei 2010. In juni en juli 2010 heeft het CIZ Kenniscentrum met de gegevens uit dit project onderzoek uitgevoerd om de verschuivingen in kaart te brengen tussen de verleende ADL-assistentie in 2009 en de hiervoor relevante geïndiceerde AWBZ-zorg vanaf 2012.

Voor en tijdens de uitvoering van het herindicatieproject was er breed overleg met de betrokken partijen (de drie zorgaanbieders, VWS, CVZ, NZa, ZN, NPCF en CIZ). Een projectteam vanuit dit overleg was voortdurend bij het project betrokken. Vooraf werden oplossingen voor mogelijke knelpunten vastgelegd, zoals het laten voortbestaan van dubbele verstrekking van zorg tot 2012.

In totaal heeft het CIZ in het kader van dit project 1155 indicatiebesluiten afgegeven. De indicaties bestonden uit twee delen. Een indicatie tot 2012, waarbij zonder uitdrukkelijke toestemming van de cliënt geen veranderingen in de zorg zijn doorgevoerd. En een indicatie vanaf 2012, waarbij ADL-assistentie (uitgedrukt in AWBZ-functies) onderdeel is van een AWBZ-indicatie.

Voor de ADL-clusterbewoners was deelname aan het herindicatieproject vrijwillig. 92% stemde in met deelname. Ten behoeve van de indicatiestelling was er vervolgens in alle gevallen persoonlijk contact met de bewoners: bijna altijd huisbezoek (98%) en anders telefonisch contact (2%).

Van de besluiten van de indicatiestellers werd aanvankelijk 100% en later 50% vooraf getoetst met behulp van een toetsingsinstrument. Complexe dossiers werden altijd in deze toetsing meegenomen. Zestig indicatiebesluiten, waaronder dertig hoge indicaties, werden achteraf getoetst door een multidisciplinair overleg. Hieruit kwam een positief beeld naar voren, plus een aantal aandachtspunten die als leerpunten zijn meegenomen in het project.

Het CIZ-Kenniscentrum heeft de verschuivingen in zorginhoud (functie) en volume (klasse)0 in beeld gebracht door de oude met de nieuwe situatie te vergelijken. Omdat ADL-assistentie niet één op één is te vergelijken met AWBZ-zorg, zijn hiervoor vier verschillende vergelijkingen gemaakt met relevante combinaties van AWBZ-zorgfuncties.

De conclusies voor de totale ADL-cliëntenpopulatie luiden:

- Uit alle vier vergelijkingen blijkt dat het aantal geïndiceerde uren AWBZ-zorg per 2012 hoger ligt dan het aantal verleende uren ADL-assistentie in 2009.
- Afhankelijk van de gemaakte vergelijking varieert de *volumegroei* van ruim 6% (vergelijking met alleen Persoonlijke Verzorging in en om de woning) tot 30% (vergelijking met Persoonlijke Verzorging in en om de woning, Verpleging en Begeleiding Individueel).

De gemiddelde volumegroei op populatieniveau wordt niet altijd weerspiegeld in een volumegroei op cliëntniveau. Uit frequentieverdelingen valt voor de vier vergelijkingen het volgende af te leiden:

- *Vergelijking met uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning.* Vergeleken bij de ADL-assistentie in 2009 krijgt ruim 64% van de cliënten naar verwachting vanaf 2012 meer uren en bijna 36% minder uren. Van de cliënten die naar verwachting minder krijgen, is voor meer dan de helft (ruim 19% van het totaal) de daling maximaal 5 uur.
- *Vergelijking met uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning, berekend op basis van het maximaal aantal uren van een klasse.* Bijna 72% van de cliënten krijgt naar verwachting vanaf 2012 meer uren en ruim 28% minder uren. Ook hier geldt dat voor meer dan de helft van de cliënten die naar verwachting minder krijgen (ruim 14% van het totaal) de afname maximaal 5 uur bedraagt.
- *Vergelijking met Persoonlijke Verzorging in en om de woning plus Verpleging.* 71% van de cliënten krijgt naar verwachting vanaf 2012 meer uren en 29% minder uren. Bij een ruime meerderheid van de cliënten waarvoor een afname wordt verwacht (bijna 17% van het totaal) is de daling maximaal 5 uur.
- *Vergelijking met alle relevante AWBZ-functies, dus Persoonlijke Verzorging in en om de woning, Verpleging en Begeleiding Individueel.* 81% van de cliënten krijgt naar verwachting vanaf 2012 meer uren en 19% minder uren. Bij bijna tweederde van de cliënten voor wie een afname wordt verwacht (12% van het totaal) bedraagt de daling maximaal 5 uur.

Het CIZ Kenniscentrum heeft alle bovenstaande gegevens ook uitgesplitst op instellingsniveau. Voor elk van de drie zorgaanbieders Fokus, OsiraGroep en Stichting Wassenaarse Zorgverlening zijn vergelijkbare analyses gemaakt op populatie- en cliëntniveau.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	1
1 Inleiding	4
2 Aanpak herindicatieproject	6
2.1 Afstemming met betrokkenen	6
2.2 Oplossingsgerichte aanpak	6
2.3 Werkwijze stap voor stap	7
3 Resultaten herindicatieproject	9
3.1 Voorbereiding, uitvoering en afhandeling	9
3.2 Toetsing	11
3.3 Aandachtspunten voor VWS	13
4 Verschil verleende zorg 2009 en indicatie 2012	16
4.1 Conclusies van het onderzoek	16
4.2 Probleem- en vraagstelling	17
4.3 Methode van onderzoek	19
4.4 Onderzoekresultaten	22
4.5 Kanttekeningen	28
5 Na het herindicatieproject	29
5.1 Overdracht naar regulier werkproces CIZ	29
5.2 Informeren Zorgkantoren	29
5.3 Overdracht aan het CVZ	29
5.4 Verdere analyses Nza	29
6 Financiële verantwoording herindicatieproject en onderzoek	30
Bijlage 1: Toelichting op de methode van onderzoek	31
Bijlage 2: Frequentieverdelingen uren verleende ADL-assistentie	33
Bijlage 3: Frequentieverdelingen uren geïndiceerde AWBZ-zorg	35
Bijlage 4: Persoonlijke Verzorging buiten het cluster	43
Bijlage 5: Frequentieverdelingen voor vergelijkingen ADL-AWBZ	45

1 Inleiding

Het ministerie van VWS heeft het CIZ in april 2009 opdracht gegeven de bewoners van ADL-clusters vóór 1 juni 2010 te voorzien van een nieuw AWBZ-indicatiebesluit. Dit project kreeg de naam 'Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters' (ADL-HI) en werd uitgevoerd in de periode van juli 2009 tot mei 2010. De opdracht van VWS staat in het kader op de volgende pagina.

ADL-clusters zijn clusters van rolstoelbaar gankelijke woningen voor mensen met een ernstige lichamelijke handicap die zijn aangewezen op zorg en hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL-assistentie) vanuit een centraal gelegen unit. De ADL-assistentie wordt 24 uur per dag verleend op afroep en volgens de aanwijzingen van de bewoner.

In ADL-clusterwoningen wonen een kleine 1300 mensen. In 2010 bedraagt het totale zorgbeslag ruim € 73 miljoen. Dat komt neer op ruim € 56.000 per cliënt per jaar. Veruit de grootste aanbieder van ADL-assistentie is Fokus, met ruim 1250 cliënten. De andere aanbieders zijn OsiraGroep met 29 cliënten en Stichting Wassenaarse Zorgverlening met 15 cliënten.

Van CVZ-voorziening naar AWBZ-aanspraak

Wonen in een ADL-cluster met ADL-assistentie wordt niet gefinancierd uit de AWBZ, maar uit een aparte subsidieregeling van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het kabinet heeft in 2008 besloten om drie subsidieparagrafen van de 'Regeling subsidies AWBZ' te laten vervallen. Deze paragrafen regelen de bouw en aanpassing van een ADL-woning, en de ADL-assistentie.

Tussen 1 januari 2009 en 1 januari 2012 geldt voor ADL-assistentie een nieuwe, tijdelijke subsidieparagraaf. Het CVZ blijft in deze overgangperiode de subsidieverstrekende partij. Verder zijn er tussen partijen afspraken gemaakt over de overgangperiode waarin deze tijdelijke subsidieparagraaf geldig is. Per 1 januari 2012 wordt ADL-assistentie opgenomen in de reguliere AWBZ-aanspraken.

Voorafgaand aan het herindicatieproject was een groot deel van de ADL-clusterbewoners al bij het CIZ bekend. Het CIZ heeft het CVZ geadviseerd over ADL-assistentie (in die adviezen luidt de omschrijving 'Persoonlijke verzorging in en om de woning'). ADL-clusterbewoners hebben vaak in aanvulling op de ADL-assistentie nog een indicatie voor AWBZ-zorg.

Herindicatieproject en onderzoek

Door de AWBZ-herindicaties vóór juni 2010 uit te voeren, hebben alle betrokkenen voldoende tijd om zich voor te bereiden op de nieuwe situatie. De herindicaties geven inzicht in de omvang van de te leveren uren ADL-assistentie tot en met 31 december 2011. Het afgegeven AWBZ-indicatiebesluit is opgesplitst in twee delen:

- Een indicatie die geldt tot en met 31 december 2011, waarbij zonder uitdrukkelijke toestemming van de cliënt geen veranderingen in de zorg zijn doorgevoerd.
- Een indicatie die geldt vanaf 1 januari 2012, waarbij ADL-assistentie (uitgedrukt in AWBZ-functies) onderdeel is van een AWBZ-indicatie.

Dit rapport beschrijft de werkwijze van het CIZ bij het herindicatieproject (hoofdstuk 2) en de resultaten van het project (hoofdstuk 3) en de aanpak na het project (hoofdstuk 5). In hoofdstuk

4 staan de resultaten van een onderzoek door het CIZ Kenniscentrum naar het verschil tussen de verleende ADL-assistentie in 2009 en de geïndiceerde zorg per 2012. Dit onderzoek is uitgevoerd in juni en juli 2010. Hoofdstuk 6 geeft een korte financiële verantwoording van het herindicatieproject en het onderzoek. De financiële consequenties van de verschuiving in zorgaanpak worden separaat in kaart gebracht door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De opdracht van het ministerie van VWS aan het CIZ bestaat uit vijf onderdelen, die verderop in dit rapport aan bod komen:

- 1.** *Breng in kaart op welke wijze het Herindicatieproject bewoners ADL-clusters het beste tot stand kan komen.*
- 2.** *Breng de doorlooptijd en de te verwachten kosten voor het project in kaart.*
- 3.** *Benoem de gewenste financieringsvorm en begroting in grote lijnen.*
- 4.** *Zo mogelijk komen tot een voor het CIZ vernieuwende manier van werken die getoetst wordt binnen het project, waarbij optimale afstemming met het programma UPP (Uniformering Primair Proces) en het CIZ Kenniscentrum bestaat.*
- 5.** *Aanvullende opdracht voor het CIZ Kenniscentrum: 'Hoe verhoudt de verleende ADL-assistentie in 2009 (volgens opgave van zorgaanbieders van ADL-assistentie) zich op populatie- en op cliëntniveau tot de herindicaties die gelden vanaf 2012 qua zorgvolume'.*

2 Aanpak herindicatieproject

2.1 Afstemming met betrokkenen

Het CIZ heeft de werkwijze binnen het 'Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters' in een breed overleg afgestemd met alle betrokken partijen:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS),
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ),
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa),
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN),
- Zorgaanbieders Fokus, OsiraGroep en Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ),
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF),
- Centrum indicatiestelling zorg (CIZ).

Uit dit brede overleg is een projectgroep opgericht met vertegenwoordigers van VWS, CVZ en de zorgaanbieders, onder aanvoering van de projectleider van het CIZ. Naast een maandelijks formeel overleg, vond er tijdens het project ook frequent informeel overleg plaats binnen de projectgroep. De leden van het brede overleg zijn door de projectleider van het CIZ meerdere malen op de hoogte gebracht van de stand van zaken binnen het project. Ook de Zorgkantoren zijn geïnformeerd over de voortgang. Voor mogelijke persvragen houden de projectgroep en de afdeling Communicatie van het CIZ een 'Vraag en antwoordlijst' bij.

2.2 Oplossingsgerichte aanpak

Samen met de betrokkenen is – ook vanuit het perspectief van de cliënt – van tevoren gekeken naar mogelijke knelpunten bij het onderbrengen van ADL-assistentie in AWBZ-functies en mogelijke oplossingen. Dit heeft geleid tot de volgende inhoudelijke maatregelen:

- Indicatiestellers indiceren niet op handelingsniveau maar naar de doelstelling van de functie Begeleiding. Hiervoor is een beleidslijn opgesteld. Reden hiervoor was het maximeren van de te indiceren uren Begeleiding, waardoor er sprake kan zijn van een vermindering van zorg na 1 januari 2012 voor cliënten zonder handfunctie of met een beperkte inspanningstolerantie.
- Dubbele verstrekking van zorg (uitleg in paragraaf 4.2) is door het ministerie van VWS geaccepteerd voor de duur van de tijdelijke subsidieregeling, tot 1 januari 2012.
- Voor de ongeveer honderd cliënten met ademhalingsondersteuning is geen hoge leveringsvoorwaarde vastgesteld zoals beschreven in de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009-2010. Bij een aantal van deze cliënten moet een zorgverlener binnen een zeer korte responstijd kunnen reageren op een alarmoproep. Gezien de ernst van de situatie is het gebruikelijk dat artsen en indicatiestellers hieraan een hoge leveringsvoorwaarde koppelen. Omdat cliënten in een ADL-clusterwoning dit risico bewust nemen en de zorgaanbieder garandeert de responstijd te kunnen bieden, is ervoor gekozen bij deze specifieke groep cliënten het accent te leggen op de regiefunctie van de betrokken cliënt. Om die reden is in deze situaties de leveringsvoorwaarde vastgesteld die past bij de regiefunctie van de cliënt.

2.3 Werkwijze stap voor stap

De stappen die het CIZ heeft genomen bij de voorbereiding, uitvoering en afhandeling van het project worden hieronder beschreven. Bij het project was een vaste beleidsmedewerker betrokken om in alle fasen te zorgen voor kwalitatieve en inhoudelijke borging.

2.3.1 Voorbereiding

Opstellen lijst betrokken cliënten

Voor een volledig overzicht van de huidige bewoners van ADL-clusters is gebruikgemaakt van een lijst van de subsidieverstrekker, het CVZ. Gedurende het project heeft het CVZ de lijst geactualiseerd met behulp van gegevens van zorgaanbieders. Hieruit bleek dat een klein deel van de 1.361 cliënten onterecht was benaderd.

Informereren cliënten door CVZ

Het CVZ heeft alle cliënten van de lijst geïnformeerd over de noodzaak van het herindicatieproject en aangegeven dat het CIZ hen ging benaderen.

Scholingstraject

Er is gebruikgemaakt van zeer ervaren indicatiestellers met specifieke deskundigheid op het gebied van ADL-clusters. Alle projectmedewerkers kregen zes dagen aanvullende scholing over de inhoud van het herindicatieproject en het te volgen proces.

2.3.2 Uitvoering

Schriftelijk informeren en motiveren cliënt

Het CIZ heeft alle cliënten per brief geïnformeerd over de herindicatie. Bij de brief zat een formulier waarmee cliënten hun medewerking konden toezeggen. Het CIZ had een ingevuld aanvraagformulier met een handtekening van de cliënt nodig om de cliënt te kunnen herindiceren. Er was binnen het project namelijk sprake van vrijwillige deelname.

Rappelleren (indien nodig), uiterste datum en reactie op non-respons

De cliënten die niet reageerden op de brief met het aanvraagformulier kregen een rappel. Er is tweemaal telefonisch gerappelleerd. Als het aanvraagformulier daarna nog niet werd teruggestuurd, ontvingen deze cliënten een rappelbrief. Als een cliënt na deze drie rappels nog geen aanvraagformulier instuurde, kreeg hij of zij een afrondende brief. Daarin staat dat de cliënt geen herindicatie zal ontvangen en zelf een aanvraag moet indienen om per 1 januari 2012 zorg te kunnen ontvangen.

Vóór 7 april 2010 ontvangen aanvraagformulieren werden binnen het project afgehandeld. Deze datum was gekozen op basis van de doorlooptijd van aanvraag tot indicatiebesluit en de bezwaartermijn van zes weken. Aanvraagformulieren die na deze datum binnenkwamen, zijn doorgestuurd naar de CIZ-locaties. Daar worden de aanvragen volgens de reguliere werkwijze afgehandeld.

Integraal indiceren na persoonlijk contact

Na ontvangst van het aanvraagformulier werd gecontroleerd of de cliënt voorkwam in de administratieve systemen van het CIZ. Zo ja, dan werd gekeken of de cliënt in 2009 integraal is geïndiceerd en of er bezwaar is aangetekend. Was de cliënt in 2009 integraal geïndiceerd, dan

werd gekozen voor telefonisch onderzoek. Was er op een recente indicatie bezwaar aangetekend, dan werd overlegd met de betrokken bezwaarmedewerker. In alle overige gevallen ging de indicatiesteller op huisbezoek. Het was in alle gevallen de bedoeling een AWBZ-brede beoordeling te maken, maar vier PMHI-cliënten (zie paragraaf 3.1) gaven zelf aan alleen een indicatie te willen voor de functie Begeleiding en zijn verkort geïndiceerd.

Consultatie

Er is een consultatieteam ingesteld om vragen van indicatiestellers te behandelen en casuïstiek door te nemen die mogelijk tot discussie kon leiden. Het consultatieteam bestond uit:

- een vertegenwoordiger van de zorgaanbieders (van Fokus, gezien het grote aantal ADL-clusterbewoners dat cliënt is bij deze zorgaanbieder),
- een ADL-kennisexpert (indicatiesteller met uitgebreide deskundigheid en ervaring op gebied van indicatiestelling voor ADL-clusterbewoners),
- een medisch adviseur,
- een beleidsmedewerker van de afdeling Beleid en Juridische Zaken van het CIZ,
- en een voorzitter (de projectleider en bij diens afwezigheid de teamleider).

Toetsing

In bijna 50% van de gevallen werd het besluit van de indicatiesteller vooraf getoetst. Bij een aantal dossiers vond achteraf een inhoudelijke toetsing plaats. Zie paragraaf 3.2.

2.3.3 Afhandeling

Na het afgeven van het besluit kreeg de cliënt, conform de reguliere werkwijze, zes weken om een eventueel bezwaar in te dienen. De bezwaren zijn volgens de binnen het CIZ geldende regels afgehandeld.

3 Resultaten herindicatieproject

3.1 Voorbereiding, uitvoering en afhandeling

Een toelichting op de cijfers staat onder de tabel. De toetsingsresultaten van de indicatiebesluiten zijn verder uitgewerkt in paragraaf 3.2.

Omschrijving	Prognose	Realisatie op 1 juni 2010
Aantal benaderde cliënten	1400	1.361
<ul style="list-style-type: none"> <i>aantal ontvangen weigeringen / reageert niet en krijgt afrondende brief / onterecht op lijst</i> <i>aantal dubbelingen¹</i> 		- 101 - 34
Totaal aantal te herindiceren cliënten		1.226
<ul style="list-style-type: none"> <i>waarvan vervallen procedures, geen besluit²</i> <i>waarvan afgebroken procedures³</i> 		- 30 - 41
Aantal afgegeven indicatiebesluiten		1.155 ⁵
<ul style="list-style-type: none"> <i>waarvan PMHI</i> <i>aantal getoetst</i> 		179 559 (48,4%)
Wijze van afhandeling indicatiebesluiten ⁴		
<ul style="list-style-type: none"> <i>directe afhandeling (administratief)</i> <i>verkort (telefonisch)</i> <i>standaard (huisbezoek)</i> <i>uitgebreid (huisbezoek en multidisciplinair overleg)</i> 	0% 10% 70% 20%	0 (0%) 23 (2%) 1.103 (93%) 59 (5%)
Aantal beroep en bezwaar	5%	106 (9%) ⁶

Tabel 1. Kwantitatieve resultaten project 'Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters'.

Hoog deelnamepercentage

Op basis van het aantal ADL-clusterwoningen was voorspeld dat het zou gaan om 1.400 herindicaties. Na controle van het ontvangen cliëntbestand bleken 1.361 mensen in aanmerking te komen voor herindicatie binnen het project. De overigen hadden een recente indicatie voor een zorgzwaartepakket, woonden niet meer in een ADL-clusterwoning of waren overleden. Er zijn 1.361 mensen aangeschreven met het verzoek zich te laten herindiceren. Daarvan bleken er 34 tweemaal in het bestand voor te komen en 101 cliënten stonden onterecht op de lijst,

¹ Gedurende het project is er een aangepaste, betrouwbare lijst van cliënten van het CVZ ontvangen. Het CIZ was echter al bezig met het benaderen van cliënten. Hierdoor zijn enkele dubbelingen ontstaan.

² Vervallen: naar aanleiding van onderzoek, cliënt bleek bijvoorbeeld aan het revalideren.

³ Afgebroken: voordat onderzoek plaatsvond, cliënt bleek bijvoorbeeld al een ZZP te hebben.

⁴ In de berekening van de procedures zijn de afgebroken procedures niet meegenomen, omdat voor het uitvoeren van het onderzoek al duidelijk was dat de cliënt geen herindicatie kreeg. Dit leidt tot een totaal van 1.185 cliënten.

⁵ Is het aantal afgeronde trajecten (1.226), minus het aantal vervallenprocedures (30), minus het aantal afgebroken procedures (41).

⁶ Betreft het aantal geregistreerde bezwaren en beroepen op het moment van schrijven, juli 2010.

reageerden niet, of weigerden mee te doen. Uiteindelijk zijn binnen het project 1.226 mensen geherindiceerd, een deelnamepercentage van 92%. Gezien het vrijwillige karakter is dat hoog.

Bijna altijd huisbezoek

Binnen het project zijn 1.226 trajecten afgerond, waarvan 1.155 (94%) met een indicatiebesluit. De overige trajecten zijn afgebroken zonder indicatiebesluit of vervallen. Bij alle indicatiebesluiten is er contact geweest met de cliënt. De verwachting was dat bij 90% van de cliënten een huisbezoek zou plaatsvinden. In de praktijk is van de afgegeven besluiten 98% tot stand gekomen met behulp van een huisbezoek (standaard of uitgebreid). De overige cliënten zijn met hun instemming telefonisch geïndiceerd.

Cliënten uit PMHI-project

Bij aanvang van dit project liep er nog een ander herindicatieproject: het project Herindicatiestelling Pakketmaatregelen (PMHI). Veel mensen kregen in 2009 een herindicatie omdat de AWBZ-functies Ondersteunende en Activerende Begeleiding per 1 januari van dat jaar niet meer bestaan. Op basis van gegevens uit het PMHI-project werden ongeveer 400 aanvragen verwacht van ADL-clusterbewoners met de AWBZ-functies Ondersteunende Begeleiding (OB) en/of Activerende Begeleiding (AB). De dossiers van deze cliënten werden door de indicatiestellers overgeheveld naar het herindicatieproject voor ADL-clusterbewoners, zodat deze cliënten maar één keer een herindicatie hoefden te krijgen. De PMHI-groep werd binnen het ADL-project als eerste afgehandeld. Achteraf bleek het te gaan om 179 cliënten. Dat de groep aanvankelijk groter leek, kwam doordat verschillende cliënten per abuis hadden aangegeven in een ADL-cluster te wonen⁷. Zij zijn weer overgedragen aan het PMHI-project.

Indicaties voorgelegd aan multidisciplinair overleg

De indicatiesteller beschikte over de mogelijkheid om casuïstiek van een cliënt in te brengen bij het multidisciplinair overleg (MDO) van het CIZ. Het MDO bestond uit de leden van een multidisciplinair team, te weten een arts, een ADL-kennisexpert en een meelezend indicatiesteller. Ook was er de mogelijkheid tot het raadplegen van andere deskundigen als de casuïstiek hierom vroeg. In totaal zijn 59 herindicaties (5%) voorgelegd in het multidisciplinair overleg. Dit is minder dan geschat, omdat indicatiestellers, arts en toetsers bij vragen en onzekerheden buiten het overleg om ook nog consultatiemogelijkheden hadden. Ook was overleg mogelijk met de beleidsmedewerker van de afdeling Beleid & Juridische Zaken van het CIZ. Hiervan is veel gebruikgemaakt. Dit is wellicht ook de reden dat er geen beroep is gedaan op het speciaal voor dit project samengestelde consultatieteam (zie paragraaf 2.3.2). Een aantal dossiers is achteraf speciaal getoetst om zeker te weten dat de juiste casuïstiek bij het multidisciplinair overleg terecht kwam (zie paragraaf 3.2).

Bezwaren

106 cliënten (9%) hebben bezwaar gemaakt tegen het afgegeven indicatiebesluit. Dit is 8% hoger dan gemiddeld. Bij aanvang van het project was uitgegaan van 5%. Dit op basis van de mogelijk negatieve effecten van de herindicatie op de omvang van de zorg, en de belangen van zorgaanbieders en cliënten.

De meeste bezwaren hadden betrekking op de functie Persoonlijke Verzorging, waarbij er verzoeken waren van een extra klasse tot een verdriedubbeling van de afgegeven indicatie. In

⁷ Een aantal cliënten bleek ook een indicatie voor Ondersteunende of Activerende Begeleiding te hebben, maar was niet door PMHI overgeheveld. Tijdens het project kregen deze cliënten een indicatie voor de functie Begeleiding met terugwerkende kracht tot 1 januari 2010.

bepaalde gevallen is bezwaar gemaakt tegen de omvang van de functies Begeleiding Individueel en Persoonlijke Verzorging. De grootste aanbieder van ADL-assistentie, Fokus, had tijdens het project een jurist ingehuurd om cliënten te ondersteunen bij het indienen van een bezwaar. Bij sommige bezwaren bleek het overigens niet om de AWBZ te gaan, maar om een uitbreiding van de indicatie voor Wmo-taken (Wet maatschappelijk ondersteuning).

3.2 Toetsing

Met het oog op kwaliteit en uniformiteit heeft het CIZ de indicatiebesluiten getoetst. Dit is op twee manieren uitgevoerd: met behulp van een toetsingsinstrument en via beoordeling binnen een multidisciplinair overleg.

3.2.1 Toetsing vooraf met toetsingsinstrument

Voor de toetsing werd gebruikgemaakt van het instrument voor integrale toetsing dat het CIZ heeft ontwikkeld. Hierbij werd gecontroleerd of het onderzoek op de juiste manier is verricht en of het juiste besluit is opgesteld.

Getoetste situaties

Vanwege een stagnerend werkproces is het toetsingspercentage in afstemming met de Raad van Bestuur van het CIZ vastgesteld op 50%. Onderstaande situaties werden in ieder geval getoetst:

- besluiten voor cliënten met thuisbeademing;
- besluiten behandeld door het multidisciplinair overleg (waaronder zorgzwaartepakketten);
- besluiten met een grote kans op bezwaar, af te leiden uit de inhoud van het af te geven besluit of de houding van de cliënt tijdens het huisbezoek;
- besluiten in conflictueuze situaties ofwel situaties waarin de indicatiesteller en de cliënt niet tot overeenstemming komen over de beperkingen en benodigde zorg (of wanneer de cliënt niet wil accepteren dat de AWBZ anders functioneert dan de huidige subsidieregeling);
- besluiten met een opmerkelijke afname van de omvang van de indicatie, met als richtlijn een vermindering van de zorg van meer dan 40% of meer dan 10 uur.

Uit Tabel 1 blijkt dat 559 besluiten zijn getoetst (48,4%). Tabel 2 laat zien dat van de getoetste besluiten 99% is opgesteld na een huisbezoek. Tabel 3 laat zien welke functies zijn geïndiceerd binnen de getoetste dossiers.

Procedure	N	%
Verkort	3	1%
Standaard	458	82%
Uitgebreid	96	17%
Niet bekend	2	0%
Totaal	559	100%

Tabel 2. Verdeling gevolgde procedure.

PV	VP	BG ind	BG groep	BH	VB tijd
553	244	446	93	3	1

Tabel 3. Verdeling geïndiceerde functies.

Toetsing onderzoek

De toetsers kon zich een oordeel vormen over de kwaliteit van het onderzoek met behulp van de antwoorden op twintig vragen. Hierbij waren vier kritieke vragen, die altijd positief beantwoord moesten worden. Daarnaast moesten ten minste twaalf vragen zijn beantwoord met "ja" of "n.v.t.". Dit leidde voor het onderzoeksdeel tot het resultaat in Tabel 4.

Oordeel	N	%
Positief	461	82%
Negatief	<u>98</u>	<u>18%</u>
Totaal	559	100%

Tabel 4. Beoordeling onderzoekitems.

Bij een negatief resultaat vond overleg plaats tussen de toetsers en indicatiesteller. Naar aanleiding hiervan werd het dossier aangepast of werd nadere informatie toegevoegd. Als de medewerkers er onderling niet uitkwamen, nam de teamleider in overleg met beiden een besluit.

Toetsing indicatiebesluit

Hierbij gingen de vragen specifiek over functies en klassen. Deze moesten altijd correct zijn gekozen door de indicatiesteller. Bij een negatief toetsresultaat werd de indicatiesteller geacht het besluit aan te passen of te overleggen met de teamleider. Uiteindelijk leidde dit tot een besluit waar iedereen het over eens was. Uit Tabel 5 blijkt dat 17% van de besluiten voor verzending is aangepast. Bij een positief resultaat werd het besluit direct afgegeven.

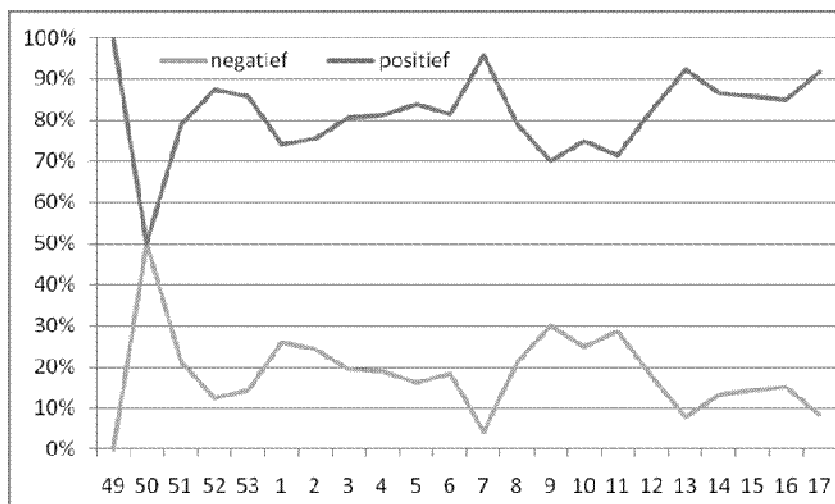
Oordeel	N	%
Positief	460	83%
Negatief	<u>95</u>	<u>17%</u>
Totaal	555	100%

Tabel 5. Beoordeling besluititems.

Figuur 1 toont de verhouding tussen positief en negatief beoordeelde besluiten in de tijd. In het begin van het project lag het aantal indicaties per week nog laag en werd 100% getoetst. Het percentage van 100% is losgelaten omdat bleek dat de toetsing het dubbele van de begrote twintig minuten in beslag nam. Dit had onder meer te maken met de lastige toegankelijkheid van het systeem. Begin februari is besloten om 50% te toetsen. Daarbij is afgesproken dat in ieder geval de complexe dossiers in de toetsing zouden worden meegenomen. Hierdoor nam het aandeel te toetsen complexe dossiers vanaf week 6 toe.

In de figuur zijn dan ook twee effecten waar te nemen:

- *Tot week 7:* in die periode neemt het aandeel positief beoordeelde besluiten toe door een leereffect. Toetsers leerden een resoluut besluit te nemen in plaats van langdurig af te stemmen met indicatiestellers.
- *Vanaf week 7:* het aandeel positieve beoordelingen daalt. Dit als gevolg van een groter aandeel complexe, dus meer foutgevoelige dossiers bij de toetsing, waardoor het risico op een negatief toetsingsbesluit toeneemt.



Figuur 1. Verhouding positief en negatief beoordeelde besluiten per week.

3.2.2 Toetsing achteraf in multidisciplinair overleg

De projectleider heeft het multidisciplinair overleg van het CIZ verzocht om ook zestig dossiers te toetsen, met de nadruk op de inhoud. Daarbij waren dertig hoge indicaties met minimaal de combinatie van Persoonlijke Verzorging en Begeleiding Individueel. Er is specifiek ingezoomd op deze dossiers om zekerheid te krijgen of de (juiste) casuïstiek in het multidisciplinair overleg terecht kwam. Daarna is met de betrokken beleidsmedewerker gekeken of ze binnen het MDO ook volgens de afspraken werden beoordeeld. De andere dertig dossiers waren aselekt gekozen. Deze toetsing vond plaats nadat de besluiten waren afgegeven.

Over het geheel gezien gaf de toetsing een positief beeld. In de meeste gevallen was een juiste indicatie gesteld, waren er goede afwegingen gemaakt en waren de gegevens op de gewenste manier verwerkt in het digitale systeem van het CIZ.

Er kwamen wel aandachtspunten naar voren, met name uit de dossiers met hoge indicatiebesluiten. Die aandachtspunten zijn teruggekoppeld aan de indicatiestellers en meegenomen als leerpunten tijdens het project. Ook is na toetsing geadviseerd om de CIZ-werkinstructie beter te volgen, zodat er volgens dezelfde methodiek wordt gewogen en het digitale systeem op een uniforme manier wordt gevuld. Een aantal vragen is voorgelegd aan de betrokken arts. Discussiepunten over de toepassing van de beleidsregels zijn meegegeven aan de beleidsmedewerker die deelneemt aan de besprekkingsronden met het ministerie van VWS over de beleidsregels 2011.

3.3 Aandachtspunten voor VWS

Tijdens het project kwamen kwesties naar voren die aandacht behoeven of actie vergen, maar die niet allemaal tot het werkgebied van het CIZ behoren. Het gaat daarbij onder meer om punten die cliënten naar voren brachten tijdens huisbezoeken en punten die aan de orde kwamen in een ontmoeting tussen de leden van de projectgroep en de Fokus Cliëntenraad. Van al deze aandachtspunten heeft het CIZ in samenwerking met de zorgaanbieders een lijst opgesteld. Deze lijst is al onder de aandacht gebracht bij de projectgroep waaraan ook het ministerie van VWS, het CVZ en de betrokken zorgaanbieders deelnemen (zie paragraaf 2.1). Het CIZ zal VWS waar nodig zoveel mogelijk informatie verstrekken over de betreffende vraagstukken.

3.3.1 Financiering buiten de AWBZ en oproepbaarheid

Hoe worden activiteiten gefinancierd, die niet onder de AWBZ vallen? Als deze activiteiten onder de Wmo vallen, hoe is dan de oproepbaarheid geregeld? Het gaat onder meer om de volgende activiteiten:

- Meerdere keren per dag volledig aan- en uitkleden. Momenteel valt onder Persoonlijke Verzorging van de AWBZ maximaal één keer per dag aan- en uitkleden. Dit is echter niet altijd voldoende. Denk bijvoorbeeld aan cliënten die willen sporten, of het theater bezoeken.
- Toezicht, bijvoorbeeld bij het in bad gaan of tijdens verblijf buiten de ADL-woning. Dit valt momenteel niet onder de AWBZ, maar is soms wel nodig voor de cliënt.
- Eten geven is indiceerbare zorg, eten maken echter niet.
- Het verschonen van een bed, niet gekoppeld aan een zorgmoment.
- Seizoensgebonden activiteiten (zout strooien, autoruit sneeuwvrij maken).
- Boodschappen uit de tas halen en/of voorraad bekijken op het moment dat er geen huishoudelijke hulp is.
- In- en uitruimen van de vaatwasmachine op momenten dat er geen huishoudelijke hulp is.
- Onderhoud van artikelen (hulpmiddelen) in huis in verband met handicap die niet aansluitend aan de verzorging worden gedaan.
- Hulpmiddelen zoals kleine kussentjes die in de rolstoel gebruikt worden om goed te zitten, regencapes voor de rolstoel, onderdelen van de intercom.
- Assistentie bij het gebruik van audiovisuele apparaten (klok, wekker, computer, fax, printer), deuren, ramen, gordijnen, intercom, geld, post, telefoon, verwarming, kleine technische klusjes (aan/uitdoen apparatuur, opladen, batterij of lamp verwisselen).
- Praktische assistentie bij activiteiten als administratie, hobby (klaarzetten materialen).
- Assistentie aan baby's en peuters, bij afwezigheid van anderen en als snel reactie nodig is (vangnet).
- Planten water geven bij hitte, snijbloemen die droog staan (vangnet).
- Buiten zetten van de vuilniszak.
- Verwijderen van ongewenst bezoek: wespen, spinnen, muggen, katten.
- Opruimen van gevolgen van huishoudelijke ongelukjes, zoals een gevallen bloemenvaas of koffie over de computer.

3.3.2 Mogelijke beperking zorgaanpakken

Er zijn verschillende oorzaken waardoor de AWBZ-zorg minder omvangrijk kan zijn dan de zorg binnen de huidige ADL-subsidieregeling. Dit heeft gevolgen voor de cliënt. Oorzaken zijn:

- *Andere activiteiten*: de activiteiten die aanbieders van ADL-assistentie nu uitvoeren in het kader van de subsidieregeling voor ADL-assistentie vallen niet allemaal binnen de aanspraken van de AWBZ. Hierdoor kunnen vooral cliënten zonder handfunctie en cliënten met een beperkte inspanningstolerantie te maken krijgen met een vermindering van de zorg vanaf 1 januari 2012 (zie lijst hierboven).
- *Andere tijdberekening*: de indicatiestelling voor AWBZ-zorg werkt met gemiddelde tijden per handeling, terwijl binnen ADL-clusters wordt gewerkt met eenheden van minimaal vijftien minuten. Ook wordt bij de AWBZ de tijd die nodig is om van de centrale unit naar de woning te gaan niet geïndiceerd, terwijl de ADL-clusters deze aanlooptijd wel als zorgtijd registreren.
- *Vervallen dubbele verstrekking⁸*: dubbele verstrekkingen worden op verzoek van het ministerie van VWS voor de duur van de subsidieregeling gedoogd, maar komen door de

⁸ Recht op PV,VP en BG via de subsidieregeling ADL-assistentie, evenals via het AWBZ-indicatiebesluit.

herindicatiestelling per 1 januari 2012 te vervallen. Door de herindicatie weten de betreffende cliënten dat zij er in zorgomvang op achteruitgaan. Er wordt echter rekening mee gehouden dat niet alle cliënten zich hier goed op voorbereiden.

- *Vermindering zorgomvang bij ZZP*: zorgzwaartepakketten zijn gebaseerd op zorglevering in de intramurale setting. De ADL-assistentie in ADL-clusters is veel uitgebreider. Met een ZZP-indicatie zal een ADL-clusterbewoner een groot deel van de zorg verliezen. Dit staat los van de vraag of een bewoner met een ZZP wel geschikt is voor bewoning van een ADL-clusterwoning, zie ook paragraaf 3.3.3.
- *Vermindering sturing cliënt*: de cliënt heeft binnen de AWBZ minder mogelijkheden om tempo en volgorde van de zorgverlening te sturen (dit is ook afhankelijk van de afspraken die de cliënt maakt met de zorgaanbieder). In de huidige situatie kunnen cliënten volledig zelf de regie voeren over wat de zorgverlener doet, op welk moment en in welk tempo. Dit is echter niet het uitgangspunt van de zorgverlening binnen de AWBZ. Daarin staan basale zorg en doelmatigheid van zorg centraal.
- *Maximeren functie Begeleiding*: hierdoor kunnen niet alle activiteiten voor de cliënten in een ADL-cluster worden geïndiceerd. Dit geldt vooral voor cliënten zonder of met beperkte handfunctie en voor cliënten met een beperkte inspanningstolerantie, die over het algemeen veel gebruik maken van de functie Begeleiding.

3.3.3 Gevolgen van een ZZP-indicatie

Voor cliënten die een zorgzwaartepakket geïndiceerd kregen, geldt nog dat er onduidelijkheid is over de gevolgen. Een ZZP-indicatie zal betekenen dat een cliënt de ADL-clusterwoning moet verlaten. Er bleken al ADL-clusterbewoners met een ZZP-indicatie te zijn. Deze situatie wordt nu getolereerd. De vraag is of dit verantwoord is. Het zal dan gaan om cliënten met een zorgvraag die binnen de ADL-clusterwoningen niet meer is te beantwoorden, of om cliënten die een dermate groot verlies van hun regiefunctie hebben dat ze niet meer voldoen aan de criteria voor een ADL-clusterwoning. Het kan ook gaan om een combinatie van deze punten.

3.3.4 Overige aandachtspunten

- *Ademhalingsondersteuning*: door de ernst van de situatie (gevaarscriterium) bestaat de kans dat voor cliënten met ademhalingsondersteuning een hoge leveringsvoorwaarde wordt vastgesteld, terwijl het regievermogen van de cliënt uitstekend is. Deze combinatie is in de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010 niet goed uitgewerkt. In overleg met de werkgroepleden en de afdeling Beleid van het CIZ is besloten om het al of niet hebben van voldoende vermogen tot regie doorslaggevend te laten zijn voor de leveringsvoorwaarde die op deze indicaties rust. Cliënten zijn hiervan op de hoogte en ondersteunen deze benadering (zie ook paragraaf 2.2). Centrale vraag is wie de eindverantwoordelijkheid heeft voor het handelen als er sprake moet zijn van een snelle alarmopvolging. Dit punt wordt meegenomen bij de bespreking van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2011.
- *Onduidelijkheid over de positie van zorgaanbieder Fokus*: in de huurovereenkomst is de zorg gekoppeld aan het adres van de Fokus-woning. Bij de indicatiestelling voor AWBZ-zorg moet het CIZ vragen welke financieringsvorm de cliënt wenst. Dat de zorgverlening in en om de ADL-clusterwoning door middel van de huurovereenkomst is gekoppeld aan Fokus, maakt dat de zorg niet kan worden geleverd via een persoonsgebonden budget. Dit strookt niet met de keuzevrijheid die de cliënt volgens het ministerie van VWS zou moeten hebben. De vraag is ook wie de cliënt over deze kwestie informeert en op welk moment.

4 Verschil verleende zorg 2009 en indicatie 2012

4.1 Conclusies van het onderzoek

Allereerst geven we de conclusies van het onderzoek. Voor geïnteresseerden gaan we vervolgens uitgebreid in op de probleemstelling, de methode van onderzoek en de resultaten.

ADL-assistentie en AWBZ-zorg zijn niet één op één met elkaar te vergelijken. Om een beeld te geven van de verschuivingen heeft het CIZ Kenniscentrum daarom vier vergelijkingen gemaakt met verschillende combinaties van relevante AWBZ-functies (zie paragraaf 4.3.3 op pagina 20).

4.1.1 Conclusies op populatieniveau

Uit alle vier vergelijkingen blijkt dat het aantal geïndiceerde uren AWBZ-zorg per 2012 voor de totale ADL-cliëntenpopulatie hoger ligt dan het aantal verleende uren ADL-assistentie in 2009.

Afhankelijk van de gemaakte vergelijking varieert de volumegroei:

- van ruim 6% (vergelijking met alleen Persoonlijke Verzorging in en om de woning)
- tot 30% (vergelijking met Persoonlijke Verzorging in en om de woning, Verpleging en Begeleiding Individueel).

Er zijn aanzienlijke verschillen tussen de drie afzonderlijke zorgaanbieders:

- Bij de Fokus-populatie geven de vergelijkingen ongeveer hetzelfde beeld als bij de totale populatie (dit is niet verrassend, gezien het grote aandeel van Fokus).
- Bij de populatie van de Stichting Wassenaarse Zorgverlening wijkt het beeld vooral af als Begeleiding Individueel in de vergelijking wordt meegenomen. De volumegroei ten opzichte van ADL-assistentie is dan extra groot.
- Bij de OsiraGroep is een zeer afwijkend beeld te zien. Het volume aan zorg daalt ten opzichte van ADL-assistentie bij de eerste vergelijking (met Persoonlijke Verzorging), de tweede vergelijking (met het maximaal aantal uren per klasse voor Persoonlijke Verzorging) en de derde vergelijking (met Persoonlijke Verzorging en Verpleging). Het verschil is bijna nihil bij de vierde vergelijking (met Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Begeleiding Individueel).

4.1.2 Conclusies op cliëntniveau

Uit frequentieverdelingen valt voor de vier vergelijkingen het volgende af te leiden:

- *Vergelijking met uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning (vergelijking 1).* Vergeleken bij de ADL-assistentie in 2009 krijgt ruim 64% van de cliënten naar verwachting vanaf 2012 meer uren en bijna 36% minder uren. Van de cliënten die naar verwachting minder krijgen, is voor meer dan de helft (ruim 19% van het totaal) de daling maximaal 5 uur.
- *Vergelijking met uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning, berekend op basis van het maximaal aantal uren van een klasse (vergelijking 2).* Bijna 72% van de cliënten krijgt naar verwachting vanaf 2012 meer uren en ruim 28% minder uren. Ook hier geldt dat voor meer dan de helft van de cliënten die naar verwachting minder krijgen (ruim 14% van het totaal) de afname maximaal 5 uur bedraagt.

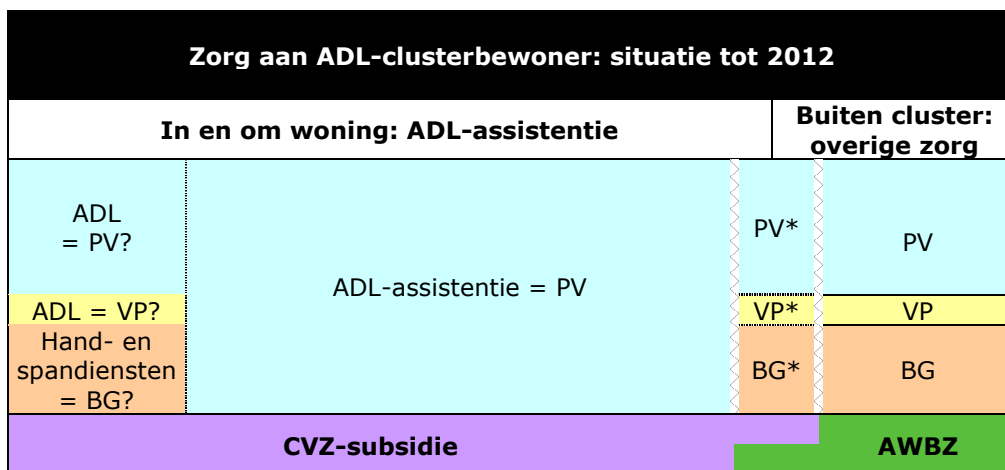
- *Vergelijking met Persoonlijke Verzorging in en om de woning plus Verpleging (vergelijking 3).* 71% van de cliënten krijgt naar verwachting vanaf 2012 meer uren en 29% minder uren. Bij een ruime meerderheid van de cliënten waarvoor een afname wordt verwacht (bijna 17% van het totaal) is de daling maximaal 5 uur.
- *Vergelijking met alle relevante AWBZ-functies, dus Persoonlijke Verzorging in en om de woning, Verpleging en Begeleiding Individueel (vergelijking 4).* 81% van de cliënten krijgt naar verwachting vanaf 2012 meer uren en 19% minder uren. Bij bijna tweederde van de cliënten voor wie een afname wordt verwacht (12% van het totaal) bedraagt de daling maximaal 5 uur.

Ook hier blijkt dat er verschillen zijn tussen de drie afzonderlijke zorgaanbieders:

- De bevindingen voor Fokus afzonderlijk verschillen nauwelijks van die voor de totale ADL-clieñtenpopulatie, wat niet verrassend is gezien de relatieve grootte van de Fokus-populatie.
- Bij de Stichting Wassenaarse Zorgverlening is het aantal cliënten met een negatief verschil beduidend kleiner bij de eerste vergelijking (met Persoonlijke Verzorging) en bij de vierde vergelijking (met Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Begeleiding Individueel) ten opzichte van de totale ADL-populatie.
- OsiraGroep wijkt sterk af bij alle vergelijkingen, en vooral bij de eerste drie. Hier is het verschil negatief voor bijna 70% van de Osira-clieñten.

4.2 Probleem- en vraagstelling

In juni en juli 2010 heeft het CIZ Kenniscentrum onderzoek gedaan naar verschuivingen in zorgaanpakken van bewoners van ADL-clusterwoningen. Met de vergelijking tussen de oude situatie en de nieuwe situatie vanaf 2012 worden verschuivingen in zorginhoud (functie) en volume (klasse) in beeld gebracht.



Figuur 2. Zorg aan ADL-clusterbewoner in en om woning en buiten cluster, naar zorgfunctie en financieringsgrond, vóór 1-1-2012. * Mogelijk dubbele verstrekking.

Oude situatie (Figuur 2)

- Veel bewoners van een ADL-clusterwoning hebben ADL-assistentie gekregen op basis van een advies van het CIZ aan het CVZ: dit advies werd geformuleerd in termen van 'Persoonlijke

- Verzorging (PV) in en om de woning’ – op basis van de AWBZ-beleidsregels.
- CVZ financiert de ADL-assistentie die de cliënt ontvangt via de zorgaanbieder.
 - De inhoud van de ADL-assistentie is door de zorgaanbieder in het verleden altijd zelf bepaald op basis van de zorgbehoefte van de cliënt. Met de AWBZ-beleidsregels had dit in eerste instantie niets te maken.
 - Bij de formulering van het CIZ-advies aan het CVZ werd de zorgbehoefte van de cliënt voor ‘Persoonlijke Verzorging in en om de woning’ weliswaar in kaart gebracht vanuit het begrippenkader van de AWBZ-beleidsregels, maar dit sloot niet goed aan bij het begrippenkader van de aanbieder van ADL-assistentie.
 - Door deze niet aansluitende begrippenkaders is het mogelijk dat de ADL-assistentie meer omvat dan alleen ‘Persoonlijke Verzorging in en om de woning’ doordat de ADL-assistentie ook delen van de AWBZ-functies Begeleiding en Verpleging kan betreffen. Bovendien is discussie mogelijk over de vraag of een deel van de ADL-assistentie wel onder de basiszorg van de AWBZ valt.
 - In aanvulling op de ADL-assistentie kon de cliënt in de oude situatie een AWBZ-indicatie krijgen voor zorg buiten het cluster. Naast ‘PV buiten het cluster’ kon dit ook Verpleging (VP) en Begeleiding (BG) betreffen. Er kan hier sprake zijn van **dubbele verstrekking**:
 - Het is mogelijk dat de cliënt ‘Persoonlijke Verzorging buiten het cluster’, Verpleging en Begeleiding ontvangt in de vorm van een persoonsgebonden budget, maar dit budget niet (geheel) hoeft te gebruiken omdat de ADL-assistentie al (voor een deel) in dezelfde behoefte voorziet. Het eerder gesignaleerde probleem van niet aansluitende begrippenkaders ligt hieraan ten grondslag.
 - Het is mogelijk dat een ADL-client vóór zijn verhuizing naar een ADL-clusterwoning volledig in zijn zorgbehoefte kon voorzien met AWBZ-zorg (zowel Persoonlijke Verzorging als Verpleging en Begeleiding) en dat na verhuizing geen herindicatie heeft plaatsgevonden. Het is dan – vooral met een persoonsgebonden budget – mogelijk dat hij de AWBZ-zorg behield bovenop de ADL-assistentie. (Een cliënt is overigens wel verplicht een herindicatie aan te vragen indien zijn situatie ingrijpend verandert. Een verhuizing valt daaronder.)

Zorg aan ADL-clusterbewoner: situatie vanaf 2012			
In en om woning: ADL-assistentie			Buiten cluster: overige zorg:
overige zorg	ADL (= PV?)	PV	PV
	ADL = VP?		VP
	Hand- en spandiensten = BG?		BG
?	Wmo / Zvw	AWBZ	

Figuur 3. Zorg aan ADL-clusterbewoner in en om woning en buiten cluster, naar zorgfunctie en financieringsgrond vanaf 1-1-2012.

Nieuwe situatie (Figuur 3)

- In 2009 of 2010 hebben alle ADL-cliënten een herindicatie gekregen, waarbij is gekeken in welke mate en op welke wijze hun zorgbehoefte (in en om de woning en buiten het cluster) kan worden vertaald in een aanspraak op AWBZ-zorg. De herindicatie voor de nieuwe situatie gaat in op 1 januari 2012. Vanaf dat moment vervalt de CVZ-subsidie.
- Voor de financieringsgrondslag komt per 1 januari 2012 het onderscheid tussen 'in en om de woning' en 'buiten het cluster' te vervallen.
- De financieringsgrondslag van de ADL-assistentie komt dan grotendeels te liggen in de AWBZ, maar mogelijk ook deels in de Zorgverzekeringswet (Zvw) of – bij hand- en spandiensten en huishoudelijke verzorging – in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- Verder is het mogelijk dat een deel van de ADL-assistentie buiten deze drie wettelijke kaders valt. Waar dit voor de financieringsgrondslag relevante onderscheid tussen ADL-activiteiten zal worden getrokken, is momenteel nog niet helemaal duidelijk.
- Op basis van de geschetste situatie kunnen twee verschuivingen worden verwacht:
 - Een verschuiving in financieringsgrondslag: het grootste deel van de ADL-assistentie zal gefinancierd kunnen worden door de AWBZ, maar een deel mogelijk ook niet. Hiervoor zal de financieringsgrondslag gedeeltelijk gevonden kunnen worden in de Wmo of de Zvw, maar mogelijk zal een deel ook hierin geen financieringsgrondslag kunnen vinden.
 - Dubbele verstrekkingen zijn niet meer mogelijk. De zorgaanspraken van de betreffende ADL-cliënten worden dus kleiner.

Op basis van deze probleemstelling formuleren we de volgende vraagstelling:

Hoe verhoudt de verleende ADL-assistentie in 2009 (volgens opgave van zorgaanbieders van ADL-assistentie) zich qua zorgvolume tot de herindicaties die gelden vanaf 2012:

- op populatieniveau - voor wat betreft de totale cliëntenpopulatie en de cliëntenpopulaties van de drie afzonderlijke zorgaanbieders?
- op cliëntniveau - voor wat betreft de totale cliëntenpopulatie en de cliëntenpopulaties van de drie afzonderlijke zorgaanbieders?

4.3 Methode van onderzoek

Om de vergelijking te maken is de koppeling van onderstaande databestanden nodig:

- in 2009 verleende ADL-assistentie op cliëntniveau, inclusief BSN van elke cliënt;
- per 2012 geïndiceerde AWBZ-zorg op cliëntniveau, inclusief BSN van elke cliënt.

In het kader van het herindicatieproject zijn 1155 indicatiebesluiten afgegeven (zie paragraaf 3.1). Dit onderzoek is uitgevoerd met 949 van deze cliënten. Deze groep is voldoende representatief voor het totaal van 1155 cliënten.⁹ Dat het aantal waarmee de doorrekening heeft plaatsgevonden (de steekproef) kleiner is, komt doordat de zorgproductiegegevens van zorgaanbieders en de AWBZ-indicatiegegevens niet in alle gevallen konden worden gekoppeld. De voornaamste redenen hiervoor zijn dat het CIZ niet van alle Fokus-cliënten het BSN heeft kunnen achterhalen (zie paragraaf 4.3.1) en dat het CIZ niet voor alle geïndiceerde cliënten zorgproductiegegevens heeft ontvangen.

⁹ Bij een populatie $N = 1155$ en steekproefgrootte $n = 949$ geldt dat met een betrouwbaarheidsniveau (zekerheid) van bijna 100% de steekproef een juist beeld geeft van de populatie, waarbij een foutenmarge geldt van 2% (resultaten kunnen dus +1% of -1% afwijken).

4.3.1 De verleende ADL-assistentie

De drie zorgaanbieders hebben gegevens over de verleende ADL-assistentie over de periode van 1 januari tot en met 31 december 2009 op verschillende wijze aangeleverd:

- *Fokus*: verleende ADL-assistentie per cliënt per week, zonder BSN's¹⁰.
- *OsiraGroep*: verleende ADL-assistentie per cliënt per week, met BSN's.
- *Stichting Wassenaarse Zorgverlening*: gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per cliënt per week, met BSN's.

Het databestand van Fokus moest eerst worden verrijkt met BSN's. Fokus is de grootste aanbieder van ADL-assistentie en het ging daarbij om 97% van alle ADL-clusterbewoners. De Fokus-cliëntgegevens zijn gekoppeld met de cliëntgegevens uit de GINO-database¹¹ van het CIZ op basis van overeenkomst van naam, geslacht en geboortedatum. Door een verschillende registratiewijze kon ongeveer een kwart van het Fokus-databestand niet automatisch worden gekoppeld. Voor de betreffende cliënten is het BSN zo mogelijk handmatig opgezocht.

AWBZ-indicaties zijn geformuleerd als de hoeveelheid zorg die een cliënt per week nodig heeft. Om de vergelijking te kunnen maken, is daarom de gemiddelde hoeveelheid ADL-assistentie per week berekend. De weken waarin een cliënt geen zorg ontving, zijn hierbij niet meegerekend. Zie bijlage 1 voor een toelichting.

4.3.2 De geïndiceerde AWBZ-zorg

De geïndiceerde AWBZ-zorg vanaf 2012 is door het CIZ geregistreerd in klassen of uren:

- Voor Persoonlijke Verzorging (PV) in en om woning, PV buiten het cluster, Verpleging (VP) en Begeleiding Individueel (BGI) is de indicatie geregistreerd in klassen.
- De eventuele extra omvang voor deze functies is geregistreerd in uren.¹²

Een klasse geeft een bepaalde bandbreedte in uren aan. Bij Persoonlijke Verzorging klasse 2 is het minimum bijvoorbeeld 2 uur per week en het maximum 3,9. Om de vergelijking met de verleende ADL-assistentie mogelijk te maken, is de indicatie in klassen omgerekend in uren (zie bijlage 1). Die omrekening kan op twee manieren plaatsvinden:

- op basis van het klassenmidden,
- op basis van het klassenmaximum.

Het meest voor de hand ligt een omrekening op basis van klassenmidden. Dit wijkt waarschijnlijk het minst af van de daadwerkelijk verleende ADL-assistentie. Bovendien is de bekostiging van de zorg doorgaans gebaseerd op het klassenmidden.

¹⁰ Fokus heeft aangegeven niet over de BSN's van cliënten te beschikken.

¹¹ GINO is de software die het CIZ gebruikt voor het verwerken van indicatiegegevens op cliëntniveau.

¹² De indicaties voor PV buiten het cluster en Begeleiding Groep (BGG) zijn ook geregistreerd, maar worden niet meegenomen in de doorrekening.

Klasse		Omrekening in uren		In uren		Totaal in uren
PV in/om woning	→	PV in/om woning op basis van: – klassenmidden – klassen <i>maximum</i> bij extra omvang	+	PV in/om woning eventuele extra omvang	=	PV in/om woning op basis van: – klassenmidden – klassen <i>maximum</i> bij extra omvang
	→	PV in/om woning op basis van: klassen <i>maximum</i>	+	PV in/om woning eventuele extra omvang	=	PV in/om woning op basis van: klassen <i>maximum</i>
VP	→	VP op basis van: klassenmidden	+	VP eventuele extra omvang	=	VP op basis van: klassenmidden
BGI	→	BGI op basis van: klassenmidden	+	BGI eventuele extra omvang	=	BGI op basis van: klassenmidden

Tabel 6. Omrekening naar totaal aantal uren per AWBZ-functie. Bij PV op twee manieren.

Zoals blijkt uit Tabel 6 heeft de omrekening voor alle functies plaatsgevonden op basis van het klassenmidden. Maar als bij Persoonlijke Verzorging de maximale klasse (klasse 8) onvoldoende is om aan de zorgvraag te voldoen, dan kan de cliënt extra uren¹³ geïndiceerd krijgen (extra omvang). Is dit het geval, dan is bij de omrekening van klasse naar uren een uitzondering gemaakt en wordt het klassenmaximum genomen.

Naast de omrekening op basis van het klassenmidden, heeft voor Persoonlijke Verzorging een tweede omrekening plaatsgevonden: op basis van het klassenmaximum. Dit om de vergelijking met ADL-assistentie op verschillende manieren te kunnen maken.

Daarnaast is voor de populatie van ADL-cliënten gekeken hoeveel cliënten een indicatie hebben voor Begeleiding Individueel (BGI) en/of Verpleging (VP).

4.3.3 Vergelijking tussen de verleende ADL-assistentie en de geïndiceerde AWBZ-zorg

De verleende ADL-assistentie kan niet één op één worden vergeleken met een combinatie van geïndiceerde AWBZ-zorgfuncties. ADL-assistentie betreft niet alleen Persoonlijke Verzorging (PV) in en om de woning, maar ook Begeleiding Individueel (BGI) en Verpleging (VP). Niet alle geïndiceerde BGI en VP betreft echter ADL-assistentie (zie ook paragraaf 4.2).

Om een optimaal beeld te krijgen van mogelijke verschuivingen zijn vier verschillende vergelijkingen gemaakt tussen de geleverde ADL-assistentie in 2009 en de gegevens uit de AWBZ-indicatie per 2012.

¹³ Bij de indicatie voor Persoonlijke Verzorging met extra omvang is een onderscheid gemaakt tussen zorg in en om de woning en zorg buiten het cluster. Bij de doorrekening kan de extra omvang in en om de woning dan worden opgeteld bij Persoonlijke Verzorging in en om de woning.

Vergelijking 1	Vergelijking 2	Vergelijking 3	Vergelijking 4
PV in/om woning	PV in/om woning 'klassenmaximum'	PV in/om woning + VP	PV in/om woning + VP + BGI
op basis van: – klassenmidden – klassenmaximum bij extra omvang	op basis van: klassenmaximum	op basis van: klassenmidden	op basis van: klassenmidden

Tabel 7. Vier vergelijkingen tussen de ADL-assistentie in 2009 en de AWBZ-indicatie per 2012.

Bij elk van deze vergelijkingen is een frequentieverdeling gemaakt voor de verschillen op cliëntniveau. Naast een doorrekening voor de totale populatie van bewoners van ADL-clusterwoningen, is ook een doorrekening gemaakt per zorgaanbieder (Fokus, OsiraGroep en Stichting Wassenaarse Zorgverlening).

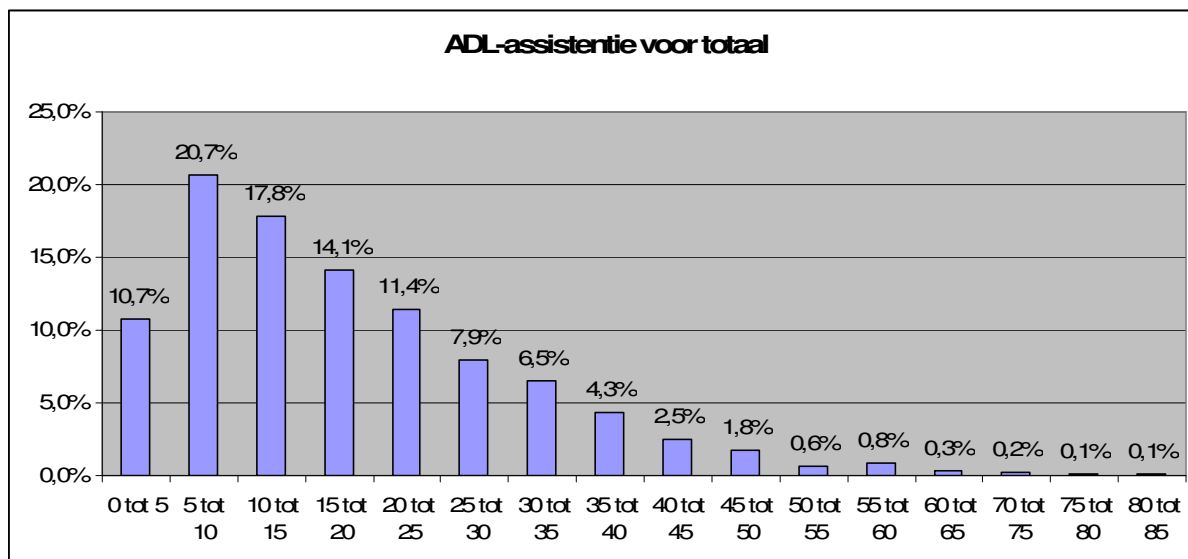
4.4 Onderzoeksresultaten

4.4.1 De verleende ADL-assistentie

Zoals uit Tabel 8 blijkt, is het gemiddeld aantal uren zorg dat een cliënt ontvangt bij Fokus het hoogst (18,7 uur per week), bij OsiraGroep iets lager (17,6 uur per week) en bij Stichting Wassenaarse Zorgverlening het laagst (bijna 14,8 uur per week).

	Fokus	OsiraGroep	St.Wassenaarse Zorgverlening	Totaal alle zorgaanbieders
Aantal cliënten	924	13	12	949
Totaal aantal zorguren	851.823	10.054	9.429	871.306
Gemiddeld aantal uren zorg per week	17.283	229	178	17.687
Gemiddeld aantal zorguren per cliënt	921,89	773,40	785,73	918,13
Gemiddeld aantal uren zorg per cliënt per week	18,70	17,61	14,83	18,64

Tabel 8. Volumegegevens over de verlening van ADL-assistentie in 2009: voor de totale cliëntenpopulatie en gemiddeld per cliënt, uitgesplitst naar zorgaanbieder.



Figuur 4. Frequentieverdeling van gemiddeld aantal uren verleende ADL-assistentie per week.

Om het gemiddelde aantal uren zorg per cliënt in perspectief te plaatsen, is ook een frequentieverdeling gemaakt (zie Figuur 4, de bijbehorende tabel staat in bijlage 2). Daaruit blijkt dat de helft van alle ADL-cliënten minder dan 15 uur zorg per week ontvangt. Ruim een kwart ontvangt 15 tot 25 uur zorg per week. Het resterende kwart krijgt 25 uur zorg per week of meer. De zorgverlening per week bedraagt het vaakst 5 tot 10 uur per week. Daarbij gaat het om bijna 21% van alle cliënten. Frequentieverdelingen over de verleende ADL-assistentie per zorgaanbieder zijn opgenomen in bijlage 2.

4.4.2 De geïndiceerde AWBZ-zorg

Zoals blijkt uit de onderstaande tabellen, hebben bijna alle cliënten een indicatie voor Persoonlijke Verzorging in en om de woning. Vier van de tien hebben een indicatie voor Verpleging en acht van de tien voor Begeleiding Individueel.

Fokus	OsiraGroep	St.Wassenaarse Zorgverlening	Totaal alle zorgaanbieders
Aantal cliënten	924	13	949
Met indicatie PV*	922	13	947
Met indicatie VP	370	4	382
Met indicatie BGI	719	10	740

Tabel 9. Aantal cliënten met een indicatie voor verschillende AWBZ-zorgfuncties, uitgesplitst naar zorgaanbieder. *PV in en om de woning.

Fokus	OsiraGroep	St.Wassenaarse Zorgverlening	Totaal alle zorgaanbieders
Met indicatie PV*	99,8%	100,0%	99,8%
Met indicatie VP	40,0%	30,8%	40,3%
Met indicatie BGI	77,8%	76,9%	78,0%

Tabel 10. Aandeel cliënten met een indicatie voor verschillende AWBZ-zorgfuncties, uitgesplitst naar zorgaanbieder. *PV in en om de woning.

Om hoeveel uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning, Verpleging en Begeleiding Individueel het gaat, staat in Tabel 11 (totaal voor de hele populatie) en Tabel 12 (gemiddeld per

cliënt per week). Het aantal uren voor Persoonlijke Verzorging is op twee manieren berekend. Zie Tabel 6 voor de berekeningswijzen.

	Fokus	OsiraGroep	St.Wassenaarse Zorgverlening	Totaal alle zorgaanbieders
Aantal cliënten	924	13	12	949
Aantal uren PV* (vnl. op basis van klassenmidden)	18.431	170	191	18.792
Aantal uren PV* (op basis van klassenmaximum)	19.665	191	209	20.064
Aantal uren VP	1.711	13	20	1.744
Aantal uren BGI	2.355	47	48	2.451

Tabel 11. Aantal geïndiceerde uren per week voor de totale populatie, per AWBZ-zorgfuncties, uitgesplitst naar zorgaanbieder. *PV in en om de woning.

	Fokus	OsiraGroep	St.Wassenaarse Zorgverlening	Totaal alle zorgaanbieders
Aantal uren PV* (vnl. op basis van klassenmidden)	19,95	13,07	15,91	19,80
Aantal uren PV* (op basis van klassenmaximum)	21,28	14,67	17,40	21,14
Aantal uren VP	1,85	1,00	1,67	1,84
Aantal uren BGI	2,55	3,65	4,00	2,58

Tabel 12. Gemiddeld aantal geïndiceerde uren per cliënt per week, per AWBZ-zorgfunctie, uitgesplitst naar zorgaanbieder. *PV in en om de woning.

Om deze gemiddelden in perspectief te plaatsen, is voor de relevante AWBZ-functies (PV in/om de woning, Verpleging en Begeleiding Individueel) een frequentieverdeling gemaakt van het aantal uren zorg (zie bijlage 3). Hoewel PV buiten het cluster is niet relevant voor de doorrekening zijn voor de volledigheid in bijlage 4 enkele gegevens hierover aanvullend opgenomen.

4.4.3 Vergelijking tussen de verleende ADL-assistentie en de geïndiceerde AWBZ-zorg

In Tabel 7 van paragraaf 4.3.3 staan vier vergelijkingen tussen de ADL-assistentie in 2009 en de AWBZ-indicatie per 2012. Die vergelijkingen staan hier achtereenvolgens op populatieniveau en op cliëtniveau.

Vergelijking op populatieniveau: gemiddeld aantal uren per week

Met de gegevens over het gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per week (uit Tabel 8) en de gegevens over het gemiddeld aantal uren AWBZ-zorg per week (uit Tabel 11) kunnen de vier vergelijkingen worden gemaakt. Het aantal uren voor een AWBZ-functie is afgetrokken van het aantal uren ADL-assistentie. Het positieve of negatieve verschil staat er tussen haakjes bij.

Zorgaanbieder (aantal cliënten)	ADL	PV	PV max	PV + VP	PV + VP + BGI
Fokus (924)	17.283	18.431 (+1.149)	19.665 (+2.382)	20.142 (+2.859)	22.497 (+5.215)
Osira (13)	229	170 (- 59)	191 (- 38)	183 (- 46)	230 (+1)
Wassenaar (12)	178	191 (+13)	209 (+31)	211 (+33)	259 (+81)
Totaal (949)	17.687	18.792 (+1.104)	20.064 (+2.377)	20.536 (+2.848)	22.986 (+5.299)

Tabel 13. Vier vergelijkingen van AWBZ-zorg per 2012 met ADL-assistentie in 2009. Gemiddeld aantal uren zorg per week, uitgesplitst naar zorgaanbieder.

Vergelijking op populatieniveau: gemiddeld aantal uren per cliënt per week

Ook met de gegevens over het gemiddeld aantal uren ADL-assistentie per cliënt per week (uit Tabel 8) en de gegevens over het gemiddeld aantal uren AWBZ-zorg per cliënt per week (uit Tabel 12), kunnen vier vergelijkingen worden gemaakt. Bij PV gaat het in deze tabellen altijd om Persoonlijke Verzorging in en om de woning.

Zorgaanbieder (aantal cliënten)	ADL	PV	PV max	PV + VP	PV + VP + BGI
Fokus (924)	18,70	19,95 (+1,24)	21,28 (+2,58)	21,80 (+3,09)	24,35 (+5,64)
Osira (13)	17,61	13,07 (- 4,54)	14,67 (- 2,94)	14,07 (- 3,54)	17,71 (+0,10)
Wassenaar (12)	14,83	15,91 (+1,08)	17,40 (+2,58)	17,58 (+2,75)	21,58 (+6,75)
Totaal (949)	18,64	19,80 (+1,16)	21,14 (+2,50)	21,64 (+3,00)	24,22 (+5,58)

Tabel 14. Vier vergelijkingen van AWBZ-zorg per 2012 met ADL-assistentie in 2009. Gemiddeld aantal uren zorg per cliënt per week, uitgesplitst naar zorgaanbieder.

Vergelijking op populatieniveau: procentueel verschil met ADL-assistentie

Ook uit Tabel 15 blijkt dat het totaal aantal per 2012 geïndiceerde uren voor relevante AWBZ-zorgcombinaties hoger ligt dan het totaal aantal verleende uren ADL-assistentie in 2009. Afhankelijk van de vergelijking die gemaakt wordt, varieert het verschil van ruim 6% tot 30%.

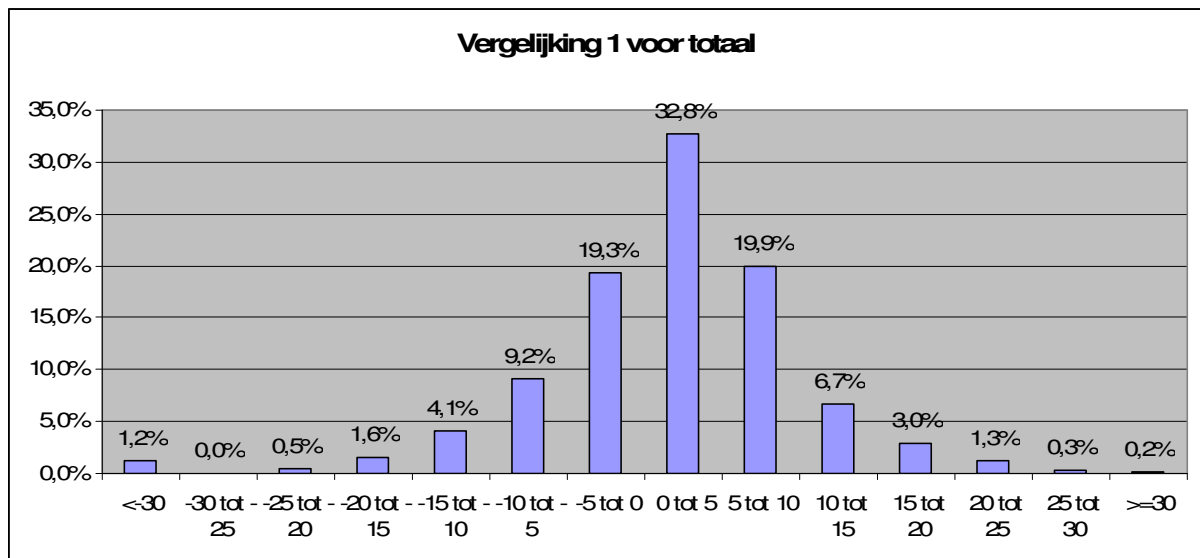
Zorgaanbieder (aantal cliënten)	ADL	PV	PV max	PV + VP	PV + VP + BGI
Fokus (924)	100%	106,6% (+6,6%)	113,8% (+13,8%)	116,5% (+16,6%)	130,2% (+30,2%)
Osira (13)	100%	74,2% (-25,6%)	83,3% (-16,7%)	79,9% (-20,1%)	100,6% (+0,6%)
Wassenaar (12)	100%	107,3% (+7,3%)	117,4% (+17,4%)	118,5% (+18,5%)	145,5% (+45,5%)
Totaal (949)	100%	106,2% (+6,2%)	113,4% (+13,4%)	116,1% (+16,1%)	130,0% (+30,0%)

Tabel 15. Vier vergelijkingen van AWBZ-zorg per 2012 met ADL-assistentie in 2009, waarbij het volume ADL-assistentie is geïndexeerd op 100%. Relatief volume ten opzichte van ADL-assistentie, uitgesplitst naar zorgaanbieder.

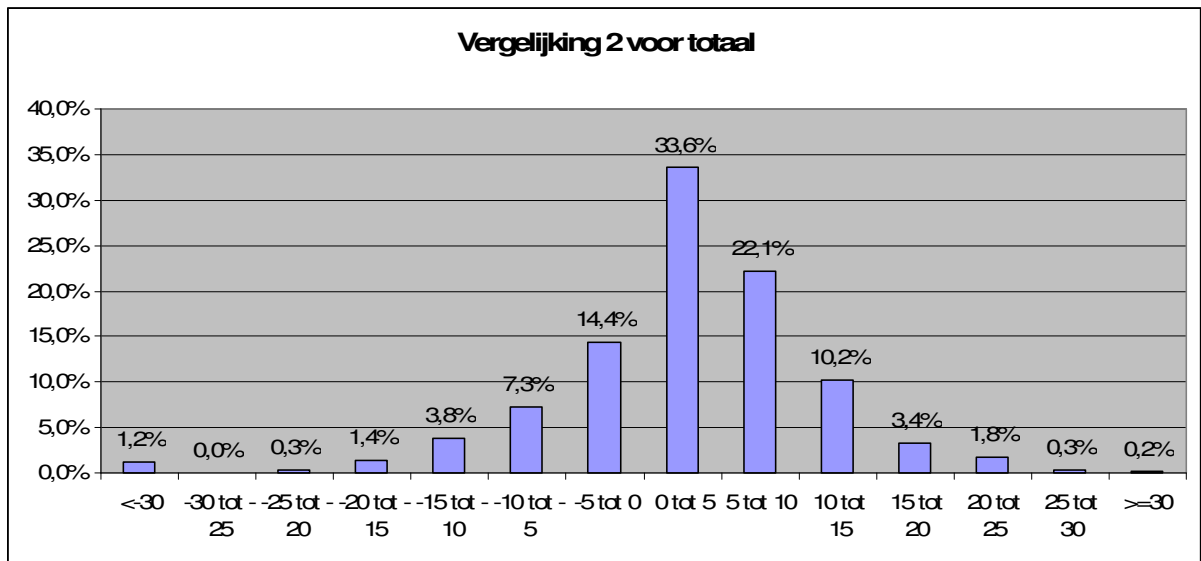
Er zijn aanzienlijke verschillen tussen de drie afzonderlijke zorgaanbieders. Gezien het grote aandeel van Fokus is het niet verrassend dat de vergelijkingen voor de Fokus-populatie ongeveer hetzelfde beeld geven als die voor de totale populatie. Bij de Stichting Wassenaarse Zorgverlening wijkt het beeld vooral af als Begeleiding Individueel in de vergelijking wordt meegenomen. De volumegroei ten opzichte van ADL-assistentie is dan extra groot. Bij de OsiraGroep is een zeer afwijkend beeld te zien. Bij de eerste drie vergelijkingen daalt het volume aan zorg ten opzichte van ADL-assistentie. Bij de vierde vergelijking is het verschil bijna nihil.

Vergelijkingen op cliëntniveau voor de totale ADL-cliëntenpopulatie

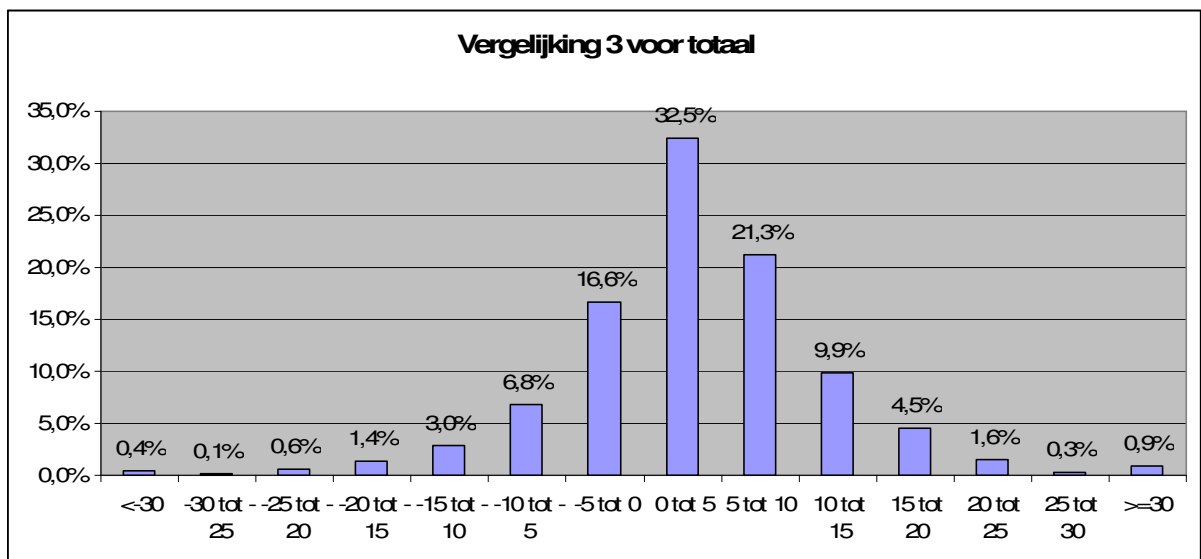
Uit de onderstaande frequentieverdelingen (de bijbehorende tabellen staan in bijlage 5) valt af te leiden dat de gemiddelde volumegroei op populatieniveau niet altijd wordt weerspiegeld in een volumegroei op cliëntniveau. Zie de conclusies in paragraaf 4.1.2.



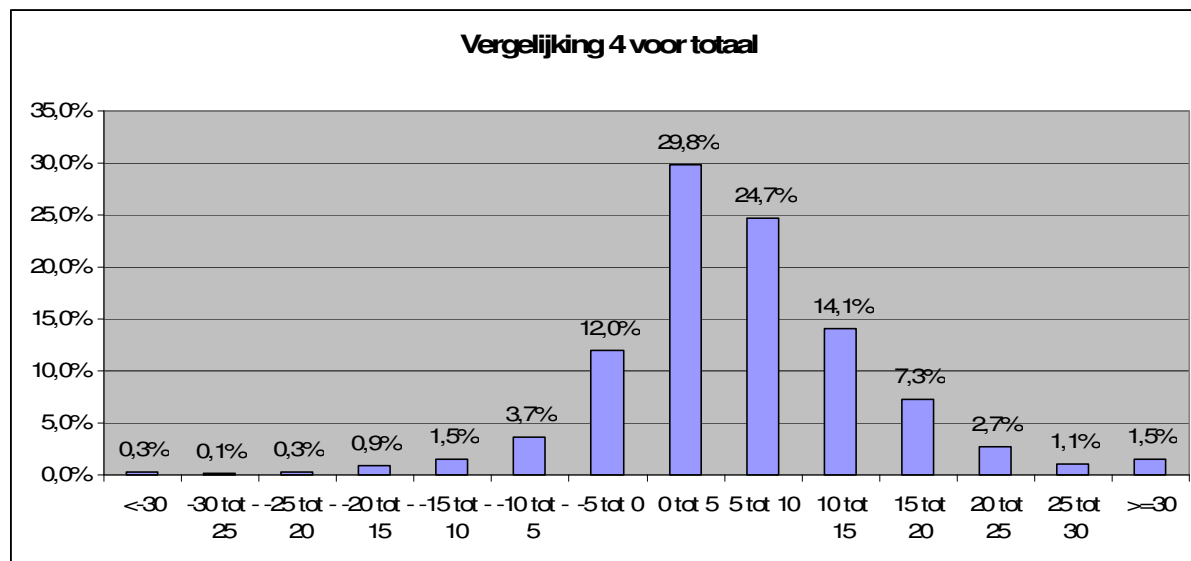
Figuur 5. Frequentieverdeling voor vergelijking 1: uren geleverde ADL-assistentie per zorgweek (in 2009) minus geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning per week (per 2012).



Figuur 6. Frequentieverdeling voor vergelijking 2: uren geleverde ADL-assistentie per zorgweek (in 2009) minus geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning op basis van klassenmaximum per week (per 2012).



Figuur 7. Frequentieverdeling voor vergelijking 3: uren geleverde ADL-assistentie per zorgweek (in 2009) minus geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning en Verpleging per week (per 2012).



Figuur 8. Frequentieverdeling voor vergelijking 4: uren geleverde ADL-assistentie per zorgweek (in 2009) minus geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning, Verpleging en Begeleiding Individueel per week (per 2012).

Vergelijkingen op cliëntniveau voor de populaties van de drie aanbieders van ADL-assistentie

Ook blijkt uit de frequentieverdelingen in bijlage 5 dat er verschillen zijn tussen de drie zorgaanbieders. Zie de conclusies in paragraaf 4.1.2.

4.5 Kanttekeningen

Om de vraagstelling te beantwoorden hebben we de verleende ADL-assistentie en de indicaties voor relevante AWBZ-functies op vier manieren met elkaar vergeleken. Dit hebben we gedaan omdat ADL-assistentie en de hiervoor relevante AWBZ-functies niet één op één met elkaar vergeleken kunnen worden. Het volume ADL-assistentie is wellicht meer dan het volume Persoonlijke Verzorging in en om de woning op basis van het klassenmidden (vergelijking 1), maar wellicht minder dan het volume Persoonlijke Verzorging in en om de woning op basis van klassenmidden plus Verpleging en Begeleiding Individueel (vergelijking 4). Het is niet aan het CIZ om een uitspraak te doen over de vraag welke vergelijking de werkelijkheid het beste benadert.

De doorrekening is gebaseerd op een vergelijking tussen de verleende ADL-assistentie in 2009 en de geïndiceerde zorg waar cliënten vanaf 2012 aanspraak op kunnen maken. Hierbij zijn twee kanttekeningen op zijn plaats. Ten eerste zijn de indicaties gebaseerd op de zorgbehoefte op het moment waarop de indicaties zijn gesteld: november 2009 t/m mei 2010. Deze zorgbehoefte kan zijn veranderd in 2012. Ten tweede betreffen de indicaties aanspraken op zorg die nog gerealiseerd moeten worden: het zijn (gefundeerde) verwachtingen van de zorg die in 2012 verleend zal worden.

5 Na het herindicatieproject

5.1 Overdracht naar regulier werkproces CIZ

Tot 2012

Het ministerie van VWS heeft besloten dat de werkwijze die is gehanteerd in het project (namelijk handhaving van huidige zorgomvang, inclusief eventueel dubbele verstrekkingen) ook toegepast moet worden op alle herindicaties voor ADL-clusterbewoners die in de periode tot 1 januari 2012 nog gaan plaatsvinden. Daarbij geldt ook nog steeds dat de herindicaties moeten worden uitgevoerd door medewerkers die gespecialiseerd zijn in het stellen van indicaties voor ADL-cliënten. In de CIZ-werkinstructie voor indicatiestelling van ADL-clusterbewoners (Wi.259) is dit met ingang van 1 april 2010 aangepast.

Vanaf 2012

De in het project afgegeven besluiten bestaan uit een indicatie tot 2012 en een indicatie vanaf 2012. Die laatste indicatie is gebaseerd op de huidige situatie van de cliënt en de huidige beleidsregels (2009/ 2010). In beide kunnen wijzigingen optreden. Om eventuele stelselwijzigingen in de indicatie te verwerken, is eind 2011 (administratieve) actie nodig. Het is hiervoor van belang dat de benodigde informatie voorhanden is, bijvoorbeeld in het monitorbestand waarin is bijgehouden welke cliënten zijn aangeschreven en een aanvraag hebben gedaan. Tevens is aandacht nodig voor cliënten die zich niet binnen het project hebben laten indiceren (non-respons) en die dus mogelijk nog niet over een geldige indicatie beschikken.

5.2 Informeren Zorgkantoren

Zorgkantoren moeten op de hoogte zijn van de overgang van oude naar nieuwe indicatie per 1 januari 2012. Het ministerie van VWS heeft een extra overleg met Zorgverzekeraars Nederland om te kijken of Zorgkantoren nog aanvullende informatie moeten ontvangen.

5.3 Overdracht aan het CVZ

Gedurende het project zijn in eerste instantie de volledige indicatiebesluiten digitaal aangeleverd bij de huidige subsidieverstrekker, het CVZ. Dit inclusief bijlagen met de beschrijving van Persoonlijke Verzorging in en om de woning. Op verzoek van het CVZ zijn later alleen de gegevens gestuurd die werden ingevuld voor het zogenoemde 'doorrekenformat'. Daarbij gaat het om informatie van de indicatiesteller over de omvang van de voorliggende voorzieningen, zoals de subsidieregeling voor ADL-clusterwoningen. Daarmee is het CVZ inhoudelijk op de hoogte van alle afgegeven indicatiebesluiten.

5.4 Verdere analyses Nza

Met de gegevens uit het doorrekenformat en het onderzoek dat door het CIZ is uitgevoerd, kan de Nza een kostenrekening uitvoeren. Hiermee wordt inzichtelijk gemaakt welke financiële consequenties er zijn per 1 januari 2012.

6 Financiële verantwoording herindicatieproject en onderzoek

Het ministerie van VWS heeft het CIZ een subsidie toegekend van € 675.219,45. De begroting was opgesteld voordat de onderzoeksvraag werd ondergebracht bij het project. Bovendien was 5% bezwaren begroot in plaats van de uiteindelijke 9%. Daarom is een aangepaste begroting van € 738.585,88 bij het ministerie ingediend. Hierover is nog geen definitieve uitspraak gedaan.

Op het moment van opstellen van dit rapport is de uiteindelijke tenlastelegging nog niet bekend. De definitieve afrekening met het ministerie van VWS zal naar verwachting in september plaatsvinden.

Bijlage 1: Toelichting op de methode van onderzoek

Keuze met betrekking tot zorgvrije weken (toelichting bij paragraaf 4.3.1)

De aanbieders van ADL-assistentie hebben de aan cliënten verleende assistentie gespecificeerd in weken. Nu komt het voor dat cliënten meerdere weken geen zorg ontvangen aangezien zij zich niet in het ADL-cluster bevinden. Hier wordt toegelicht hoe hiermee is omgegaan.

Van belang is dat zowel de AWBZ-indicatieregels als de bekostigingsregels voor extramurale zorg van de NZa uitgaan van directe uren geleverde zorg. Uitsluitend geleverde zorg komt dus voor bekostiging in aanmerking. Bij de prijs per geleverd uur wordt (normatief) rekening gehouden met indirect cliëntgebonden tijd en overhead.

Van belang voor de doorrekening is de vraag of het aantal geleverde uren past binnen het aantal geïndiceerde uren.

De indicatiestelling gaat uit van een niveau van structurele zorgbehoefte. Binnen een periode van meerdere weken dient de geleverde zorgvraag binnen het maximum van de klasse te blijven. Om dit te toetsen berekent het CIZ de gemiddeld verleende ADL-assistentie per week in 2009. De vraag is welke uren en welke weken hiervoor relevant zijn.

De cliënt kan om meerdere redenen een week geen zorg hebben:

- a. De cliënt heeft in de loop van het jaar de woning betreden.
- b. De cliënt heeft in de loop van het jaar de woning verlaten.
- c. De cliënt was in verband met vakantie een periode afwezig.
- d. De cliënt was tijdelijk opgenomen in een ziekenhuis of andere instelling.

Ad a en b: de periode dat een cliënt niet in het cluster woont, wordt niet meegeteld bij de bepaling van de gemiddeld verleende ADL-assistentie.

Ad c: Als een cliënt afwezig was door vakantie, zal de aanbieder van ADL-assistentie niet hebben voorzien in de zorgvraag. Vaak heeft een thuiszorginstelling deze zorg overgenomen. In de nieuwe situatie per 2012 wordt dan geen nieuwe of aangepaste AWBZ-indicatie verstrekt. Het is daarom de meest zuivere oplossing om deze weken (en de consumptie van nul uren in die weken) niet mee te tellen bij de gemiddeld verleende ADL-assistentie.

Ad d: Als een cliënt tijdelijk is opgenomen in het ziekenhuis loopt de AWBZ-indicatie door, terwijl in de praktijk de noodzakelijke zorg wordt geleverd door het ziekenhuis en wordt bekostigd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de periode na een opname kan intensievere AWBZ-zorg nodig zijn dan is geïndiceerd. Als deze niet structureel is, is er geen reden om herindicatie aan te vragen. Als in de toetsingsperiode de verleende zorg onder het maximum van de klasse blijft, is er geen probleem ten aanzien van rechtmatigheid.

Voor de doorrekening is er geen onderscheid mogelijk tussen c en d. De reden waarom er in een periode geen zorg wordt afgenomen bij de ADL-aanbieder is niet bekend. De beste handelwijze is dan ook om alle weken waarin geen zorg is geleverd buiten beschouwing te laten voor het berekenen van de gemiddelde zorgvraag per week.

Bandbreedte in uren van AWBZ-klassen (toelichting bij paragraaf 4.3.2)

Voor de AWBZ-functies Persoonlijke Verzorging (PV), Begeleiding Individueel (BGI) en Verpleging (VP) geven onderstaande tabellen de klassen, de bandbreedte in uren van elke klasse (minimum en maximum) en het midden van die bandbreedte.

klasse	min.	midden	max.
1	0	1	1,9
2	2	3	3,9
3	4	5,5	6,9
4	7	8,5	9,9
5	10	11,5	12,9
6	13	14,5	15,9
7	16	18	19,9
8	20	22,5	24,9

Tabel B-1.1 De klassen voor PV en BGI en de bandbreedte in uren

klasse	min.	midden	max.
0	0	0,5	0,9
1	1	1,5	1,9
2	2	3	3,9
3	4	5,5	6,9
4	7	8,5	9,9
5	10	11,5	12,9
6	13	14,5	15,9
7	16	18	19,9

Tabel B-1.2 De klassen voor VP en de bandbreedte in uren

Bijlage 2: Frequentieverdelingen uren verleende ADL-assistentie

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0 tot 5	102	10,7%	10,7%
5 tot 10	196	20,7%	31,4%
10 tot 15	169	17,8%	49,2%
15 tot 20	134	14,1%	63,3%
20 tot 25	108	11,4%	74,7%
25 tot 30	75	7,9%	82,6%
30 tot 35	62	6,5%	89,1%
35 tot 40	41	4,3%	93,5%
40 tot 45	24	2,5%	96,0%
45 tot 50	17	1,8%	97,8%
50 tot 55	6	0,6%	98,4%
55 tot 60	8	0,8%	99,3%
60 tot 65	3	0,3%	99,6%
70 tot 75	2	0,2%	99,8%
75 tot 80	1	0,1%	99,9%
80 tot 85	1	0,1%	100,0%
Totaal	949	100,0%	

Tabel B-2.1 Frequentieverdeling van gemiddeld aantal uren verleende ADL-assistentie per week (totaal)

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0 tot 5	102	11,0%	11,0%
5 tot 10	188	20,3%	31,4%
10 tot 15	166	18,0%	49,4%
15 tot 20	128	13,9%	63,2%
20 tot 25	104	11,3%	74,5%
25 tot 30	73	7,9%	82,4%
30 tot 35	60	6,5%	88,9%
35 tot 40	41	4,4%	93,3%
40 tot 45	24	2,6%	95,9%
45 tot 50	17	1,8%	97,7%
50 tot 55	6	0,6%	98,4%
55 tot 60	8	0,9%	99,2%
60 tot 65	3	0,3%	99,6%
70 tot 75	2	0,2%	99,8%
75 tot 80	1	0,1%	99,9%
80 tot 85	1	0,1%	100,0%
Totaal	924	100,0%	

Tabel B-2.2 Frequentieverdeling van gemiddeld aantal uren verleende ADL-assistentie per week door Fokus

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
5 tot 10	4	30,8%	30,8%
10 tot 15	1	7,7%	38,5%
15 tot 20	3	23,1%	61,5%
20 tot 25	2	15,4%	76,9%
25 tot 30	1	7,7%	84,6%
30 tot 35	2	15,4%	100,0%
Totaal	13	100,0%	

Tabel B-2.3 Frequentieverdeling van gemiddeld aantal uren verleende ADL-assistentie per week door OsiraGroep

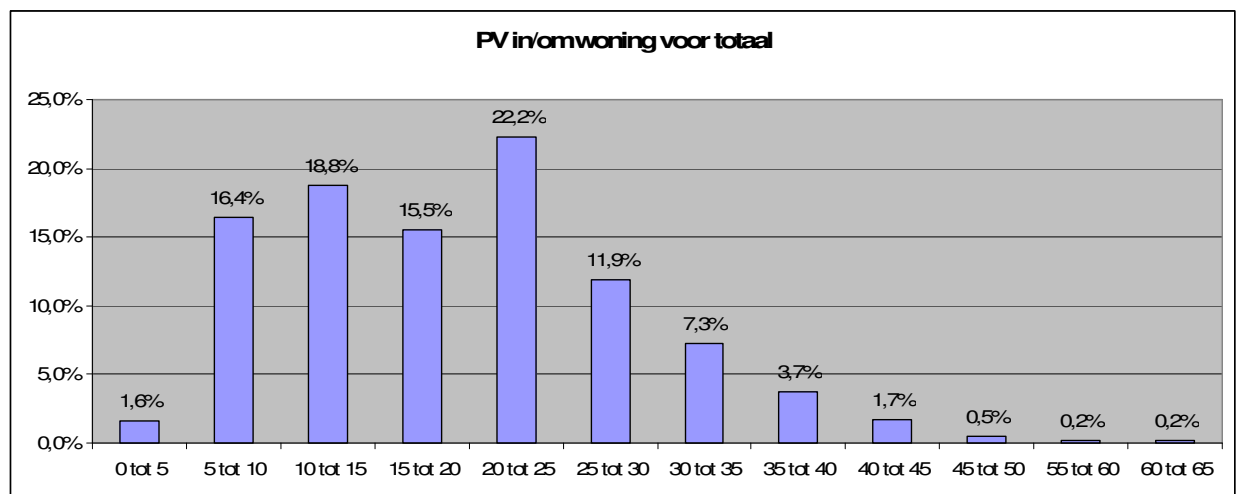
Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
5 tot 10	4	33,3%	33,3%
10 tot 15	2	16,7%	50,0%
15 tot 20	3	25,0%	75,0%
20 tot 25	2	16,7%	91,7%
25 tot 30	1	8,3%	100,0%
Totaal	12	100,0%	

Tabel B-2.4 Frequentieverdeling van gemiddeld aantal uren verleende ADL-assistentie per week door Stichting Wassenaarse Zorgverlening

Bijlage 3: Frequentieverdelingen uren geïndiceerde AWBZ-zorg**Totaal**

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0 tot 5	15	1,6%	1,6%
5 tot 10	156	16,4%	18,0%
10 tot 15	178	18,8%	36,8%
15 tot 20	147	15,5%	52,3%
20 tot 25	211	22,2%	74,5%
25 tot 30	113	11,9%	86,4%
30 tot 35	69	7,3%	93,7%
35 tot 40	35	3,7%	97,4%
40 tot 45	16	1,7%	99,1%
45 tot 50	5	0,5%	99,6%
55 tot 60	2	0,2%	99,8%
60 tot 65	2	0,2%	100,0%
Totaal	949	100,0%	

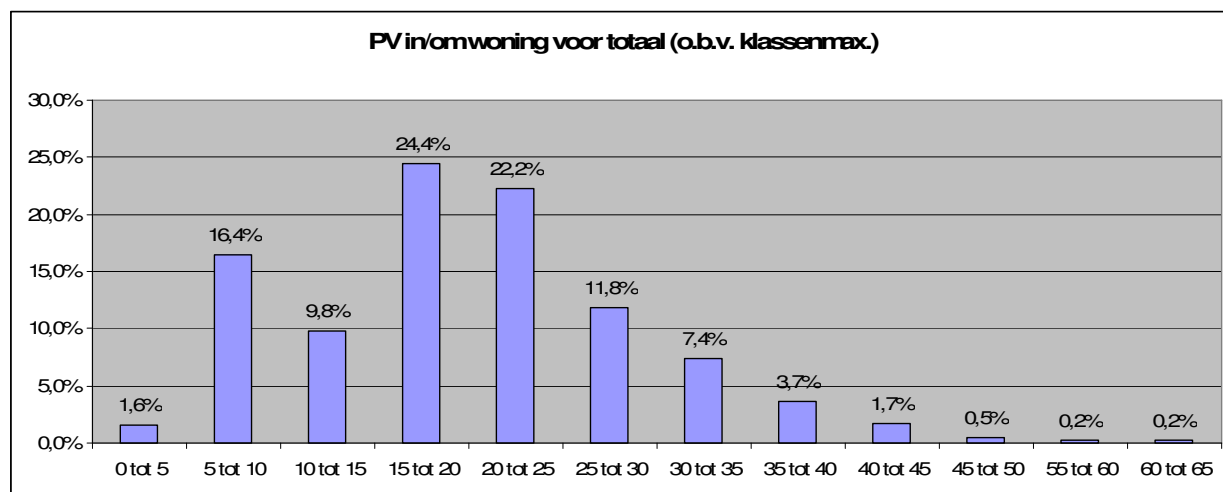
Tabel B-3.1 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week voor totaal



Figuur B-3.1 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week voor totaal

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0 tot 5	15	1,6%	1,6%
5 tot 10	156	16,4%	18,0%
10 tot 15	93	9,8%	27,8%
15 tot 20	232	24,4%	52,3%
20 tot 25	211	22,2%	74,5%
25 tot 30	112	11,8%	86,3%
30 tot 35	70	7,4%	93,7%
35 tot 40	35	3,7%	97,4%
40 tot 45	16	1,7%	99,1%
45 tot 50	5	0,5%	99,6%
55 tot 60	2	0,2%	99,8%
60 tot 65	2	0,2%	100,0%
Totaal	949	100,0%	

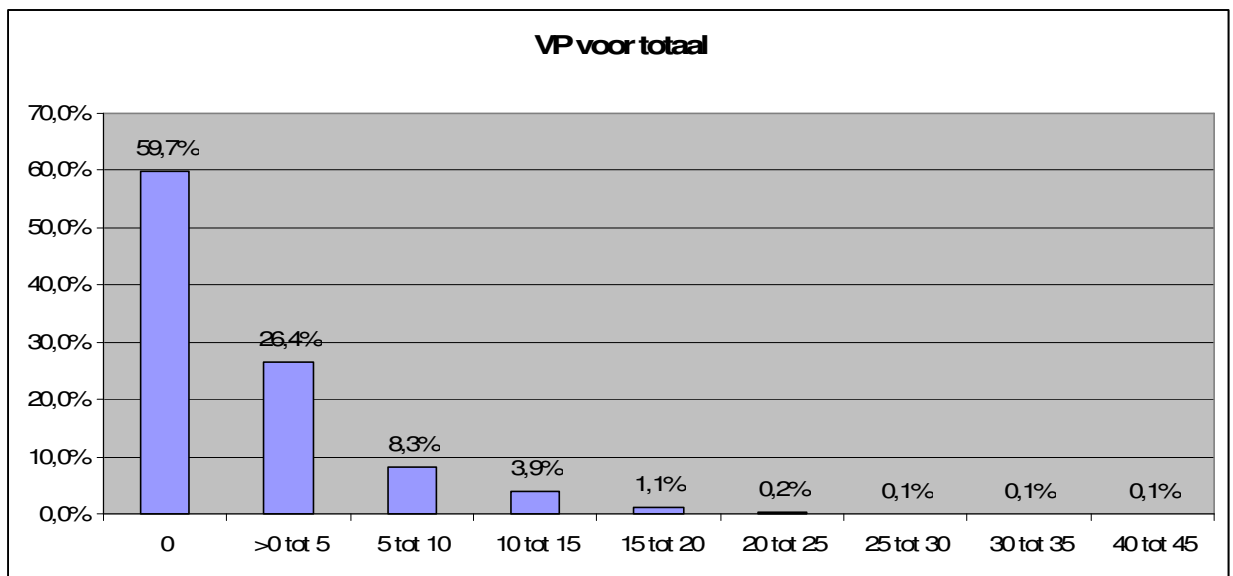
Tabel B-3.2 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week (omrekening van klassen in uren op basis van klassenmaximum) voor totaal



Figuur B-3.2 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week (omrekening van klassen in uren op basis van klassenmaximum) voor totaal

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	567	59,7%	59,7%
>0 tot 5	251	26,4%	86,2%
5 tot 10	79	8,3%	94,5%
10 tot 15	37	3,9%	98,4%
15 tot 20	10	1,1%	99,5%
20 tot 25	2	0,2%	99,7%
25 tot 30	1	0,1%	99,8%
30 tot 35	1	0,1%	99,9%
40 tot 45	1	0,1%	100,0%
Totaal	949	100,0%	

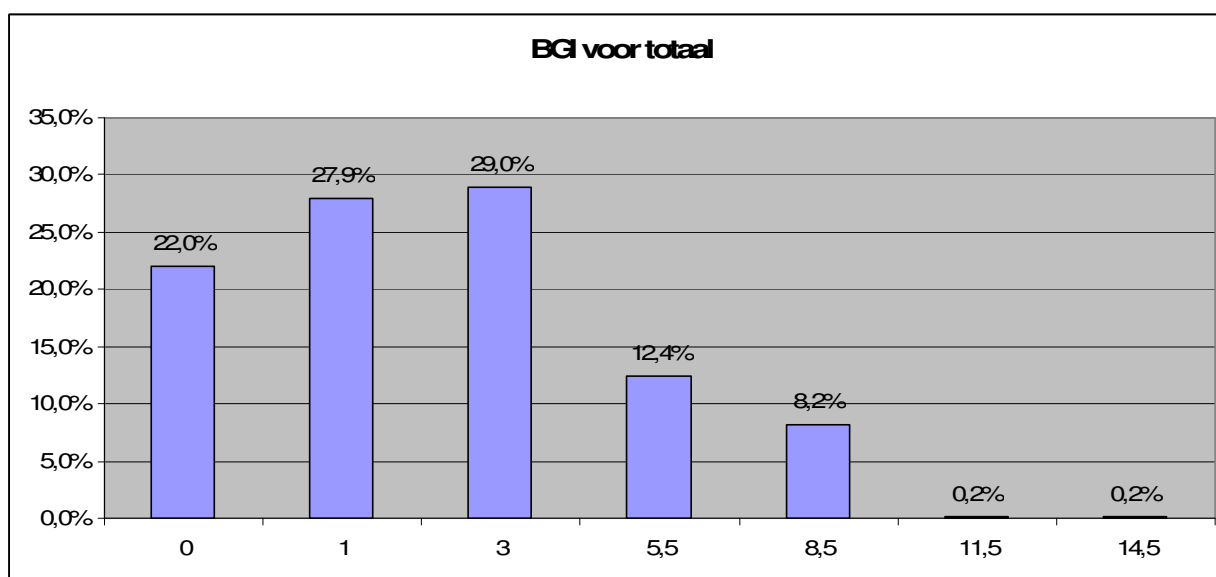
Tabel B-3.3 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde VP per week voor totaal



Figuur B-3.3 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde VP per week voor totaal

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	209	22,0%	22,0%
1	265	27,9%	49,9%
3	275	29,0%	78,9%
5,5	118	12,4%	91,4%
8,5	78	8,2%	99,6%
11,5	2	0,2%	99,8%
14,5	2	0,2%	100,0%
Totaal	949	100,0%	

Tabel B-3.4 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde BGI per week voor totaal



Figuur B-3.4 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde BGI per week voor totaal

Fokus

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0 tot 5	13	1,4%	1,4%
5 tot 10	153	16,6%	18,0%
10 tot 15	168	18,2%	36,1%
15 tot 20	141	15,3%	51,4%
20 tot 25	208	22,5%	73,9%
25 tot 30	112	12,1%	86,0%
30 tot 35	69	7,5%	93,5%
35 tot 40	35	3,8%	97,3%
40 tot 45	16	1,7%	99,0%
45 tot 50	5	0,5%	99,6%
55 tot 60	2	0,2%	99,8%
60 tot 65	2	0,2%	100,0%
Totaal	924	100,0%	

Tabel B-3.5 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week voor Fokus

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0 tot 5	13	1,4%	1,4%
5 tot 10	153	16,6%	18,0%
10 tot 15	88	9,5%	27,5%
15 tot 20	221	23,9%	51,4%
20 tot 25	208	22,5%	73,9%
25 tot 30	111	12,0%	85,9%
30 tot 35	70	7,6%	93,5%
35 tot 40	35	3,8%	97,3%
40 tot 45	16	1,7%	99,0%
45 tot 50	5	0,5%	99,6%
55 tot 60	2	0,2%	99,8%
60 tot 65	2	0,2%	100,0%
Totaal	924	100,0%	

Tabel B-3.6 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week (omrekening van klassen in uren op basis van klassenmaximum) voor totaal voor Fokus

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	554	60,0%	60,0%
>0 tot 5	242	26,2%	86,1%
5 tot 10	76	8,2%	94,4%
10 tot 15	37	4,0%	98,4%
15 tot 20	10	1,1%	99,5%
20 tot 25	2	0,2%	99,7%
25 tot 30	1	0,1%	99,8%
30 tot 35	1	0,1%	99,9%
40 tot 45	1	0,1%	100,0%
Totaal	924	100,0%	

Tabel B-3.7 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde VP per week voor totaal voor Fokus

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	205	22,2%	22,2%
1	261	28,2%	50,4%
3	269	29,1%	79,5%
5,5	111	12,0%	91,6%
8,5	74	8,0%	99,6%
11,5	2	0,2%	99,8%
14,5	2	0,2%	100,0%
Totaal	924	100,0%	

Tabel B-3.8 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde BGI per week voor totaal voor Fokus

OsiraGroep

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0 tot 5	2	15,4%	15,4%
5 tot 10	2	15,4%	30,8%
10 tot 15	3	23,1%	53,8%
15 tot 20	5	38,5%	92,3%
20 tot 25	1	7,7%	100,0%
Totaal	13	100,0%	

Tabel B-3.9 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week voor OsiraGroep

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0 tot 5	2	15,4%	15,4%
5 tot 10	2	15,4%	30,8%
10 tot 15	2	15,4%	46,2%
15 tot 20	6	46,2%	92,3%
20 tot 25	1	7,7%	100,0%
Totaal	13	100,0%	

Tabel B-3.10 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week (omrekening van klassen in uren op basis van klassenmaximum) voor OsiraGroep

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	9	69,2%	69,2%
>0 tot 5	3	23,1%	92,3%
5 tot 10	1	7,7%	100,0%
Totaal	13	100,0%	

Tabel B-3.11 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde VP per week voor OsiraGroep

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	3	23,1%	23,1%
1	2	15,4%	38,5%
3	3	23,1%	61,5%
5,5	2	15,4%	76,9%
8,5	3	23,1%	100,0%
Totaal	13	100,0%	

Tabel B-3.12 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde BGI per week voor OsiraGroep

Stichting Wassenaarse Zorgverlening

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
5 tot 10	1	8,3%	8,3%
10 tot 15	7	58,3%	66,7%
15 tot 20	1	8,3%	75,0%
20 tot 25	2	16,7%	91,7%
25 tot 30	1	8,3%	100,0%
Totaal	12	100,0%	

Tabel B-3.13 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week voor Stichting Wassenaarse Zorgverlening

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
5 tot 10	1	8,3%	8,3%
10 tot 15	3	25,0%	33,3%
15 tot 20	5	41,7%	75,0%
20 tot 25	2	16,7%	91,7%
25 tot 30	1	8,3%	100,0%
Totaal	12	100,0%	

Tabel B-3.14 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV in/om woning per week (omrekening van klassen in uren op basis van klassenmaximum) voor Stichting Wassenaarse Zorgverlening

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	4	33,3%	33,3%
>0 tot 5	6	50,0%	83,3%
5 tot 10	2	16,7%	100,0%
Totaal	12	100,0%	

Tabel B-3.15 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde VP per week voor Stichting Wassenaarse Zorgverlening

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	1	8,3%	8,3%
1	2	16,7%	25,0%
3	3	25,0%	50,0%
5,5	5	41,7%	91,7%
8,5	1	8,3%	100,0%
Totaal	12	100,0%	

Tabel B-3.16 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde BGI per week voor Stichting Wassenaarse Zorgverlening

Bijlage 4: Persoonlijke Verzorging buiten het cluster

	Fokus	Osira Groep	Stichting Wasse-naarse Zorgver- lening	Totaal alle zorgaan bieders
Aantal cliënten	924	13	12	949
Met indicatie voor PV buiten cluster	30	0	1	31
Aantal uren PV buiten cluster	75	0	3	78
Gemiddeld aantal uren PV buiten cluster per cliënt met PV	2,51	0	3,00	2,53
Gemiddeld aantal uren PV buiten cluster per cliënt	0,81	0	0,25	0,82

Tabel B-4.1 Persoonlijke verzorging buiten het cluster, uitgesplitst naar zorgaanbieder

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	918	96,73%	96,73%
1	11	1,16%	97,89%
2	2	0,21%	98,10%
3	15	1,58%	99,68%
4	1	0,11%	99,79%
5,5	1	0,11%	99,89%
9	1	0,11%	100,00%
Totaal	949	100,00%	

Tabel B-4.2 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV buiten cluster per week voor totaal

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	894	96,75%	96,75%
1	11	1,19%	97,94%
2	2	0,22%	98,16%
3	14	1,52%	99,68%
4	1	0,11%	99,78%
5,5	1	0,11%	99,89%
9	1	0,11%	100,00%
Totaal	924	100,00%	

Tabel B-4.3 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV buiten cluster per week voor Fokus

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	13	100,00%	100,00%

Tabel B-4.4 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV buiten cluster per week voor OsiraGroep

Uren	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
0	11	91,67%	91,67%
3	1	8,33%	100,00%
Totaal	12	100,00%	

Tabel B-4.5 Frequentieverdeling aantal uren geïndiceerde PV buiten cluster per week voor Stichting Wassenaarse Zorgverlening

Bijlage 5: Frequentieverdelingen voor vergelijkingen ADL-AWBZ***Totale ADL-populatie***

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
<-30	11	1,2%	1,2%
-30 tot -25	0	0,0%	1,2%
-25 tot -20	5	0,5%	1,7%
-20 tot -15	15	1,6%	3,3%
-15 tot -10	39	4,1%	7,4%
-10 tot -5	87	9,2%	16,5%
-5 tot 0	183	19,3%	35,8%
0 tot 5	311	32,8%	68,6%
5 tot 10	189	19,9%	88,5%
10 tot 15	64	6,7%	95,3%
15 tot 20	28	3,0%	98,2%
20 tot 25	12	1,3%	99,5%
25 tot 30	3	0,3%	99,8%
>=30	2	0,2%	100,0%
Totaal	949	100,0%	

Tabel B-5.1 Frequentieverdeling voor vergelijking 1: uren geleverde ADL-assistentie per zorgweek (in 2009) minus geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning per week (per 2012).

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
<-30	11	1,2%	1,2%
-30 tot -25	0	0,0%	1,2%
-25 tot -20	3	0,3%	1,5%
-20 tot -15	13	1,4%	2,8%
-15 tot -10	36	3,8%	6,6%
-10 tot -5	69	7,3%	13,9%
-5 tot 0	137	14,4%	28,3%
0 tot 5	319	33,6%	62,0%
5 tot 10	210	22,1%	84,1%
10 tot 15	97	10,2%	94,3%
15 tot 20	32	3,4%	97,7%
20 tot 25	17	1,8%	99,5%
25 tot 30	3	0,3%	99,8%
>=30	2	0,2%	100,0%
Totaal	949	100,0%	

Tabel B-5.2 Frequentieverdeling voor vergelijking 2: uren geleverde ADL-assistentie per zorgweek (in 2009) minus geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning op basis van klassenmaximum per week (per 2012).

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
<-30	4	0,4%	0,4%
-30 tot -25	1	0,1%	0,5%
-25 tot -20	6	0,6%	1,2%
-20 tot -15	13	1,4%	2,5%
-15 tot -10	28	3,0%	5,5%
-10 tot -5	65	6,8%	12,3%
-5 tot 0	158	16,6%	29,0%
0 tot 5	308	32,5%	61,4%
5 tot 10	202	21,3%	82,7%
10 tot 15	94	9,9%	92,6%
15 tot 20	43	4,5%	97,2%
20 tot 25	15	1,6%	98,7%
25 tot 30	3	0,3%	99,1%
>=30	9	0,9%	100,0%
Totaal	949	100,0%	

Tabel B-5.3 Frequentieverdeling voor vergelijking 3: uren geleverde ADL-assistentie per zorgweek (in 2009) minus geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning en Verpleging per week (per 2012).

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
<-30	3	0,3%	0,3%
-30 tot -25	1	0,1%	0,4%
-25 tot -20	3	0,3%	0,7%
-20 tot -15	9	0,9%	1,7%
-15 tot -10	14	1,5%	3,2%
-10 tot -5	35	3,7%	6,8%
-5 tot 0	114	12,0%	18,9%
0 tot 5	283	29,8%	48,7%
5 tot 10	234	24,7%	73,3%
10 tot 15	134	14,1%	87,5%
15 tot 20	69	7,3%	94,7%
20 tot 25	26	2,7%	97,5%
25 tot 30	10	1,1%	98,5%
>=30	14	1,5%	100,0%
Totaal	949	100,0%	

Tabel B-5.4 Figuur 9. Frequentieverdeling voor vergelijking 4: uren geleverde ADL-assistentie per zorgweek (in 2009) minus geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging in en om de woning, Verpleging en Begeleiding Individueel per week (per 2012).

Fokus

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
<-30	11	1,2%	1,2%
-25 tot -20	5	0,5%	1,7%
-20 tot -15	15	1,6%	3,4%
-15 tot -10	38	4,1%	7,5%
-10 tot -5	81	8,8%	16,2%
-5 tot 0	178	19,3%	35,5%
0 tot 5	302	32,7%	68,2%
5 tot 10	185	20,0%	88,2%
10 tot 15	64	6,9%	95,1%
15 tot 20	28	3,0%	98,2%
20 tot 25	12	1,3%	99,5%
25 tot 30	3	0,3%	99,8%
>=30	2	0,2%	100,0%
Totaal	924	100,0%	

Tabel B-5.5.1 Frequentieverdeling voor vergelijking 1: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV (in uren per week) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
<-30	11	1,2%	1,2%
-25 tot -20	3	0,3%	1,5%
-20 tot -15	13	1,4%	2,9%
-15 tot -10	35	3,8%	6,7%
-10 tot -5	65	7,0%	13,7%
-5 tot 0	130	14,1%	27,8%
0 tot 5	311	33,7%	61,5%
5 tot 10	206	22,3%	83,8%
10 tot 15	96	10,4%	94,2%
15 tot 20	32	3,5%	97,6%
20 tot 25	17	1,8%	99,5%
25 tot 30	3	0,3%	99,8%
>=30	2	0,2%	100,0%
Totaal	924	100,0%	

Tabel B-5.5.2 Frequentieverdeling voor vergelijking 2: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV (in uren per week, omrekening op basis van klassenmaximum) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
<-30	4	0,4%	0,4%
-30 tot -25	1	0,1%	0,5%
-25 tot -20	6	0,6%	1,2%
-20 tot -15	13	1,4%	2,6%
-15 tot -10	27	2,9%	5,5%
-10 tot -5	63	6,8%	12,3%
-5 tot 0	149	16,1%	28,5%
0 tot 5	301	32,6%	61,0%
5 tot 10	197	21,3%	82,4%
10 tot 15	93	10,1%	92,4%
15 tot 20	43	4,7%	97,1%
20 tot 25	15	1,6%	98,7%
25 tot 30	3	0,3%	99,0%
>=30	9	1,0%	100,0%
Totaal	924	100,0%	

Tabel B-5.5.3 Frequentieverdeling voor vergelijking 3: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV plus VP (in uren per week) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
<-30	3	0,3%	0,3%
-30 tot -25	1	0,1%	0,4%
-25 tot -20	3	0,3%	0,8%
-20 tot -15	9	1,0%	1,7%
-15 tot -10	14	1,5%	3,2%
-10 tot -5	34	3,7%	6,9%
-5 tot 0	108	11,7%	18,6%
0 tot 5	275	29,8%	48,4%
5 tot 10	228	24,7%	73,1%
10 tot 15	132	14,3%	87,3%
15 tot 20	67	7,3%	94,6%
20 tot 25	26	2,8%	97,4%
25 tot 30	10	1,1%	98,5%
>=30	14	1,5%	100,0%
Totaal	924	100,0%	

Tabel B-5.5.4 Frequentieverdeling voor vergelijking 4: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV plus VP plus BGI (in uren per week) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

OsiraGroep

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
-15 tot -10	1	7,7%	7,7%
-10 tot -5	4	30,8%	38,5%
-5 tot 0	4	30,8%	69,2%
0 tot 5	2	15,4%	84,6%
5 tot 10	2	15,4%	100,0%
Totaal	13	100,0%	

Tabel B-5.6.1 Frequentieverdeling voor vergelijking 1: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV (in uren per week) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
-15 tot -10	1	7,7%	7,7%
-10 tot -5	3	23,1%	30,8%
-5 tot 0	5	38,5%	69,2%
0 tot 5	2	15,4%	84,6%
5 tot 10	1	7,7%	92,3%
10 tot 15	1	7,7%	100,0%
Totaal	13	100,0%	

Tabel B-5.6.2 Frequentieverdeling voor vergelijking 2: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV (in uren per week, omrekening op basis van klassenmaximum) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
-15 tot -10	1	7,7%	7,7%
-10 tot -5	2	15,4%	23,1%
-5 tot 0	6	46,2%	69,2%
0 tot 5	2	15,4%	84,6%
5 tot 10	1	7,7%	92,3%
10 tot 15	1	7,7%	100,0%
Totaal	13	100,0%	

Tabel B-5.6.3 Frequentieverdeling voor vergelijking 3: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV plus VP (in uren per week) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
-10 tot -5	1	7,7%	7,7%
-5 tot 0	5	38,5%	46,2%
0 tot 5	4	30,8%	76,9%
5 tot 10	2	15,4%	92,3%
15 tot 20	1	7,7%	100,0%
Totaal	13	100,0%	

Tabel B-5.6.4 Frequentieverdeling voor vergelijking 4: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV plus VP plus BGI (in uren per week) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

Stichting Wassenaarse Zorgverlening

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
-10 tot -5	2	0,2%	16,7%
-5 tot 0	1	8,3%	25,0%
0 tot 5	7	58,3%	83,3%
5 tot 10	2	16,7%	100,0%
Totaal	12	100,0%	

Tabel B-5.7.1 Frequentieverdeling voor vergelijking 1: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV (in uren per week) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
-10 tot -5	1	8,3%	8,3%
-5 tot 0	2	16,7%	25,0%
0 tot 5	6	50,0%	75,0%
5 tot 10	3	25,0%	100,0%
Totaal	12	100,0%	

Tabel B-5.7.2 Frequentieverdeling voor vergelijking 2: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV (in uren per week, omrekening op basis van klassenmaximum) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
-5 tot 0	3	25,0%	25,0%
0 tot 5	5	41,7%	66,7%
5 tot 10	4	33,3%	100,0%
Totaal	12	100,0%	

Tabel B-5.7.3 Frequentieverdeling voor vergelijking 3: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV plus VP (in uren per week) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.

	Frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
-5 tot 0	1	8,3%	8,3%
0 tot 5	4	33,3%	41,7%
5 tot 10	4	33,3%	75,0%
10 tot 15	2	16,7%	91,7%
15 tot 20	1	8,3%	100,0%
Totaal	12	100,0%	

Tabel B-5.7.4 Frequentieverdeling voor vergelijking 4: verschillen per cliënt tussen indicatie voor PV plus VP plus BGI (in uren per week) en gemiddeld verleende ADL-assistentie (in uren per zorgweek): geïndiceerde uren minus uren ADL-assistentie.