



ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

Rapportage toeslag beademingszorg

Een onderzoek naar inhoud van en passende bekostiging voor beademingszorg

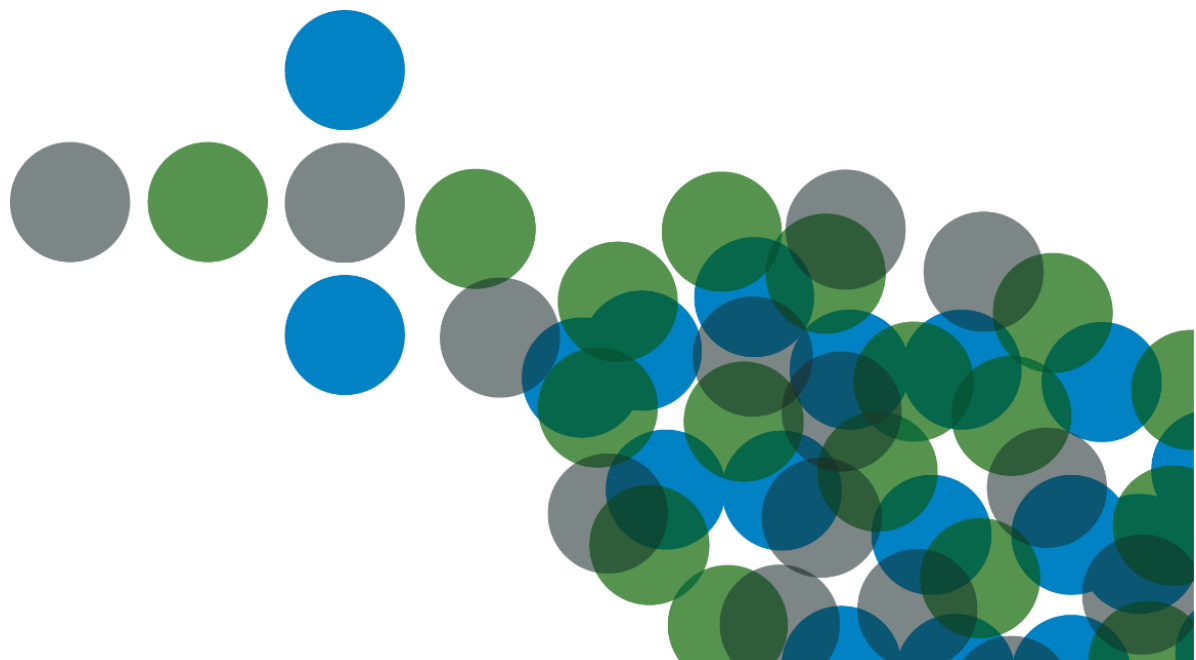
Auteur(s) Peter Bakker
Anouk van der Veen
Annika van de Belt

Opdrachtgever Nederlandse Zorgautoriteit

Kenmerk PB/21/0677/bkbeadm

Publicatiedatum april 2021

© Bureau HHM



Inhoud

1.	Aanleiding en vraagstelling	3
1.1	Vraagstelling	3
2.	Gevolgd aanpak	5
2.1	Documentstudie	5
2.2	Interviews	5
2.3	Digitale uitvraag	5
2.4	Data-analyse	6
2.5	Opstellen voorstel passende bekostiging beademingszorg	7
2.6	Rapportage	8
3.	Inhoud beademingszorg	9
3.1	Definitie beademingszorg	9
3.2	Verwijscriteria beademingszorg	9
3.3	Verskil reguliere Wlz-zorg	11
3.4	Omvang beademingszorg	12
3.5	Beademingsprofielen	13
3.6	Tracheacanule	15
4.	Resultaten data-analyse bekostiging beademingszorg	16
4.1	Aantallen en kenmerken cliënten met beademingszorg	16
4.2	Tijdsduur technische handelingen	18
4.3	Inschaling en scholing	21
4.4	Extra kosten in relatie tot beademingszorg	22

5.	Opbouw tarief toeslagen beademingszorg	24
5.1	Looncomponent	24
5.2	Materiële component	25
6.	Prestaties en conclusies	26
6.1	Passende prestaties voor beademingszorg	26
6.2	Doorrekening financiële consequenties	28
6.3	Voorstel prestatiebeschrijving chronische ademhalingsondersteuning	30
6.4	Conclusie	31
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten	32
Bijlage 2	Gespreksleidraad	33
Bijlage 3	Overzicht respondenten interviews	35
Bijlage 4	Verwijscriteria CTB voor chronische ademhalingsondersteuning	36
Bijlage 5	Uitkomsten data-analyse	37
Bijlage 6	Extra kosten voor materialen en hulpmiddelen	43
Bijlage 7	Toelichting berekening uurtarief woonzorg VG	44

Dit rapport is geoptimaliseerd voor lezen op een beeldscherm.
 Navigeer tussen de hoofdstukken met de cijfers in de kantlijn.
 Met de pijl daaronder komt u terug bij de inhoudsopgave.

1. Aanleiding en vraagstelling

Binnen de directie Regulering van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) loopt het project Onderhoud Bekostiging Langdurige Zorg. Binnen dit project wordt onderzoek gedaan naar prestaties en tarieven. Naar aanleiding van signalen over de ontoereikendheid van de toeslagen voor beademingszorg heeft de NZa bureau HHM opdracht gegeven onderzoek uit te voeren naar de inhoud en de bekostiging van beademingszorg in de langdurige zorg. In deze rapportage beschrijven we de uitkomsten van het onderzoek.

In de beleidscyclus van 2018-2019 heeft de NZa een signaal van de Vereniging Samenwerkingsverbanden Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA) ontvangen dat de tarieven van de toeslagen voor beademingszorg niet toereikend zouden zijn. Dit signaal heeft betrekking op cliënten die gebruik maken van non-invasieve beademing en die wonen in een verpleeghuis of woonvoorziening. Voor de zorg voor deze cliënten is extra personeel nodig. Daarnaast brengt ook de zorg voor cliënten met een tracheacanule aanzienlijke kosten met zich mee. Deze kosten zijn (nog) niet opgenomen in de tarieven voor de zorgprofielen.

Tot en met 2020 wordt in de toeslagen onderscheid gemaakt in invasieve- en non-invasieve beademing. Voor het jaar 2021 is voorzien in een tijdelijke oplossing waarbij dit onderscheid is losgelaten en gebruik wordt gemaakt van de VSCA-zorgprofielen¹.

¹ In 2009 hebben de vier Centra voor Thuisbeademing (CTB) in samenspraak met de VSCA en NVZ beademingsprofielen ontwikkeld voor chronische ademhalingsondersteuning. De

1.1 Vraagstelling

Hoewel de NZa voor 2021 heeft voorzien in een tijdelijke oplossing is nader onderzoek gewenst. Daartoe heeft de NZa de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

A. Inhoud

- 1 Wat houdt beademingszorg in? Waarin verschilt deze zorg van reguliere zorg?
- 2 Hoe groot is de groep cliënten die beademingszorg ontvangt vanuit de Wlz?
- 3 In welke mate zijn alle cliënten reeds ingedeeld in de beademingsprofielen? Hoe ziet het proces van indelen eruit? Wat is de rol van de Centra voor Thuisbeademing (CTB) hierin?
- 4 Hoe verhoudt de zorg voor cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen zich tot de zorg voor cliënten die non-invasief of invasief worden beademd? Op welke onderdelen is de vergoeding via de ZZP's voor deze groep cliënten ontoereikend? Hoe is de relatie met de beademingsprofielen?
- 5 Is beademingszorg te onderscheiden in verschillende niveaus? Zo ja, welke?
- 6 In welke mate moet de tracheacanulezorg worden opgenomen in de bekostiging van beademingszorg?
- 7 Aan welke criteria moeten cliënten voldoen om in aanmerking te komen voor beademingszorg? Eventueel uitgesplitst naar de verschillende niveaus.

beademingsprofielen zijn ontwikkeld om globaal aan te kunnen geven wat de zorg is die een cliënt nodig heeft, onafhankelijk van de hoeveelheid mantelzorg die geboden wordt.

1

2

3

4

5

6



B. Bekostiging

1. Wat zijn de kosten van de beademingszorg die cliënten ontvangen? Hoe zijn deze kosten opgebouwd (personele inzet, materiaal etc.)?
2. Wat zijn de kosten die te maken hebben met de zorg van cliënten met een tracheacanule die niet beademd worden? Hoe zijn deze kosten opgebouwd (personele inzet, materiaal etc.)
3. Wat zijn passende prestaties (omschrijvingen) en tarieven voor beademingszorg en tracheacanulezorg in de Wlz? Eventueel uitgesplitst naar de verschillende niveaus.
4. In welke mate kan aansluiting worden gevonden bij de zorgprofielen zoals deze zijn opgesteld door de VSCA?
5. Wat betekenen de prestaties en tarieven die vanuit het onderzoek naar voren komen voor de bekostiging van beademingszorg die aan thuiswonende cliënten wordt gegeven?

De uitkomst van dit onderzoek is een rapport met daarin (1) een uitspraak over welke vorm van bekostiging het meest passend is, (2) (een) passende prestatie(s) en (3) een onderbouwde kostprijs.

1

2

3

4

5

6



2. Gevolgde aanpak

In dit hoofdstuk presenteren we de gevolgde aanpak. We beschrijven per stap in het onderzoek de werkwijze.

Het onderzoek is uitgevoerd in een aantal (volgtijdelijke) stappen: documentstudie, interviews, digitale uitvraag, data-analyse en uitwerken voorstel voor passende bekostiging beademingszorg. Deze stappen werken we hierna meer gedetailleerd. De aanpak van het onderzoek en de concept-resultaten zijn besproken met een klankbordgroep bestaande uit de volgende partijen: ActiZ, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Zorginstituut Nederland (ZIN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de VSCA.

2.1 Documentstudie

Om zicht te krijgen op beademingszorg, de wijze waarop de toeslag vormgegeven is en de doelgroep hebben we diverse documenten geanalyseerd met behulp van een analysekader (gebaseerd op de onderzoeksvragen). De documentstudie heeft ons een indruk gegeven van welke informatie reeds beschikbaar is en welke aanvullende informatie nodig is om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. De lijst met geraadpleegde documenten is opgenomen in bijlage 1.

2.2 Interviews

Via semigestructureerde interviews hebben we de kwalitatieve gegevens verzameld die nodig zijn om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Voorafgaand aan de interviews hebben we een gesprekslei-

draad opgesteld (bijlage 2). De gespreksleidraad is afgestemd met NZa en de klankbordgroep. In totaal hebben we 13 interviews afgenomen waarvan 5 met landelijke partijen, 6 met aanbieders en 2 met CTB's. De lijst met respondenten is tot stand gekomen in overleg met de VSCA. Het overzicht met de geïnterviewde partijen is opgenomen in bijlage 3.

2.3 Digitale uitvraag

Om zicht te krijgen op de tijd die beademingszorg vergt, de extra kosten van beademingszorg en hoe deze gegevens over tijd en kosten samenhangen met cliëntkenmerken/zorgzwaarte zijn gegevens verzameld bij een representatieve selectie van aanbieders.

Selectie van aanbieders

Het selectie criterium 'representatief' hebben we als volgt vertaald: de steekproef van cliënten met beademingszorg bij wie gegevens worden verzameld over de aard en omvang van de beademingszorg moet een correcte afspiegeling zijn van de populatie op een aantal relevante variabelen (variabelen die mogelijk samenhangen met de aard/omvang van de zorg). Dat wil zeggen dat cliënten vertegenwoordigd moeten zijn die variëren op de volgende variabelen:

- Invasief/non-invasief/tracheacanule:
- VSCA-beademingsprofiel 0, 1, 2, 3 en 4.

Voor de selectie van aanbieders zijn we als volgt te werk gegaan. We hebben van de NZa gegevens ontvangen over de aantallen cliënten die een toeslag voor beademingszorg hebben. In 2020 (januari tot en met augustus) ging het om 219 cliënten bij 55 verschillende AGB-codes (een zorgaanbieder kan meer dan één AGB-code hebben).

1

2

3

4

5

6



Veel aanbieders hebben slecht één of enkele cliënten in zorg met een toeslag voor beademingszorg. We verwachten dat wanneer een aanbieder maar enkele cliënten met een toeslag voor beademingszorg heeft, de gegevens over de aard en omvang van de zorg mogelijk minder betrouwbaar en valide zullen zijn dan wanneer de aanbieder meer cliënten met een toeslag voor beademingszorg heeft. Daarom hebben we een selectie gemaakt van aanbieders die (in de periode januari tot en met augustus 2020) minimaal 6 cliënten hadden met een toeslag voor invasieve of een toeslag voor non-invasieve beademingszorg.

Toepassing van deze criteria leidt tot een selectie van 11 aanbieders (AGB-codes) die samen in totaal 117 cliënten met een toeslag voor beademing in zorg hebben. Daarvan hebben 67 cliënten een toeslag invasief en 50 een toeslag non-invasief; de verdeling over de ouderenzorg (V&V) en de gehandicaptenzorg (GHZ) is circa 68 V&V en 49 GHZ.

De selectie van aanbieders is vervolgens nog voorgelegd aan de VSCA met de vraag of hiermee belangrijke aanbieders en/of cliëntencategorieën buiten beeld zouden blijven. Daarna is de voorgestelde selectie in overleg met de opdrachtgever vastgesteld.

Zowel cliënten met chronische ademhalingsondersteuning die thuis verblijven als cliënten onder de 18 jaar komen niet voor in de steekproef.

- Cliënten met chronische ademhalingsondersteuning die thuis verblijven hebben over het algemeen een persoonsgebonden

budget (pgb). De bekostiging van beademingszorg vanuit een pgb maakt geen onderdeel uit van dit onderzoek.²

- In de declaratiegegevens van de NZa over januari tot en met augustus 2020 kwamen slechts twee aanbieders voor met in totaal drie cliënten met een leeftijd jonger dan 18 jaar. Het absolute aantal cliënten jonger dan 18 jaar met een toeslag voor beademingszorg dat verblijft bij een aanbieder is dus zeer klein. Beide aanbieders zijn benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Eén van deze twee aanbieders heeft deelgenomen, alleen was de betreffende cliënt op het moment van de gegevens-uitvraag inmiddels ouder dan 18 jaar. De andere aanbieder (met twee kinderen/jeugdige) was niet in de gelegenheid deel te nemen aan dit onderzoek.

Uitvraagsjabloon

Voor het verzamelen van de gegevens op cliëntniveau is een invulformat/-sjabloon (in Excel) ontwikkeld inclusief een toelichting. Een conceptversie van de uitvraag is besproken met en goedgekeurd door NZa als opdrachtgever. De definitieve versie van de uitvraag is getest bij twee aanbieders op helderheid en werkbaarheid. De uitvraag is uitgezet bij en ingevuld door 11 aanbieders. In totaal zijn gegevens aangeleverd van 110 cliënten met beademingszorg. Alle cliënten zijn 18 jaar of ouder en wonen intramuraal.

2.4 Data-analyse

Elk van de ontvangen invulformats hebben we gecheckt op ontbrekende gegevens en op evident (face-value) onjuiste waarden. Die hebben

² Dit impliceert dat we onderzoeksvraag B5 slechts in beperkte mate kunnen beantwoorden.

we vervolgens voorgelegd aan de betreffende respondenten; eventuele correcties van de data hebben we verwerkt.

Daarna hebben we de gegevens samengevoegd in één bestand en verschillende analyses uitgevoerd. De concept uitkomsten van die analyses hebben we met vertegenwoordigers van zeven aanbieders besproken. In die bijeenkomst wilden we samen met de aanbieders de uitkomsten nader duiden: zijn ze herkenbaar; welke gegevens zijn mogelijk niet valide/betrouwbaar; wat suggereren deze uitkomsten voor het vormen van een passende bekostiging van beademingszorg; enz.

De concept uitkomsten lieten een forse spreiding zien in de tijdsduur die gemoeid is met het uitvoeren van de diverse technische handelingen. Zowel op het niveau van de afzonderlijke technische handelingen als op de totale tijdsduur van alle technische handelingen per cliënt. Tijdens de bijeenkomst met de aanbieders hebben we hier uitvoerig bij stilgestaan. De aanbieders herkenden wel dat er sprake is van verschillen tussen cliënten; maar deze extreme waarden herkenden ze niet, ook niet als 'uitbijter'.

Samen met de aanbieders hebben we daarop geconcludeerd dat er blijkbaar systematische fouten voorkomen in de data die de aanbieders hebben aangeleverd en die wij vervolgens hebben gebruikt om de duur van de technische handelingen te berekenen.³ In overleg met de

³ De totale tijdsduur per etmaal per handeling berekenen we als volgt: de opgegeven duur van de handeling x het aantal keren dat de handeling per etmaal wordt uitgevoerd x het aantal medewerkers dat de handeling elke keer uitvoert. Bijvoorbeeld: 10 min per handeling, handeling gebeurt 5x per dag, door 2 medewerkers, leidt tot 100 minuten totaal tijd per etmaal voor deze handeling. Sommige aanbieders gaven aan dat ze mogelijk niet voor alle afzonderlijke onderdelen

opdrachtgever hebben we besloten om met elke aanbieder afzonderlijk nog eens het ingevulde format door te nemen om de systematische fouten op te sporen en te herstellen.

Met de gecorrigeerde waarden hebben we vervolgens de analyses nogmaals uitgevoerd. De uitkomsten zijn weergegeven in hoofdstuk 4.

2.5 Opstellen voorstel passende bekostiging beademingszorg

Het bestand met de gegevens op cliëntniveau over de tijdsduur van de technische handelingen en verschillende cliëntkenmerken maakt het mogelijk om op zoek te gaan naar categorieën cliënten met een vergelijkbare omvang van de beademingszorg. Naar aanleiding van de uitkomsten van de documentenanalyse en de interviews was de veronderstelling dat de duur van de beademingszorg zou kunnen samenhangen met het onderscheid tussen mensen (met een WLZ-indicatie die verblijven bij een aanbieder) met invasieve, non-invasieve beademing of mensen met een tracheacanule die zelfstandig ademen. Een andere hypothese was dat de duur van de beademingszorg zou kunnen samenhangen met het VSCA-beademingsprofiel.

Beide verbanden hebben we getoetst met de verzamelde gegevens. Op basis van de uitkomsten hebben we een voorstel gedaan voor de wijze waarop beademingszorg het beste bekostigd zou kunnen worden. Dat

van deze som de juiste waarde hebben aangeleverd. Soms werden twee medewerkers genoemd terwijl de handeling maar door één medewerker werd uitgevoerd; soms was in de duur van de handeling al de frequentie van die handeling per etmaal verdisconteerd.

1

2

3

4

5

6



voorstel hebben we getoetst bij de opdrachtgever en de leden van de klankbordgroep.

Het voorstel dient te voldoen aan de volgende uitgangspunten:

- Reikwijdte: cliënten met een Wlz-indicatie die beademd worden;
- Passend binnen het huidige bekostigingssysteem van de langdurige zorg;
- Passend binnen de huidige wet- en regelgeving;
- Zoveel mogelijk beperken van verhoging van de administratieve lasten;
- Toekomstbestendige oplossing.

Tot slot hebben we het voorstel verder uitgewerkt en voorzien van passende prestatiebeschrijvingen met een onderbouwd tarief.

2.6 Rapportage

De opbrengsten van het onderzoek zijn verwerkt in voorliggende rapportage waarin we de onderzoeksvragen uit hoofdstuk 1 beantwoorden en een advies geven over de best passende vorm van bekostiging (inclusief prestatiebeschrijvingen en kostprijzen per prestatie). In de rapportage is ook een doorrekening opgenomen van de financiële consequenties op macroniveau.

1

2

3

4

5

6



3. Inhoud beademingszorg

Dit hoofdstuk beschrijft de inhoud van de beademingszorg. We behandelen de definitie van beademingszorg, het verschil van beademingszorg met reguliere Wlz-zorg, de omvang (aantallen cliënten) van beademingszorg en de beademingsprofielen. Tot slot gaan we in op cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen. Hiermee geven we antwoord op de inhoudelijke onderzoeksvragen 1 tot en met 7 (onderdeel A) uit hoofdstuk 1.

3.1 Definitie beademingszorg

Er is sprake van beademingszorg wanneer de ademhaling mechanisch door apparatuur wordt overgenomen, al dan niet volledig of ter ondersteuning. Onder chronische ademhalingsondersteuning wordt verstaan het in principe levenslang beademen buiten het ziekenhuis. Hier kunnen één, maar vaak meerdere, aandoeningen aan ten grondslag liggen. Voorbeelden van aandoeningen bij cliënten met chronische ademhalingsondersteuning zijn: aandoeningen centraal zenuwstelsel, neuromusculaire aandoeningen, thoraxwand afwijkingen en ziekten van longen en/of luchtwegen.

Bij beademingszorg wordt onderscheid gemaakt tussen non-invasieve beademing en invasieve beademing.

- Non-invasieve beademing: beademing vindt plaats via de neus/mond, door middel van een neus- of mond/neusmasker of een mondstuk. Dit masker/mondstuk wordt vervolgens aangesloten op een beademingsapparaat waardoor lucht ingeblazen wordt.

- Invasieve beademing: Invasieve beademing vindt plaats via een tracheostoma. Dit is een operatief aangelegde opening in de luchtpijp. Er wordt lucht rechtstreeks in de longen geblazen door een buisje (tracheacanule) dat in deze opening is geplaatst.

Naast problemen met de inademing spelen ook problemen met de uitademing een belangrijke rol. Cliënten met chronische ademhalingsondersteuning hebben vaak ook een verminderde hoestkracht.

3.2 Verwijscriteria beademingszorg

Chronische ademhalingsondersteuning wordt ingeregeld door de Centra voor Thuisbeademing (CTB). CTB's ondersteunen cliënten die afhankelijk zijn van chronische beademing in de overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Let wel: het CTB hanteert een definitie waarbij thuis alle plekken buiten het ziekenhuis betreft. Een woonvorm in de gehandicaptenzorg of een verpleeghuis valt daarmee ook onder de definitie 'thuis'. Zolang cliënten gebruik maken van beademingsapparatuur is het CTB betrokken.

Er zijn verwijscriteria opgesteld voor een verwijzing naar het CTB voor cliënten met een niet acute aandoening die mogelijk zal leiden tot chronische ademhalingsondersteuning. Een overzicht van deze voorwaarden is opgenomen in bijlage 4. Voorwaarden voor het instellen van chronische ademhalingsondersteuning zijn bij kinderen in principe hetzelfde als die voor volwassenen. Voordat een cliënt daadwerkelijk ingesteld wordt op chronische ademhalingsondersteuning moet voldaan worden aan de volgende cumulatieve voorwaarden:

- er is met het instellen van chronische beademing sprake van medisch zinvol handelen;

1

2

3

4

5

6



- chronische beademing is medisch, technisch en veilig uitvoerbaar met apparatuur van het CTB;
- de cliënt stemt in met chronische beademing na adequaat geïnformeerd te zijn door het CTB;
- de cliënt is stabiel: alle reversibele oorzaken zijn gecorrigeerd;
- andere behandelopties zoals medicamenten of CPAP zijn niet afdoende gebleken;
- de cliënt is optimaal ontwend van de acute beademing;
- er is sprake van een veilige verblijfssituatie wat betreft zorg, alarmering en locatie.

Toekenning toeslag

Cliënten met chronische ademhalingsondersteuning met een Wlz-indicatie kunnen in aanmerking komen voor een toeslag beademingszorg. Tot 2020 was er een toeslag invasieve beademing en een toeslag non-invasieve beademing. In het onderstaande tabel staan de voorwaarden opgenomen om in aanmerking te komen voor deze toeslagen.

Non-invasieve beademing	Invasieve beademing
• Cliënt is geïndiceerd voor zzp lg-1 t/m lg-7, vv-1 t/m vv-10 en vg-1 t/m vg-8 • Er is sprake van chronische non-invasieve beademing • Een mix van pv, vp, bg of bh, dan wel een mix van twee of drie van deze zorgvormen wordt geleverd,	• Cliënt is geïndiceerd voor zzp lg-1 t/m lg-7, vv-1 t/m vv-10 en vg-1 t/m vg-8 • Er is sprake van chronische invasieve ofwel tracheostomale beademing; • Een mix van pv, vp, bg of bh, dan wel een mix van twee of drie van

⁴ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 - BR/REG-20124c

Non-invasieve beademing	Invasieve beademing
waarvan het totaal van deze mix gemiddeld 6,5 uur per week is; • Er is voldaan aan de voorwaarden van de veldnorm chronische beademing.	deze zorgvormen wordt geleverd, waarvan het totaal van deze mix gemiddeld 30 uur per week is; • Er is voldaan aan de voorwaarden van de veldnorm chronische beademing.

Tabel 1: Voorwaarden (non-)invasieve beademing beleidsregels 2020⁴

In 2021 zijn de toeslagen beademingszorg aangepast waarbij het onderscheid tussen non-invasief en invasief is losgelaten en gebruik wordt gemaakt van de VSCA-zorgprofielen. Er is een toeslag beademingszorg hoog en een toeslag beademingszorg laag. Daarvoor gelden de onderstaande voorwaarden⁵:

Algemene voorwaarden:

- cliënten met een indicatie voor lg 2 en 4 tot en met 7, vv 4 tot en met 9b en vg 3 tot en met 8;
- er is sprake van chronische beademing;
- er is voldaan aan de voorwaarden van de veldnorm chronische beademing;
- indien een Wlz-instelling medisch-specialistische beademingszorg levert waarvoor de prestatie Medisch-specialistische beademingszorg in een centrum voor (chronische) beademing bij patiënten met Wlz-indicatie (192141) gedeclareerd wordt, mag de instelling geen toeslag beademingszorg binnen de Wlz declareren.

⁵ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2021 - BR/REG-21118c.

1

2

3

4

5

6



Voorwaarden beademingszorg laag:

- de cliënten zijn ingedeeld naar profiel 0, 1 of 2 van de Zorgprofielen chronische beademing van de VSCA;
- een mix van pv, vp, bg of bh, dan wel een mix van twee of drie van deze zorgvormen wordt geleverd, waarvan het totaal van deze mix gemiddeld 6,5 uur per week is.

Voorwaarden beademingszorg hoog:

- de cliënten zijn ingedeeld naar profiel 3 of 4 van de Zorgprofielen chronische beademing van de VSCA;
- een mix van pv, vp, bg of bh, dan wel een mix van twee of drie van deze zorgvormen wordt geleverd, waarvan het totaal van deze mix gemiddeld 30 uur per week is.

3.3 Verschil reguliere Wlz-zorg

Mede uit dit onderzoek blijkt dat zorgaanbieders meer uren zorg verlenen aan cliënten met chronische ademhalingsondersteuning dan aan cliënten met een vergelijkbaar zorgprofiel. Dit wordt veroorzaakt door dat er voor deze cliënten specifieke technische handelingen moeten worden uitgevoerd. Daarnaast worden ook de volgende aspecten genoemd:

- handelingen moeten vaak met twee of meer personen tegelijkertijd worden uitgevoerd;
- handelingen vergen meer tijd vanwege communicatieve en conditionele beperkingen van de cliënt;
- psychosociale begeleiding gericht op onderliggende aandoening en beademing voor de cliënten, maar ook voor het cliëntsysteem;
- meer (nacht)toezicht en meer begeleiding bij vervoer en uitstapjes (bijv. ziekenhuis en bezoek thuis) vanwege de beperkte motorische

mogelijkheden en/of autonomie in combinatie met de (zeer) beperkte beademingsvrije tijd van deze cliënten;

- extra materiele kosten, zoals disposables, (aangepaste) hulpmiddelen, alarmering;
- extra huisvesting voor bijvoorbeeld rolstoelen;
- extra scholing voor zorgverleners.

Beademingszorg thuis

Uit interviews blijkt dat chronische ademhalingsondersteuning thuis op een aantal punten verschilt van beademingszorg in een instelling voor gehandicaptenzorg of verpleeghuis, namelijk in complexiteit, organisatie en opleiding.

Cliënten in een Wlz-instelling hebben per definitie al een zodanige zorgbehoefte dat ze een indicatie hebben gekregen voor een bepaald zorgprofiel. Dat houdt verband met problematiek op lichamelijk, sociaal, gedragsmatig en/of psychisch vlak. Deze problemen hebben niet altijd direct te maken met beademingszorg, maar zijn wel van invloed op beademingszorg. Een cliënt die angstig is kan bijvoorbeeld vaker alarmeren dan nodig. Cliënten met beademingszorg die thuis kunnen wonen zijn vaak zelfstandiger/zelfredzamer/autonomer dan cliënten in een instelling.

Cliënten thuis (met en zonder een Wlz-indicatie) regelen de organisatie rondom de beademingszorg op verschillende manieren, bijvoorbeeld volledig toezicht door mantelzorgers of in combinatie met thuiszorg. Dat is mede afhankelijk van de mogelijkheden van mantelzorgers, maar ook van het beademingsprofiel. Kenmerkend voor beademing thuis is 24/7 één op één toezicht. In een instelling is toezicht verdeeld over meerdere cliënten. In een instelling kan het toezicht daarmee

1

2

3

4

5

6



doelmatiger worden georganiseerd dan bij een Wlz-cliënt in de thuis-situatie.

Mantelzorgers kunnen opgeleid worden voor specifieke handelingen die nodig zijn bij de betreffende cliënt terwijl zorgverleners in een instelling over de volle breedte opgeleid moeten worden.

Wlz-cliënten die thuis verblijven bekostigen de zorg vaak vanuit een persoonsgebonden budget (pgb); in enkele gevallen in combinatie met een Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)⁶.

Beademingszorg bij kinderen

Beademingszorg bij kinderen verschilt op een aantal punten van beademingszorg bij volwassenen. Technische handelingen zijn globaal hetzelfde, maar kinderen vragen een andere benadering, andere voorbereiding en meer tijd. De meeste kinderen zijn niet in staat zonder hulp te allen tijde alle zorg rondom de beademing zelf uit te voeren. Sommige kinderen kunnen vanaf de leeftijd van 13 jaar meer zorg zelfstandig uitvoeren. Bovendien zien en/of vertellen kinderen niet altijd wat ze voelen waardoor een zorgverlener anders moet observeren dan bij volwassenen. Daarnaast speelt het feit dat kinderen lichamelijke problemen vaak eerst compenseren. Bijvoorbeeld: een kind wordt eerst moe, pas daarna worden hartproblemen duidelijk. Ook het (kleine) lichaam van kinderen maakt beademingszorg anders bij kinderen dan bij volwassenen. Zo hebben kinderen kleinere longen en luchtwegen die maken dat er minder reserves zijn en gevolgen van ziektes (bijvoorbeeld verkoudheid) ernstiger zijn. Naast de begeleiding van het kind verdient de begeleiding van de ouders ook aandacht: de onderlinge relatie van

ouders staat vaak onder druk door ziekte van het kind, gezonde kinderen binnen het gezin dreigen tekort aan aandacht te krijgen en in sommige gezinnen zijn er meerdere kinderen met dezelfde aandoening. Tot slot dient er aandacht te zijn voor de ontwikkeling van een kind. Het is van belang dat het zoveel mogelijk zeggenschap over zijn eigen leven ontwikkelt, inclusief over zijn zorg. Wanneer een kind volwassen wordt, verandert ook de structuur van zijn zorg. Kinderen met beademingszorg verblijven voornamelijk thuis, slechts 5% verblijft in een hospice, instelling of ziekenhuis.

3.4 Omvang beademingszorg

Het totaal aantal mensen met chronische ademhalingsondersteuning maakt een groei door blijkt uit registratiegegevens van het VSCA. Van 200 in 1991 tot 3.912 op peildatum 1 januari 2020. De groep van 3.912 cliënten omvat zowel de cliënten die invasief worden beademd (10%), als de cliënten die non-invasief worden beademd (90%); verder gaat het zowel om cliënten met en zonder een indicatie voor de Wlz. Van het totale aantal mensen met chronische beademing (3.912) woont 7% in een instelling voor gehandicaptenzorg of verpleeghuis. De overige cliënten wonen thuis (90%) of in een Fokuswoning (3%). Over welk deel van de thuiswonende cliënten met chronische beademing een Wlz-indicatie heeft zijn geen cijfers bekend.

Uit Wlz-declaratiegegevens van de NZa blijkt dat in 2019 123 cliënten die verblijven in een woonvorm (instelling voor gehandicaptenzorg) of verpleeghuis een toeslag invasieve beademing hebben gekregen en 146 cliënten een toeslag non-invasieve beademing. In de periode januari t/m

⁶ Een PAB is alleen mogelijk in combinatie met een pgb.

augustus 2020 kregen 99 cliënten een toeslag invasieve beademing en 120 cliënten een toeslag non-invasieve beademing. In het onderstaande schema zijn de VSCA-registratiegegevens (peildatum 1-1-2020) en NZa declaratiegegevens (januari t/m augustus 2020) weergegeven. Hieruit blijkt dat ongeveer 6% van de beademde cliënten in 2020 een beademingstoeslag ontving vanuit de Wlz.

Categorie	VSCA registratie	NZa declaratie	% NZa t.o.v. VSCA ⁷
Beademende cliënten	3.912	219 (met toeslag)	6%
Type beademing			
Non-invasief	3.523	120	3%
Invasief	389	99	25%
Verblijfsplaats⁸			
Thuis	3.514	-	-
Woonvorm	130	85	65%
Verpleeghuis	147	128	87%
Elders	16	6	38%
Fokus woning	104	-	-

Tabel 2: VSCA-registratiegegevens ten opzichte van NZa declaratiegegevens 2020

⁷ Omdat de VSCA registraties op peildatum zijn en de NZa declaraties gedurende een periode gaan is de vergelijking niet helemaal correct. Wel geeft het een indicatie.

⁸ De som van het aantal cliënten per verblijfsplaats uit de VSCA-registratie komt uit op 3.911 (i.p.v. 3.912). We hebben niet kunnen traceren in welke categorie de ontbrekende cliënt thuis hoort.

De VSCA heeft aangegeven dat een zwaardere groep cliënten tegenwoordig non-invasief in plaats van invasief wordt beademd. Dit beeld wordt bevestigd in de interviews met zorgaanbieders en CTB's. Door betere technieken kunnen meer cliënten langer non-invasief beademd worden. Het gevolg hiervan is dat de zorgzwaarte voor non-invasief beademende cliënten toegenomen is. Deze groep cliënten kan even goed een beademingsvrije tijd van minder dan een minuut hebben en daarmee in beademingsprofiel 4 vallen.

3.5 Beademingsprofielen

In 2009 hebben de vier CTB's in samenspraak met de VSCA en NVZ beademingsprofielen ontwikkeld voor chronische ademhalingsondersteuning. De beademingsprofielen zijn ontwikkeld om globaal aan te kunnen geven wat de zorg is die een cliënt nodig heeft. De beademingsprofielen kennen de volgende definities:

- **Profiel 0:** De patiënt kan te allen tijde zonder hulp wat betreft de beademing. Hij kan zichzelf zelfstandig aan- en afsluiten van de beademingsmachine, uitzuigen en de canule wisselen;
- **Profiel 1:** De responstijd waarbinnen gereageerd moet worden door de zorgverlener kan meer dan 30 minuten zijn⁹. Toezicht en hulp op afstand is nodig. Bijvoorbeeld een patiënt waarbij planbare hulp bij sputumverwijdering nodig is;
- **Profiel 2:** Responstijd minder dan 15 minuten. Toezicht en hulp op korte afstand is nodig, bijvoorbeeld hulp op korte afstand thuis of

⁹ In de beschrijving van de beademingsprofielen wordt een onderscheid gemaakt tussen responstijd van een zorgverlener en beademingsvrije tijd van een cliënt. Bijvoorbeeld: als de beademingsvrije tijd van een cliënt 15 tot 30 minuten is (profiel 2) dan is de responstijd van de zorgverlener minder van 15 minuten.

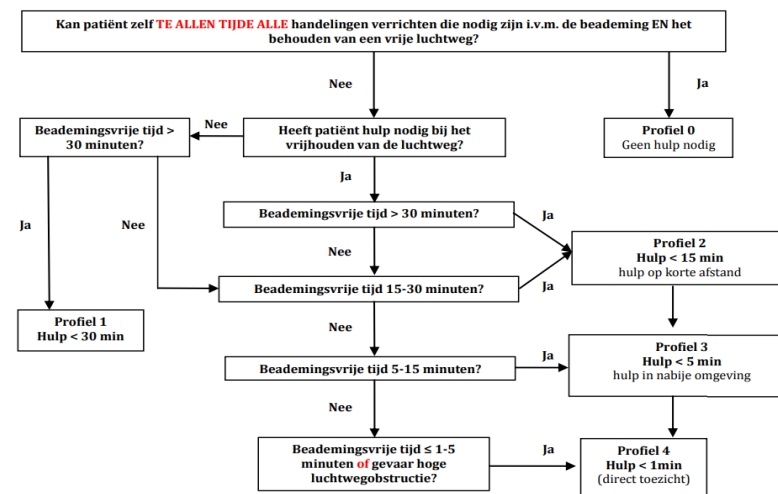
op het werk. Voorbeeld: non-invasief beademde patiënten die 24 uur per dag beademd worden.

- **Profiel 3:** Responstijd minder dan 5 minuten. Toezicht en hulp in de nabije omgeving is nodig. Meestal patiënten met beperkte beademingsvrije tijd (5-15 minuten), die 24 uur per dag beademd worden;
- **Profiel 4:** Responstijd binnen 1 minuut. Direct toezicht en hulp is nodig. Meestal patiënten met zeer beperkte beademingsvrije tijd (1-5 minuten), die 24 uur per dag beademd worden met gevaar voor decanulatie met directe en ernstige gevolgen.

Indelen in beademingsprofielen

Er zijn vijf factoren van belang bij het bepalen van een beademingsprofiel: 1. vrije luchtweg, 2. beademingsvrije tijd of respiratoire reserve, 3. motorische mogelijkheden, 4. Autonomie en 5. frequentie van de hulpvraag en planbaarheid van de zorg. De factor die het zwaarste weegt met het oog op de veiligheid van de patiënt is bepalend voor het minimale zorgprofiel waarbinnen de patiënt valt. Voordat een cliënt naar 'huis' (of een Wlz-instelling) gaat wordt de betreffende cliënt door het CTB ingedeeld in een beademingsprofiel aan de hand van figuur 1.

Het zorgprofiel, de frequentie en het tijdstip van planbare en onplanbare handelingen en de activiteiten van de patiënt zijn van invloed op de hoeveelheid zorg die nodig is onder normale omstandigheden. De hoeveelheid zorg kan sterk veranderen bij ziekte, een tijdelijke of blijvende achteruitgang, bedlegerigheid vanwege decubitus of een operatie of ontwikkelingen door groei en zal dan al dan niet tijdelijk aangepast moeten worden.



Figuur 1: Schema indeling beademingsprofielen

Niveaus van beademingszorg

Uit de interviews met CTB's blijkt dat de profielen een goede voorspeller lijken te zijn voor de omvang van beademingszorg: hoe zwaarder het profiel, hoe korter de responstijd, hoe meer formatie nodig is op de groep. De verschillen tussen de profielen voor wat betreft de aard van de (verpleegtechnische) handelingen zijn minder groot.

Zorgaanbieders geven tijdens de interviews aan (voorzichtig) positief te zijn over de wijze waarop de toeslagen voor 2021 zijn vormgegeven: een toeslag beademingszorg hoog en een toeslag beademingszorg laag. Een toekenning op basis van de beademingsprofielen doet meer recht dan een indeling op basis van invasief of non-invasief. Of de indeling in

categorie 'laag' (beademingsprofiel 0, 1 en 2) en categorie 'hoog' (beademingsprofiel 3 en 4) voldoet moet uit de praktijk gaan blijken.

3.6 Tracheacanule

Cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen verschillen onderling sterk van elkaar als het gaat over de (zwaarte van) zorgvraag. Dit heeft onder andere te maken met de onderliggende aandoening(en). Uit een interview met een CTB blijkt dat het ingewikkeld is om goed zicht te krijgen op (de omvang van) deze doelgroep aangezien ze niet verenigd zijn en het zorgpad sterk verschilt. Deze groep cliënten staat na plaatsing van een tracheacanule niet standaard onder controle van een arts of een partij als het CTB. In tegenstelling tot cliënten die non-invasief of invasief worden beademd zijn hier geen landelijke normen voor. Cliënten met chronische beademingszorg worden bij thuisbeademing ondersteund door het CTB. Dat is bij cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen niet het geval.

Uit de interviews blijkt dat er verschillend wordt gedacht over hoe deze groep cliënten zich verhoudt tot de cliënten die non-invasief of invasief worden beademd. De helft van de geïnterviewde respondenten geeft aan dat een deel van deze groep cliënten lijkt op cliënten met invasieve beademing, maar dan zonder beademingsapparaat. Risico's (korte responstijd), benodigde deskundigheid en handelingen (canule uitzuigen) komen overeen. Dit maakt dat er voor Wlz-cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule meer zorg nodig is dan voor 'reguliere' Wlz-cliënten met vergelijkbare beperkingen/aandoeningen (maar zonder tracheacanule). De hoeveelheid zorg is wel sterk afhankelijk van de specifieke cliënt.

Een enkele zorgaanbieder heeft aangegeven dat er pas sprake is van beademingszorg op het moment dat er actieve ondersteuning is bij de beademing door een beademingsmachine. Bij cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen zou dat niet het geval zijn. Ook wordt door een enkele zorgaanbieder aangegeven dat er extra handelingen nodig zijn, maar dat er meer situaties zijn (bijvoorbeeld cliënten met een katheter of infuus) waarin extra handelingen nodig zijn die ook niet tot een aparte toeslag hebben geleid. De overige respondenten hebben hier geen mening over gegeven.

Relatie met de beademingsprofielen

De helft van de geïnterviewde respondenten geeft aan dat het mogelijk is om cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen in te delen in beademingsprofielen. Momenteel wordt dat nog niet gedaan door de CTB's. Hierbij wordt door enkele respondenten wel genoemd dat het niet voor alle cliënten passend is. Voor sommige cliënten zou een beademingsprofiel kunnen passen, bijvoorbeeld als de canule snel volloopt. Voor andere cliënten zou het minder passend of niet nodig zijn. Een enkele zorgaanbieder geeft aan dat het niet mogelijk is. De overige respondenten hebben hier geen mening over gegeven.



4. Resultaten data-analyse bekostiging beademingszorg

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitkomsten van de analyse van de gegevens die we hebben ontvangen van de deelnemende aanbieders. We gaan eerst in op een aantal kenmerken van de cliënten binnen de steekproef. Daarna verkennen we welke verbanden er zijn tussen kenmerken van cliënten en de duur van de technische handelingen bij beademingszorg. Tot slot presenteren we de uitkomsten van de uitvraag naar de inschaling van het personeel, de omvang van de scholing voor beademingszorg en overige kostenposten in relatie tot beademingszorg. In bijlage 5 zijn nog enkele tabellen opgenomen met aanvullende gegevens.

4.1 Aantallen en kenmerken cliënten met beademingszorg

Alle geselecteerde aanbieders hebben meegewerkt aan het onderzoek en gegevens aangeleverd over de cliënten met beademingszorg die op dat moment bij hen verbleven. In totaal gaat het om 110 cliënten die op het moment van de uitvraag bij de aanbieders in zorg waren; alle cliënten zijn 18 jaar of ouder. Het aantal van 110 cliënten is lager dan het aantal dat we afgeleid hadden uit de NZa declaratiegegevens over de periode januari t/m augustus 2020. Dat heeft ermee te maken dat gedurende de periode januari t/m augustus cliënten met een toeslag voor beademingszorg zijn ingestroomd en uitgestroomd. In onderstaande

tabel zijn de cliënten ingedeeld naar 'soort beademingszorg' en 'zorgprofiel'

	Invasief	Non-invasief	Tracheacanule zelfst. ademdend	Totaal
VV 7			1 (5%)	1 (1%)
VV 8	22 (42%)	8 (21%)	4 (21%)	34 (31%)
VV 9b			3 (16%)	3 (3%)
VG 8	8 (15%)	5 (13%)	10 (53%)	23 (21%)
LG 3		1 (3%)		1 (1%)
LG 4		2 (5%)		2 (2%)
LG 5	2 (4%)	1 (3%)		3 (3%)
LG 6	12 (23%)	12 (32%)	1 (5%)	25 (23%)
LG 7	9 (17%)	9 (24%)		18 (16%)
Totaal	53 (100%)	38 (100%)	19 (100%)	110 (100%)

Tabel 3. Aantallen cliënten naar soort beademingszorg en zorgprofiel

We zien dat cliënten met beademingszorg met name binnen de zorgprofielen VV8, VG8, LG6 en LG7 voorkomen. De totale groep cliënten in de steekproef bestaat uit 53 cliënten die invasief worden beademend, 38 met non-invasieve beademing en 19 cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen. Niet alle cliënten maken 'gebruik' van een toeslag voor beademingszorg.¹⁰

¹⁰ De cliënt met zorgprofiel LG3 heeft een toeslag voor non-invasieve beademingszorg. Formeel is deze toeslag vanaf 2021 niet mogelijk voor zorgprofiel LG3 (zie Beleidsregel

prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2021 – BR/REG-21118c).

De CTB's delen cliënten in verschillende VSCA beademingsprofielen in: minimaal éénmaal per jaar wordt gecheckt of de cliënt nog in het best passende VSCA-profiel is ingedeeld. Van 84 cliënten is dit VSCA beademingsprofiel bekend. Bij de 26 cliënten zonder VSCA-profiel gaat het om 12 cliënten die zelfstandig ademen met een tracheaanule; van de overige 14 cliënten was bij de aanbieder het VSCA-profiel niet bekend (het betreft 5 cliënten met een toeslag voor invasieve beademing en 9 cliënten met een toeslag non-invasieve beademing). In onderstaande tabel is het aantal cliënten per VSCA-beademingsprofiel per 'soort beademingszorg' weergegeven.

	Invasief	Non-invasief	Tracheaanule zelfst. ademend	Totaal
Profiel 0	1 (2%)	2 (7%)		3 (4%)
Profiel 1	1 (2%)	7 (24%)		8 (10%)
Profiel 2		14 (48%)		14 (17%)
Profiel 3	15 (31%)	2 (7%)	4 (57%)	21 (25%)
Profiel 4	31 (65%)	4 (14%)	3 (43%)	38 (45%)
Subtotaal	48 (100%)	29 (100%)	7 (100%)	84 (100%)
<i>Onbekend</i>	5	9	12	26
Totaal	53	38	19	110

Tabel 4. Aantallen cliënten naar soort beademingszorg en VSCA beademingsprofiel

Tabel 4 laat zien dat cliënten met invasieve beademing met name ingedeeld zijn in de VSCA-profielen 3 en 4. Bij non-invasief beademde cliënten zijn vooral de profielen 1 en 2 van toepassing en in mindere

mate profiel 1. Van 7 cliënten met een tracheaanule die zelfstandig ademen is het VSCA -profiel bekend; dat zijn de profielen 3 en 4. Daarmee heeft deze cliëntencategorie mogelijk meer overeenkomsten met invasief beademde cliënten dan met non-invasief beademde cliënten.

Tevens hebben we per soort beademingszorg gekeken welke NZa-toeslag beademingszorg ontvangen wordt.

	Geen toeslag	Toeslag invasief	Toeslag Non invasief	Totaal
Invasief	3 (12%)	50 (100%)	0 (0%)	53 (48%)
Non-invasief	4 (15%)	0 (0%)	34 (100%)	38 (35%)
Tracheaanule zelfst. ademend	19 (73%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (17%)
Totaal	26 (100%)	50 (100%)	34 (100%)	110 (100%)

Tabel 5. Aantallen cliënten naar soort beademingszorg en NZa-toeslag

Er komen 26 cliënten met beademingszorg in de dataset voor die geen NZa-toeslag voor invasieve of non-invasieve beademingszorg ontvangen. Dat betreft 19 cliënten met een tracheaanule die zelfstandig ademen. De andere 7 cliënten betreft 4 cliënten die non-invasief beademd worden (waarvan er 3 gebruik maken van de beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz BR/REG-21115; hierna regeling Meerzorg) en 3 cliënten die invasief beademend worden (waarvan er 2 gebruik maken van de regeling Meerzorg). Indien cliënten die verblijven in een Wlz-instelling gebruik maken van de regeling Meerzorg, is er geen toeslag voor beademingszorg mogelijk.

4.2 Tijdsduur technische handelingen

Bij beademingszorg wordt een aantal specifieke 'technische' handelingen uitgevoerd. In de onderstaande tabel hebben we de totale tijd (in minuten) opgenomen die alle technische handelingen per cliënt per etmaal vergen. Hierin zijn ook de eventuele extra handelingen die aanbieders in het invulformat hebben toegevoegd meegenomen. Het betreft tekens de geleverde tijdsduur; dat wil zeggen: wanneer een handeling van 10 minuten door twee medewerkers wordt verricht de geleverde tijdsduur 20 minuten is.

Daarbij hebben we een uitsplitsing gemaakt naar:

- Soort beademingszorg
- VSCA beademingsprofiel
- NZa toeslag beademingszorg
- Zorgprofiel

Per categorie cliënten geven we aan:

- Op hoeveel cliënten de gegevens zijn gebaseerd
- De minimale tijdsduur (in minuten per etmaal) van het totaal van de technische handelingen.
- De maximale tijdsduur (in minuten per etmaal) van het totaal van de technische handelingen
- De gemiddelde tijdsduur (in minuten per etmaal) van het totaal van de technische handelingen
- De standaardafwijking (in minuten per etmaal) als maat voor de spreiding rondom het gemiddelde

In bijlage 5 zijn ook de tabellen opgenomen met de tijdsduur per technische handeling voor verschillende categorieën cliënten. Daarin is ook het verschil te zien tussen de (duur van de) technische handelingen voor cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen en die voor cliënten met invasieve of non-invasieve beademingszorg.

		Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
Soort beademingszorg	Invasief	53	68,52	923,20	245,88	151,76
	Non invasief	38	5,00	235,00	88,18	58,26
	Tracheacanule zelfst. ademend	19	60,45	486,80	173,38	106,06
VSCA beademingsprofiel	Profiel 0	3	5,00	215,80	85,27	114,04
	Profiel 1	8	32,00	191,15	81,58	68,22
	Profiel 2	14	25,00	178,25	65,13	36,90
	Profiel 3	21	53,00	307,95	148,09	68,46
	Profiel 4	38	106,00	923,20	283,43	169,62
NZa toeslag beademingszorg	Geen toeslag	26	58,25	923,20	190,67	178,55
	toeslag invasief	50	68,52	691,00	234,74	121,37
	toeslag non-invasief	34	5,00	235,00	87,70	59,17
Zorgprofiel	VV 7	1	72,90	72,90	72,90	.
	VV 8	34	60,00	508,00	209,74	115,91
	VV 9b	3	131,80	486,80	340,13	185,36
	VG 8	23	32,00	244,60	153,20	49,24
	LG 3	1	51,15	51,15	51,15	.
	LG 4	2	5,00	75,00	40,00	49,50
	LG 5	3	75,00	353,85	214,88	139,43

1

2

3

4

5

6



		Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
	LG 6	25	25,00	691,00	169,80	153,73
	LG 7	18	32,00	923,20	161,53	202,88

Tabel 6. Duur totale tijd technische handelingen (in minuten per etmaal) uitgesplitst naar soort beademing, VSCA beademingsprofiel, NZa toeslag beademingszorg en zorgprofiel.

Nadere analyse categorie cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule

De technische handelingen voor cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule, vergen gemiddeld 173 minuten per etmaal. De aard van deze handelingen voor deze doelgroep lijkt het meest op die van cliënten die invasief worden beademd. Van 7 cliënten uit deze categorie kennen we het VSCA-beademingsprofiel. Wanneer we binnen de categorie cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen een uitsplitsing maken naar VSCA-profiel, leidt dat tot de volgende uitkomst:

VSCA-profiel	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.
3	4	73	188	136
4	3	210	485	366

Tabel 7. Duur totale tijd technische handelingen (in minuten per etmaal) voor cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen uitgesplitst naar VSCA beademingsprofiel

¹¹ Binnen de statistiek is dit een gangbare methode om uitbijters te identificeren.

¹² Chronische ademhalingsondersteuning in ZZP-systematiek (2010), HHM; Chronische ademhalingsondersteuning in ZZP-systematiek – doelgroep non-invasief (2011), HHM.

Op basis van de cijfers in tabel 6 lijkt het VSCA-beademingsprofiel een betrouwbare voorspeller van de duur van de technische handelingen voor de beademingszorg. Het VSCA-profiel voorspelt de duur beter dan de oude indeling in invasief en non-invasief.

Wanneer we het VSCA-profiel als vertrekpunt hanteren, kunnen we twee waarnemingen als uitbijter identificeren; dat wil zeggen dat de waarneming meer dan drie keer de standaardafwijking boven of onder het gemiddelde ligt.¹¹ Het betreft de cliënt met 178 minuten voor technische handelingen in VSCA-profiel 2 en de cliënt met 923 minuten voor technische handelingen in VSCA-profiel 4. De gemiddelde totale tijd voor technische handelingen in deze profielen daalt door deze correctie van 65,13 minuten naar 56,42 minuten in beademingsprofiel 2 en van 283,43 minuten naar 266,14 minuten in beademingsprofiel 4.

Ook na deze correctie zien we (nog steeds) een behoorlijke spreiding rondom de gemiddelden. Uit de eerdere onderzoeken uit 2010 en 2011 naar de duur van de technische handelingen bij invasieve en non-invasieve beademingszorg bleek ook dat er sprake was van een behoorlijke spreiding rondom het gemiddelde.¹² Aanbieders hebben verschillende oorzaken genoemd voor de aangetroffen spreiding. Zo speelt het karakter en de persoonlijkheid van cliënten een belangrijke rol bij de verschillen in tijdsduur. Voor sommige cliënten zijn de technische handelingen echt een obsessie, die moeten dan per sé voor een bepaalde tijd uitgezogen worden. Andere cliënten zijn heel erg precies, waardoor bijvoorbeeld de mond-/neuskap heel vaak opnieuw geplaatst

1

2

3

4

5

6



moet worden tot deze goed zit. Een aantal cliënten heeft veel last van pijn, frustratie en onmacht waardoor ze soms weigeren mee te werken en handelingen meer tijd kosten. Maar er zijn ook cliënten waarbij de uitvoering van de handelingen minder 'precies' komt: bij deze cliënten vergt het uitvoeren van de handelingen minder tijd.

Tot slot maakt het ook nog uit of er sprake is van andere onderliggende klachten. Als cliënten bijvoorbeeld vaak last hebben van misselijkheid, dan duren handelingen langer of plaatsen ze vaker een oproep. Ook de duur van het verblijf maakt uit, wanneer cliënten langer verblijven raken cliënt en medewerker beter op elkaar ingespeeld, waardoor de technische handelingen vaak sneller verlopen.

Naast de technische handelingen rondom de beademingszorg spelen er nog enkele factoren die van invloed kunnen zijn op de benodigde ureninzet:

- **Begeleiding bij vervoer:** in sommige gevallen moet de cliënt vanwege de beademingszorg begeleid worden tijdens het vervoer. We hebben dit geïnventariseerd bij de deelnemende aanbieders. Voor sommige cliënten gaat er bijvoorbeeld een medewerker mee bij een bezoek aan het ziekenhuis. Een dergelijk bezoek (inclusief wachttijd) vergt al snel enkele uren. Indien we de tijd voor begeleiding bij vervoer echter middelen over alle cliënten, blijft er gemiddeld slechts 1 minuut per cliënt per etmaal over.
- **Voldoende basisformatie:** vanwege de korte responstijd in de hoge VSICA-profielen (bijvoorbeeld binnen 1 minuut in profiel 4) moet er voldoende formatie op de afdeling aanwezig zijn om 24/7 tijdig te kunnen ingrijpen. Dit is ook een van de redenen waarom de CTB cliënten met beademingszorg verwijzen naar aanbieders die

voldoende en deskundige medewerkers beschikbaar hebben. Hier speelt ook een doelmatigheidsaspect: aanbieders die meerdere cliënten met een beademingstoeslag in zorg hebben kunnen de 24/7 toezicht doelmatiger organiseren dan aanbieders met slechts één of enkele cliënten met een beademingstoeslag. Aangezien we voor de steekproef alleen aanbieders hebben geselecteerd die (in de periode januari tot en met augustus 2020) minimaal 6 cliënten met een toeslag voor beademingszorg hadden, gaan we ervan uit dat deze aanbieders de beademingszorg doelmatig kunnen leveren. Voor het bepalen van een passende bekostiging adviseren we uit te gaan van een doelmatige organisatie van beademingszorg; daarom passen we geen correctie voor 'ondoelmatigheid' toe.

Tussenconclusie 1

Op basis van het bovenstaande concluderen wij dat het VSICA-profiel een bruikbare 'voorspeller' is voor de duur van de technische handelingen. We adviseren om te werken met drie toeslagen voor beademingszorg: een toeslag 'laag' voor de VSICA-profielen 1 en 2; een toeslag 'midden' voor VSICA-profiel 3 en een toeslag 'hoog' voor VSICA-profiel 4. Daarmee doen we ook recht aan het feit dat we binnen de categorie cliënten die een NZA-toeslag invasief hadden, een duidelijk verschil zien in de gemiddelde tijdsduur tussen cliënten met een VSICA-profiel 3 en cliënten met profiel 4.

We stellen voor om aan Wlz-clieuten met een VSICA-profiel 0 geen toeslag beademingszorg te koppelen. Voor mensen met een profiel 0 geldt immers dat de persoon altijd zonder hulp kan wat betreft beademing.



De tijd die gemoeid is met het uitvoeren van technische handelingen voor cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen, past binnen de spreiding die we aantreffen bij cliënten met vergelijkbare VSCA-profielen. Indien deze cliënten ook voor een toeslag in aanmerking dienen te komen, kan met een koppeling aan het VSCA-profiel worden gewerkt.

Voor de bepaling van de uren omvang per toeslag gaan we uit van de gemiddelde duur van de technische handelingen voor de cliënten met het betreffende profiel in de steekproef; gecorrigeerd voor de uitbijters. Voor de cliënten met de profielen 1 en 2 bepalen we een gewogen gemiddelde.

Toeslag	VSCA-profiel	Uren per week
Laag	1, 2	7,6
Midden	3	17,3
Hoog	4	31,0

Tabel 8. Gemiddeld aantal uren per week beademingszorg per toeslag

4.3 Inschaling en scholing

De deelnemende aanbieders hebben ook gegevens aangeleverd over de inschaling van het directe personeel. Met deze gegevens kunnen we een procentuele verdeling van het aantal fte per FWG-schaal opstellen. Het onderzoek laat zien dat het personeel dat beademingszorg levert rela-

tief hoger is ingeschaald dan bijvoorbeeld het gemiddelde 'woonzorg' personeel VG (o.b.v. HHM onderzoek uit 2013)¹³, zie tabel 9.

Schaal	Beademingszorg	Woonzorg VG 2013
FWG25		10%
FWG 30		12,5%
FWG 35	35%	25%
FWG 40	30%	37,5%
FWG 45	20%	15%
FWG 50	15%	
Totaal	100%	100%

Tabel 9. FWG-mix beademingszorg en woonzorg VG-sector

Scholing

Naast het feit dat het personeel dat beademingszorg levert hoger is ingeschaald dan regulier woonzorg personeel, is het ook aanvullend geschoold. De Centra voor Thuisbeademing hebben een opleidingsplan ontwikkeld voor Chronische Beademing. Binnen het opleidingsplan zijn er basisleerroutes voor zorgverleners die geen of weinig ervaring hebben met chronisch beademde zorgvragers en herhalingsleerroutes om via bijscholing de kwaliteit van de zorg op peil te houden of te verhogen. De studiebelasting van een basisleerroute is circa 32 uur. Daarna hebben beginnende medewerkers nog tijd nodig om zich te bekwamen; op basis van de informatie van de deelnemende aanbieders

¹³ 'Onderzoek parameterwaarden zorgzwaartepakketten' (2013), HHM. In deze tabel hebben we de FWG-mix uit 2013 'ingedikt' tot een beperkt aantal schalen. Zie bijlage 6 voor de gedetailleerde verdeling.

begroten we de tijd voor het bekwamen ook op 32 uur (in totaal dus 64 uur per jaar per beginnende medewerker). De herhaalleerroute vergt circa 5 uur opleiding per medewerker per jaar. Volgens de aanbieders is de scholing voor personeel dat cliënten verzorgt die zelfstandig ademen via een tracheacanule gelijk aan die voor beademde cliënten.

Op basis van CBS cijfers schatten wij dat een team op een afdeling voor beademingszorg uit circa 20% beginnend personeel en 80% ervaren personeel bestaat.¹⁴ Het CBS verzamelt ook gegevens over de arbeidsduur van de medewerkers in de zorg.¹⁵ Zorgbreed is de 'parttimefactor' ongeveer 77%; in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg circa 72%. Wij hanteren een parttimefactor van 75%, een medewerker heeft dus gemiddeld een aanstelling van 27 uur per week.

Met deze gegevens kunnen we de extra uren voor opleiding berekenen. Deze extra uren opleiding komen uit op 22,4 uur per fte per jaar. Omdat medewerkers gedurende deze scholing geen tijd aan cliënten kunnen besteden, moeten we deze opleidingsuren in mindering brengen op de productieve (cliëntgebonden) uren.

De kosten van de extra uren opleiding verdisconteren we in het uurtarief van de medewerkers. Daarnaast zijn er nog de 'cursuskosten' die het CTB in rekening brengt. De scholingskosten die het CTB rekent, bedragen gemiddeld circa € 170 per medewerker per jaar. Per fte (uitgaande van een parttimefactor van 75%) is dit circa € 225 per jaar. Per uur cliëntgebonden inzet van een medewerker komt dit neer op

circa € 0,17. Gezien het geringe bedrag en het feit dat in de tarieven voor de reguliere zorg ook al scholingskosten zijn opgenomen, nemen we hiervoor geen extra component op in het uurtarief.

4.4 Extra kosten in relatie tot beademingszorg

We hebben de deelnemende aanbieders ook gevraagd om aan te geven of ze extra kosten maken voor cliënten met beademingszorg in vergelijking met reguliere cliënten. We hebben de aanbieders gevraagd om te kijken naar kosten in de volgende categorieën kostenposten: voeding en hotelmatige kosten, zorggebonden materiële lasten, terrein- en gebouwgebonden lasten en kapitaallasten.

In de categorie voeding en hotelmatige kosten wordt door enkele aanbieders aangegeven dat er hogere kosten zijn vanwege sondevoeding en dat de schoonmaak van (grotere) kamers en apparatuur soms extra kosten met zich meebrengt. Onder de categorie zorggebonden materiële lasten worden kostenposten genoemd als: disposables/verbandmiddelen, slangen, zuurstof, aanpassingen rolstoel, omgevingsbesturing (waaronder alarmering), antidecubitus matrassen e.d. Bij de categorieën terrein- en gebouwgebonden lasten en kapitaallasten wordt soms aangegeven dat er hier extra kosten zijn die samenhangen met het feit dat de cliënten met ademhalingsondersteuning vaak meer m² vloeroppervlak nodig hebben. Dit speelt over het algemeen niet bij aanbieders uit de LG-sector omdat daar 'standaard' al sprake is van grotere vloeroppervlakten en andere aanpassingen van het gebouw en de inrichting.

doorstroomt naar een andere functie. In totaal komen we daarmee uit op circa 20% 'beginnend' personeel op een afdeling beademingszorg.

¹⁵ CBS (2020) "Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn"

¹⁴ Uit de CBS publicatie "Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn" (2020) kunnen we afleiden dat de uitstroom uit de zorg circa 10% bedraagt; dit moet gecompenseerd worden met nieuwe instroom. Verder schatten we dat er jaarlijks ook nog circa 10% van de medewerkers intern



Het grootste deel van de door de aanbieders genoemde extra kosten wordt echter vanuit het reguliere ZZP, vanuit boven budgettaire regelingen of door het CTB bekostigd (zie bijlage 6 voor een nadere toelichting). Daarmee vervalt het argument om hiervoor een extra bedrag op te nemen in de toeslag beademingszorg.

Tussenconclusie 2

- De zorg voor Wlz-cliënten met een toeslag voor beademing wordt uitgevoerd door hoger ingeschaald personeel dan voor Wlz-cliënten met een vergelijkbaar zorgprofiel. Daarnaast zijn de medewerkers aanvullend geschoold. Dit leidt tot hogere uurtarieven.
- De eventuele extra materiële kosten zijn beperkt; deze worden grotendeels gefinancierd vanuit andere regelingen.
- Voor sommige aanbieders zijn de kapitaallasten voor Wlz-cliënten met een toeslag voor beademing hoger dan voor Wlz-cliënten met een vergelijkbaar zorgprofiel.

1

2

3

4

5

6



5. Opbouw tarief toeslagen beademingszorg

In dit hoofdstuk presenteren we de opbouw van de tarieven voor de drie voorgestelde toeslagen voor chronische ademhalingsondersteuning. We werken eerst uit wat een reëel uurtarief is voor het direct uitvoerend personeel en gaan daarna in op de hoogte van de materiële component van de toeslag.

5.1 Looncomponent

De huidige maximum tarieven voor de toeslagen beademingszorg hoog (Z918a, V918a) en beademingszorg laag (Z921a, V921a) zijn respectievelijk € 238,31 en € 44,73 per etmaal (voorlopig prijspeil 2021). Beide tarieven bestaan uit een component loon en een component materieel. Bij beademingszorg hoog is het gemiddelde aantal uren inzet per week 30 uur; bij beademingszorg laag is het gemiddeld 6,5 uur inzet per week. Met deze gegevens uit de beleidsregel BR/REG-21118c kunnen we afleiden wat het gemiddelde uurtarief is van de medewerkers die de beademingszorg uitvoeren.

	Beademingszorg hoog	Beademingszorg laag
Loon per etmaal	€ 179,64	€ 33,72
Materieel per etmaal	€ 58,66 ¹⁶	€ 11,01

¹⁶ Vanwege afronding tellen de loon- en materiële component voor de beademingstoeslag hoog niet op tot de totale waarde van € 238,31.

	Beademingszorg hoog	Beademingszorg laag
Loon per week	€ 1.257,51	€ 236,05
Materieel per week	€ 410,64	€ 77,08
Uren per week	30	6,5
Uurtarief	€ 41,92	€ 36,32
Materieel per uur	€ 13,69	€ 11,86

Tabel 10. Tarieven toeslag beademingszorg 2021

Wanneer we beide uurtarieven middelen (gewogen voor het aantal uren inzet per week) komen we uit op een gemiddeld uurtarief van € 40,92. Het uurtarief van een directe medewerker wordt voornamelijk bepaald door de inschaling (mix van FWG-schalen) en het aantal productieve (cliëntgebonden) uren.

Het aantal productieve uren kunnen we afleiden uit eerder onderzoek dat bureau HHM in opdracht van de NZa heeft uitgevoerd. De rapportage over het 'Onderzoek parameterwaarden zorgzwaartepakketten' (2013) bevat namelijk gegevens over onder andere de FWG-mix voor de componenten woonzorg, dagbesteding en behandeling en de productiviteit per component voor de sectoren VG, LG en V&V. Dit zijn de sectoren waarbinnen de cliënten in aanmerking kunnen komen voor een toeslag beademingszorg.

Met de gegevens uit die rapportage over de inschaling van het directe personeel woonzorg en het aantal cliëntgebonden uren per fte direct

personeel, kunnen we het uurtarief (inclusief werkgeverslasten) berekenen op prijspeil 2013. Aan de hand van de prijsindexcijfers personele kosten die de NZa toepast binnen de langdurige zorg, kunnen we het uurtarief vervolgens op voorlopig prijspeil 2021 brengen. In bijlage 7 hebben we deze berekening voor de VG toegelicht.

Deze berekening leidt tot de volgende uurtarieven per (sub)sector (voorlopig prijspeil 2021):

- VG: € 41,29
- LG: € 39,96
- V&V: € 42,03

Het gemiddelde uurtarief van VG, LG en V&V is € 41,09. Aangezien dit gemiddelde uurtarief, gebaseerd op de uitkomsten van het onderzoek in 2013, nagenoeg gelijk is aan het gemiddelde uurtarief van € 40,92 afgeleid uit de huidige toeslagen beademingszorg, gaan we ervan uit dat we de basisberekening uit 2013 kunnen gebruiken om de effecten van een aangepaste inschaling (FWG-mix) en een aangepaste productiviteit (vanwege extra uren scholing in relatie tot beademingszorg) op het uurtarief te berekenen.

Uurtarief beademingszorg

Wanneer we de FWG-mix voor beademingszorg in het format van de basisberekening uit 2013 opnemen en het aantal cliëntgebonden uren corrigeren voor de extra uren scholing van het personeel dat beademingszorg levert, komen we uit op een uurtarief van € 44,98 (prijspeil 2021). Hierbij hebben we de productiviteit uit de VG-sector als basis genomen, aangezien het uurtarief binnen de VG-sector (€ 41,29) het dichtst bij (minder dan 1% afwijking) het gemiddelde uurtarief in de huidige toeslag beademingszorg ligt (€ 40,92).

5.2 Materiële component

De omvang van de materiële kosten die gedekt moeten worden uit de toeslag voor beademingszorg lijkt beperkt. Een belangrijk deel van deze kosten wordt immers gedekt vanuit andere regelingen. Kosten die daarbuiten vallen hebben te maken met:

- extra kosten van schoonmaak van gebouwen en apparatuur;
- materialen met een hoger verbruik specifiek door beademingszorg zoals handschoenen, verbandmiddelen etc.;
- kosten van materialen voor cliënten die zelfstandig ademen via een tracheaanule.

De precieze omvang van deze kosten kunnen we niet bepalen op basis van de beperkte input van de deelnemende aanbieders. Daarom stellen we voor om het bedrag voor de materiële component gelijk te houden aan het hoogte van de huidige component voor materiële kosten in de toeslagen. Voor de toeslag hoog bedraagt deze € 13,69 per uur beademingszorg; voor de toeslag laag € 11,86 per uur beademingszorg. Voor de nieuwe toeslag midden middelen we kosten van de huidige toeslagen laag en hoog per uur beademingszorg.

In het tarief voor de toeslagen voor beademingszorg laten we de kosten van de overhead en de kapitaallasten buiten beschouwing. Voor de overheadkosten gaan we ervan uit dat die afdoende in de tarieven voor de zorgprofielen zijn verdisconteerd. Wat betreft de kapitaallasten: in de huidige toeslagen voor beademing is geen kapitaallastencomponent (of NHC en NIC) opgenomen. Daarnaast is het binnen de Wlz-bekostiging gebruikelijk de kapitaallastencomponent normatief vast te stellen. Ons onderzoek bevat onvoldoende gegevens om een eventuele NHC en NIC voor beademingszorg op te baseren, mede omdat daarin ook de hoogte van de NHC en NIC in de tarieven per zorgprofiel een rol speelt. Daarom laten we de kapitaallastencomponent buiten beschouwing.

1

2

3

4

5

6



6. Prestaties en conclusies

In dit hoofdstuk doen we een voorstel voor een passende bekostiging van beademingszorg, onderbouwen we de tarieven per prestatie en brengen we de financiële consequenties op macroniveau in kaart. Alle kosten in dit hoofdstuk zijn op voorlopig prijspeil 2021.

6.1 Passende prestaties voor beademingszorg

Het onderzoek laat zien dat het VSCA-profiel een bruikbare voorspeller is voor de omvang van de beademingszorg. We adviseren daarom om bij de bekostiging van beademingszorg gebruik te maken van het VSCA-profiel. De in de Wlz bestaande systematiek van het werken met een toeslag aanvullend op een basisprestatie, indien voldaan is aan de voor de toeslag geldende voorwaarden, kan in ons voorstel gehandhaafd blijven. De wijzigingen ten opzichte van de huidige bekostiging van beademingszorg zijn beperkt: we adviseren om met drie toeslagen te werken in plaats van twee.

Tracheacanule

Clënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen vallen formeel niet onder beademingszorg. Er is pas sprake van beademingszorg wanneer de ademhaling mechanisch door apparatuur wordt overgenomen, al dan niet volledig of ter ondersteuning. Uit dit onderzoek blijkt echter dat veel van de zorghandelingen waar extra tijd mee gemoeid is overeenkomsten hebben met de zorg voor chronisch beademde patiënten. Deze uitkomsten pleiten voor het toepassen van een toeslag voor deze categorie cliënten om de aanvullende zorg adequaat te bekostigen. Er zijn verschillende opties om deze toeslag te organiseren:

- **Onderdeel maken van de toeslag chronische ademhalingsondersteuning:** deze optie betekent dat er afgeweken wordt van formele definitie van beademingszorg ten behoeve van cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen. Dit vraagt om een verruiming van de huidige aanspraak. Het voordeel is dat er geen aparte toeslag ingeregeld hoeft te worden. Het gevolg van deze optie is wel dat deze categorie cliënten een VSCA-beademingsprofiel toegerekend moeten krijgen door CTB of door een behandelend arts. Dat is nu niet de standaard werkwijze. Om het toekennen van een VSCA-profiel voor deze categorie cliënten te 'omzeilen', zouden alle Wlz-clënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen 'automatisch' in aanmerking kunnen komen voor een toeslag midden. Het nadeel hiervan is dat de hoogte van de toeslag minder goed aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt.
- **Een aparte toeslag:** omdat deze categorie groep cliënten formeel niet onder de definitie beademingszorg valt, kan er ook een aparte toeslag ingeregeld worden. Ook bij deze optie moeten er afspraken worden gemaakt over de wijze waarop bepaald kan worden of een toeslag nodig en zo ja, hoe hoog deze toeslag moet zijn.
- **Meerzorg:** deze categorie cliënten kan ook gebruikmaken van de bestaande regeling Meerzorg om de extra kosten te financieren. Het voordeel van deze optie is dat er geen uitzondering hoeft te komen op definities en er geen aparte toeslag ingeregeld hoeft te worden. Het nadeel is echter dat er voor Meerzorg een 'drempel' geldt van een minimaal 25% hogere zorgbehoefte dan de zorg in het zorgprofiel. Mogelijk komen niet alle cliënten in deze categorie boven deze drempelwaarde uit.

1

2

3

4

5

6



Gelet op het bovenstaande denken wij dat de eerste optie – onderdeel van de toeslag ademhalingsondersteuning – het meest recht doet aan de zorg voor cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen. We adviseren om de toeslag voor beademingszorg ook mogelijk te maken voor Wlz-cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule; daarbij verwachten we dat het toekennen van een VSCA-profiel aan deze cliënten prima door de behandeld arts uitgevoerd kan worden. Omdat het bij deze cliënten formeel niet om beademing gaat en het een verruiming van de huidige aanspraak betreft, adviseren we om de naam van de toeslag te wijzigen in ‘toeslag chronische ademhalingsondersteuning’.

Drie toeslagen voor chronische ademhalingsondersteuning

We adviseren om te werken met de volgende drie toeslagen voor chronische ademhalingsondersteuning:

Toeslag	VSCA-profiel	Uren per week
Laag	1, 2	7,6
Midden	3	17,3
Hoog	4	31,0

Tabel 11. Toeslagen chronische ademhalingsondersteuning

Met het uurtarief en de materiele kostencomponent die in hoofdstuk 5 zijn uitgewerkt komen we tot de volgende tarieven per toeslag:

Toeslag	Loon per etmaal	Materieel per etmaal	Totaal per etmaal
Laag	€ 49,16	€ 12,96	€ 62,12
Midden	€ 111,02	€ 31,53	€ 142,55
Hoog	€ 199,52	€ 60,72	€ 260,24

Tabel 12. opbouw tarief toeslagen chronische ademhalingsondersteuning

In paragraaf 6.3 hebben we de prestatiebeschrijving verder uitgewerkt in het stramien van de beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten (zzp) en volledig pakket thuis (vpt).

Toets voorstel bekostiging chronische ademhalingsondersteuning

Voorafgaand aan dit onderzoek heeft de NZa enkele uitgangspunten geformuleerd waaraan het voorstel moet voldoen. Deze uitgangspunten zijn met de klankbordgroep besproken worden hieronder nader toegelicht.

- Reikwijdte: De meegegeven reikwijdte betrof cliënten met een Wlz-indicatie die beademd worden inclusief cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen. Het voorstel beperkt zich tot deze reikwijdte.
- Passend binnen huidige bekostigingssysteem van de langdurige zorg en binnen de huidige wet- en regelgeving: Het voorstel volgt de huidige bekostigingssystematiek van de langdurige zorg en past grotendeels binnen de huidige wet- en regelgeving. Het toeganke-lijk maken van de toeslag voor cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule betekent wel een verruiming van de huidige aanspraak voor beademingszorg. Zorgaanbieders zijn hierdoor

1

2

3

4

5

6



echter wel beter in staat om passende zorg te leveren voor deze cliëntencategorie.

- Beperken van verhoging van de administratieve lasten: Het voorstel ligt dichtbij de huidige prestatiebeschrijving. Wel gaat het voorstel uit van drie toeslagen in plaats van de huidige twee toeslagen om meer recht te doen aan de feitelijke omvang van de ondersteuning. Het is wel van belang dat CTB's en aanbieders scherp zijn op het regelmatig actualiseren van de VSCA beademingsprofielen bij cliënten en, zo nodig, een nieuwe toeslag aanvragen. Momenteel is er al sprake van het periodiek actualiseren van het VSCA-profiel door de CTB. De inschatting is dat deze wijziging beperkt extra administratieve lasten met zich mee brengt. Het is wenselijk deze inschatting te toetsen bij aanbieders. Voor cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule, moet het vaststellen en periodiek actualiseren van het VSCA-profiel nog aanvullend worden georganiseerd.
- Toekomstbestendig: de ademhalingszorg ontwikkelt zich nog, er komen naar verwachting meer mogelijkheden om cliënten te beademen en het aandeel non-invasief beademde cliënten daarin zal naar verwachting stijgen. De 'zorgzwaarte' van non-invasief beademde cliënten neemt daardoor naar verwachting nog verder toe. Dit betekent dat met de huidige aanpassingen die toeslagen weer meer actueel zijn, maar ook dat er in de toekomst mogelijk opnieuw aanpassingen nodig zullen zijn.

6.2 Doorrekening financiële consequenties

Het aanpassen van de bekostiging voor beademingszorg heeft mogelijk ook op macroniveau financiële effecten.

Voor de doorrekening maken we gebruik van de NZa-gegevens over gedeclareerde toeslagen beademingszorg in 2019 én de uitkomsten van het huidige onderzoek. Over heel 2019 waren er 270 cliënten met een toeslag; waarvan 124 cliënten (46%) een toeslag invasief hadden en 146 cliënten (54%) een toeslag voor non-invasieve beademing. Deze aantallen cliënten hebben betrekking op heel 2019. Gedurende een jaar worden er nieuwe cliënten opgenomen en gaan er cliënten uit zorg bij de aanbieders. In de NZa-aantallen is deze instroom wel meegerekend, maar er is niet gecorrigeerd voor de uitstroom. Het aantal van 270 cliënten met een toeslag in heel 2019 is dus een overschatting. Wanneer we het aantal op een peilmoment zouden meten, zal het aantal cliënten onder de 270 uitkomen.

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek onder een steekproef van aanbieders kunnen we schatten wat het totale aantal cliënten op een peilmoment zou zijn. In de steekproef van 117 cliënten in de periode januari tot en met augustus 2020, bleken op het moment van de uitvraag onder de aanbieders in de steekproef, 91 cliënten (78%) invasief of non-invasief beademd te worden. Als we dit percentage ook op 2019 toepassen, verwachten we op een peilmoment in 2019 (78% van 270) 210 cliënten met een toeslag; waarvan 46% (97 cliënten) een toeslag invasief ontvangt en 54% (113 cliënten) een toeslag non-invasief.

Om een inschatting te maken van de aantallen cliënten per profiel, nemen we de uitkomst van de steekproef als voorspeller; exclusief de cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule.

Dat leidt tot het volgende overzicht:

	Totaal steekproef	Percentage	Totaal landelijk
Profiel 0	3	4%	8
Profiel 1	8	10%	22
Profiel 2	14	18%	38
Profiel 3	17	22%	46
Profiel 4	35	45%	95
Totaal	77	100%	210

Tabel 13. Schatting aantallen cliënten per VSCA-profiel op peilmoment (o.b.v. aantallen 2019)

Met deze inschatting van het aantal cliënten met een toeslag voor beademing in 2019 en maximum tarieven op (voorlopig) prijspeil 2021, kunnen we een berekening maken van de macro-uitgaven op basis van de huidige toeslagen laag (profiel 0,1 en 2) en hoog (profiel 3 of 4). De resultaten staan in de tabel 14. De uitgaven voor beademingszorg via een pgb vallen hierbuiten.

Toeslag	Max tarief/etmaal	Aantal cliënten	Aantal etmalen	Totaal
Laag (0, 1, 2)	€ 44,73	68	365	€ 1.113.167
Hoog (3, 4)	€ 238,31	142	365	€ 12.335.792
Totaal		210		€ 13.448.959

Tabel 14. Macro-uitgaven toeslag beademingszorg 2021 (laag en hoog o.b.v. aantallen 2019 en tarieven 2021)

Uitgaven op basis van nieuwe prestaties en tarieven

Met de berekende tarieven uit paragraaf 6.1 kunnen we het effect van de nieuwe prestaties doorrekenen. De uitkomst is opgenomen in onderstaande tabel.

Toeslag	Max tarief/etmaal	Aantal cliënten	Aantal etmalen	Totaal
Geen (0)		8		
Laag (1, 2)	€ 62,12	60	365	€ 1.360.349
Midden (3)	€ 142,55	46	365	€ 2.412.319
Hoog (4)	€ 260,24	95	365	€ 9.066.948
Totaal		210		€ 12.839.615

Tabel 15. Macro-uitgaven toeslag beademingszorg 2021 nieuwe prestaties (o.b.v. aantallen 2019 en tarieven 2021)

Het invoeren van de nieuwe toeslagen voor beademing leidt tot een daling van de uitgaven op macroniveau met € 0,6 miljoen (4,5%) ten opzichte van de uitgaven conform de huidige (2021) toeslagen.

Let wel, hierin zijn nog niet de extra uitgaven meegenomen voor cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule.

Indien we het aantal cliënten dat zelfstandig ademt via een tracheacanule in de steekproef (19 cliënten op 91 cliënten met invasieve of non-invasieve beademing) zouden extrapoleren naar de hele populatie (210 cliënten met invasieve of non-invasieve beademing in 2019) komen we uit op 45 extra cliënten die gebruik kunnen maken van de toeslagen. Wanneer we vervolgens aannemen dat deze 45 cliënten in dezelfde

1

2

3

4

5

6



verhouding over de VSCA-profielen zijn verdeeld als de cliënten met invasieve of non-invasieve beademing, dan kunnen we een nieuwe doorrekening maken.

Toeslag	Max tarief/ etmaal	Aantal cliënten	Aantal etmalen	Totaal
Geen (0)		10		
Laag (1, 2)	€ 62,12	73	365	€ 1.655.091
Midden (3)	€ 142,55	56	365	€ 2.913.703
Hoog (4)	€ 260,24	116	365	€ 11.018.500
Totaal		255		€ 15.587.294

Tabel 16. Macro-uitgaven toeslag beademingszorg 2021 nieuwe prestaties (o.b.v. aantallen 2019 en tarieven 2021), inclusief uitgaven voor cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule

1

Het opnemen van de categorie cliënten die zelfstandig ademt via een tracheacanule in de toeslagen, leidt tot een stijging van de uitgaven op macroniveau met ruim € 2,1 miljoen (15,9%) ten opzichte van de uitgaven conform de huidige (2021) toeslagen.

2

3

4

5

6

6.3 Voorstel prestatiebeschrijving chronische ademhalingsondersteuning

Toeslag chronische ademhalingsondersteuning

Ademhalingsondersteuning laag (Zcode) of (Vcode)
Ademhalingsondersteuning midden (Zcode) of (Vcode)
Ademhalingsondersteuning hoog (Zcode) of (Vcode)

Doel:

Het doel is voor cliënten met ademhalingsondersteuning (zowel invasief, non-invasief of zelfstandig via een tracheacanule) te voorzien in de assistentie bij handelingen die noodzakelijk zijn, het beschikbaar zijn van deskundig en bekwaam personeel om levensbedreigende situaties te voorkomen en persoonlijke alarmering.

Grondslag en doelgroep:

Cliënten met een indicatie voor lg 2 tot en met 7, vv 4 tot en met 9b en vg 3 tot en met 8. Cliënten die zijn aangewezen op ademhalingsondersteuning, zowel invasief, non-invasief of zelfstandig via een tracheacanule.

Voorwaarden algemeen:

- Cliënten met een indicatie voor lg 2 tot en met 7, vv 4 tot en met 9b en vg 3 tot en met 8;
- Er is sprake van chronische ademhalingsondersteuning: invasief, non-invasief of zelfstandig via een trachea canule;
- Er is voldaan aan de voorwaarden van de veldnorm chronische beademing;
- Indien een Wlz-instelling medisch-specialistische beademingszorg levert waarvoor de prestatie Medisch-specialistische beademingszorg in een centrum voor (chronische) beademing bij patiënten met Wlz-indicatie (192141) gedeclareerd wordt, mag de instelling geen toeslag beademingszorg binnen de Wlz declareren.

Voorwaarden ademhalingsondersteuning laag

- De cliënten zijn ingedeeld naar profiel 1 of 2 van de profielen chronische beademing van de VSCA;



- Een mix van pv, vp, bg of bh, dan wel een mix van twee of drie van deze zorgvormen wordt geleverd, waarvan het totaal van deze mix gemiddeld 8,3 uur per week is.

Voorwaarden ademhalingsondersteuning midden

- De cliënten zijn ingedeeld naar profiel 3 van de profielen chronische beademing van de VSCA;
- Een mix van pv, vp, bg of bh, dan wel een mix van twee of drie van deze zorgvormen wordt geleverd, waarvan het totaal van deze mix gemiddeld 17,3 uur per week is.

Voorwaarden ademhalingsondersteuning hoog

- De cliënten zijn ingedeeld naar profiel 4 van de profielen chronische beademing van de VSCA;
- Een mix van pv, vp, bg of bh, dan wel een mix van twee of drie van deze zorgvormen wordt geleverd, waarvan het totaal van deze mix gemiddeld 33,1 uur per week is;

De macro-uitgaven van het toepassing van deze nieuwe toeslagen bedragen € 12.839.615; een daling van 4,5% ten opzichte van de uitgaven op grond van de huidige toeslagen. Indien ook de cliënten die zelfstandig ademen via een tracheacanule in aanmerking komen voor de toeslagen, stijgen de macro-uitgaven naar van € 15.587.294. Dit is een stijging van 15,9% ten opzichte van de huidige uitgaven.

1

2

3

4

5

6

6.4 Conclusie

We stellen voor drie toeslagen chronische ademhalingsondersteuning te hanteren, gebaseerd op de VSCA-profielen:

- Toeslag laag (VSCA-profiel 1 & 2) met een maximum tarief per etmaal van € 62,12.
- Toeslag midden (VSCA-profiel 3) met een maximum tarief per etmaal van € 142,55.
- Toeslag midden (VSCA-profiel 4) met een maximum tarief per etmaal van € 260,24.



Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

- Beleidsregels en prestatiebeschrijvingen tarieven modulaire zorg 2021 (Kenmerk: BR-BEG-21117)
- Beleidsregels en prestatiebeschrijvingen tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 (Kenmerk: BR-BEG-20124c)
- Beleidsregels en prestatiebeschrijvingen tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2021 (Kenmerk: BR-BEG-21118c)
- Bijlage 1 bij Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2021 (Kenmerk: BR-BEG-21117)
- Beleidsregels indicatiestelling voor subsidieregeling ADL-assistentie (2020), CIZ
- Beleidsregels indicatiestelling Wlz (2020), CIZ
- Indicatiewijzer (2014), CIZ
- Memo Beademingszorg (2020), NZa
- Opgelucht ademhalen (2014), Zonnehuisgroep
- Chronische ademhalingsondersteuning in ZZP-systematiek (2010), HHM
- Chronische ademhalingsondersteuning in ZZP-systematiek – doelgroep non-invasief (2011), HHM
- Chronische ademhalingsondersteuning Zonnehuis Oostergast (2012), HHM
- Zorgprofielen inclusief flowchart vs. 2.0 (2015), VSCA
- Registratiegegevens per 1-1-2020, VSCA
- Handreiking chronische beademingszorg (2015), ZN
- Het kind met een trancheostoma, vroeger en nu; andere indicaties, andere kinderen, andere zorg (2007), L.J. Hoeve en K.F.M Joosten
- KPMG kostenonderzoek Wlz (2018), KPMG
- Kinderen een beetje lucht, VSCA
- Veldnorm chronische beademing 1.0 (2012), VSCA
- Veldnorm chronische beademing bij kinderen 1.0 (2015), VSCA

1

2

3

4

5

6



Bijlage 2 Gespreksleidraad

Algemeen

1. Naam:
2. Organisatie:
3. Functie:

Inhoud beademingszorg

1. Waarin verschilt beademingszorg van reguliere Wlz-zorg? Denk aan extra handelingen en extra kosten.
 - a. Specifiek voor non-invasieve beademing?
 - b. Specifiek voor invasieve beademing?
 - c. Specifiek voor tracheacanule (zelfstandig ademen)?
2. Waarin verschilt beademingszorg thuis ten opzichte van beademingszorg in een instelling? Wat zijn de verschillen tussen cliënten die thuis beademd worden en die in een instelling verblijven (kenmerken van cliënten en/of thuissituatie).
 - a. Specifiek voor non-invasieve beademing?
 - b. Specifiek voor invasieve beademing?
 - c. Specifiek voor tracheacanule (zelfstandig ademen)?
3. Waarin verschilt beademingszorg voor volwassenen ten opzichte van beademingszorg voor kinderen?
 - a. Specifiek voor non-invasieve beademing?
 - b. Specifiek voor invasieve beademing?
 - c. Specifiek voor tracheacanule (zelfstandig ademen)?

Beademingsprofielen

1. Hoe verloopt het proces van indelen in beademingsprofielen? Is de beslisboom makkelijk en eenduidig toepasbaar?
2. Is er een relatie tussen de beademingsprofielen en de aard en omvang van de beademingszorg?
3. Wat zijn de voor- en nadelen van een indeling in beademingsprofielen ten opzichte van een indeling in invasief, non invasief (mede in relatie tot aard en omvang van de beademingszorg)?
4. Wat is de rol van de Centra voor Thuisbeademing (CTB's) bij de indeling in beademingsprofielen?
5. Is beademingszorg te onderscheiden in verschillende niveaus?
 - a. Zo ja, welke?

Tracheacanule

1. Hoe verhoudt de zorg voor cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen zich tot de zorg voor cliënten die non-invasief worden beademd?
2. Passen cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen in de beademingsprofielen?
3. Hoe verhoudt de zorg voor cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen zich tot de zorg voor cliënten die invasief worden beademd?

Bekostiging

1. In hoeverre is de vergoeding voor cliënten met non-invasieve beademing toereikend?
 - a. Thuis?
 - b. Instelling?

1

2

3

4

5

6



- c. Kinderen
 - d. Volwassenen?
 - e. Eventueel: op welke onderdelen is de vergoeding ontoereikend?
2. In hoeverre is de vergoeding voor cliënten met invasieve beademing toereikend?
 - a. Thuis?
 - b. Instelling?
 - c. Kinderen
 - d. Volwassenen?
 - e. Eventueel: op welke onderdelen is de vergoeding ontoereikend?
 3. In hoeverre is de vergoeding via de ZZP's voor cliënten met een tracheacanule die zelfstandig ademen toereikend?
 - a. Thuis?
 - b. Instelling?
 - c. Kinderen
 - d. Volwassenen?
 - e. Eventueel: op welke onderdelen is de vergoeding ontoereikend?
 4. Wat is het effect van de aanpassing van de beleidsregels voor de toeslag op beademingszorg in 2021 voor de mate (on)toereikendheid van de bekostiging?

Aantallen

1. Is er zicht op aantallen cliënten met beademingszorg in de Wlz (eventueel uitgesplitst naar type beademing en/of beademingsprofielen)?

1

2

3

4

5

6



Bijlage 3 Overzicht respondenten interviews

Landelijke partijen

- Verenso (groepsinterview)
- VGN
- VSCA
- ZIN
- Zorgkantoren (groepsinterview)

Centra voor Thuisbeademing

- CTB Utrecht
- CTB Rotterdam

Zorgaanbieders

- Zorgcirkel
- Leliezorggroep
- SGL zorg
- Siza
- Kalorama
- Zorggroep Apeldoorn

1

2

3

4

5

6



Bijlage 4 Verwijscriteria CTB voor chronische ademhalingsondersteuning

Er zijn verwijscriteria opgesteld voor een verwijzing naar het CTB voor cliënten met een niet acute aandoening die mogelijk zal leiden tot chronische ademhalingsondersteuning. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 4. Voorwaarden voor het instellen van chronische ademhalingsondersteuning zijn in principe bij kinderen dezelfde als de voorwaarden die gelden voor volwassenen. Er moet sprake zijn van doorgaans een combinatie van de volgende criteria (soms volstaat één criterium):

- PCO₂-waarden van meer dan 6.0 kPA (45 mmHg) overdag;
- Bicarbonaatwaarde van meer dan 30 mmol/l zonder een primair metabole oorzaak voor de alkalose;
- Een vitale capaciteit van minder dan 50% van voorspeld;
- Een peak cough flow (PCF) van minder dan 300 liter/min;
- Recidiverende luchtweginfecties;
- Aspiratie;
- Klachten of tekenen van nachtelijke hypoventilatie;
- Bij tekenen van verhoogde ademarbeid (hogere ademfrequentie, gebruik van hulpademhalingsspieren);
- Bij klachten of tekenen van hoge luchtwegobstructie, bijvoorbeeld bij ALS/PSMA (Motor Neuron Disease).

1

2

3

4

5

6



Bijlage 5 Uitkomsten data-analyse

In deze bijlage presenteren we enkele aanvullende tabellen met uitkomsten van de data-analyse.

Aantallen en kenmerken cliënten met beademingszorg

NZa-toeslag voor cliënten met een VSCA beademingsprofiel.

	Geen toeslag	Toeslag invasief	Toeslag Non invasief	Totaal
Profiel 0		1 (2%)	2 (8%)	3 (4%)
Profiel 1		1 (2%)	7 (28%)	8 (10%)
Profiel 2	4 (29%)		10 (40%)	14 (17%)
Profiel 3	5 (36%)	14 (31%)	2 (8%)	21 (25%)
Profiel 4	5 (36%)	29 (64%)	4 (16%)	38 (45%)
Totaal	14 (100%)	45 (100%)	25 (100%)	84 (100%)

Tabel 5.1. Aantallen cliënten naar soort NZa-toeslag en VSCA beademingsprofiel

Sondevoeding voor cliënten met een VSCA beademingsprofiel.

	Onbekend	Sondevoeding	Geen sondevoeding	Totaal
Profiel 0			3 (8%)	3 (4%)
Profiel 1	1 (20%)		7 (19%)	8 (10%)
Profiel 2	1 (20%)	3 (7%)	10 (27%)	14 (17%)
Profiel 3	3 (60%)	12 (29%)	6 (16%)	21 (25%)

	Onbekend	Sondevoeding	Geen sondevoeding	Totaal
Profiel 4		27 (64%)	11 (30%)	38 (45%)
Totaal	5 (100%)	42 (100%)	37 (100%)	84 (100%)

Tabel 5.2. Aantallen cliënten naar VSCA beademingsprofiel en wel of geen sondevoeding.

Daarnaast hebben we ook gekeken naar de soort beademing en of een cliënt wel of geen sondevoeding ontvangt.

	Onbekend	Sondevoeding	Geen sondevoeding	Totaal
Invasief	3 (38%)	36 (62%)	14 (32%)	53 (48%)
Non-invasief	2 (25%)	9 (16%)	27 (61%)	38 (35%)
Tracheacanule zelfst. ademend	3 (38%)	13 (22%)	3 (7%)	19 (17%)
Totaal	8 (100%)	58 (100%)	44 (100%)	110 (100%)

Tabel 5.3. Aantallen cliënten naar soort beademing en wel of geen sondevoeding.

1

2

3

4

5

6



Tijdsduur technische handelingen

Bij beademingszorg wordt een aantal specifieke 'technische' handelingen uitgevoerd. In de onderstaande tabellen hebben we de tijd die gemoeid is met deze handelingen weergegeven.¹⁷ Het betreft tekens de geleverde tijdsduur; dat wil zeggen: wanneer een handeling van 10 minuten door twee medewerkers wordt verricht de geleverde tijdsduur 20 minuten is. Daarbij hebben we een uitsplitsing gemaakt naar soort beademingszorg en VSCA profiel.

Per technische handeling geven we aan:

- Bij hoeveel cliënten deze handeling wordt verricht
- De minimale tijdsduur (in minuten per etmaal) van de handeling
- De maximale tijdsduur (in minuten per etmaal) van de handeling
- De gemiddelde tijdsduur (in minuten per etmaal) van de handeling
- De standaardafwijking (in minuten per etmaal) als maat voor de spreiding rondom het gemiddelde

Invasieve beademing (n=44)

	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
Bronchiaal toilet/couglater	38	20,00	315,00	63,05	57,97
uitsuigen trachea of mond/keelholte	41	4,00	425,00	61,90	75,09
verwisselen van de beademingscanule	44	4,45	60,00	11,13	13,71

¹⁷ Voor de tabellen waarbij een uitsplitsing is gemaakt per technische handeling is de data van 10 zorgaanbieders meegenomen, omdat 1 zorgaanbieder alleen de totale tijd heeft aangeleverd.

	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
verzorgen niet-intacte huid om de tracheostoma	34	7,70	20,00	10,40	5,63
airstacken	8	10,00	40,00	20,63	12,08
het aanbrengen en verwijderen van de mond/neuskap	5	4,00	4,00	4,00	0,00
het aan en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea	42	4,00	120,00	22,24	19,59
controleren lichaamsfuncties	34	4,45	40,00	10,81	10,62
cuffen en ontcuffen totaal	30	2,00	30,00	16,50	8,93
schoonhouden slagen, waterpotjes, apparatuur en dergelijke	44	6,00	40,00	15,30	8,19
medicijntoediening/verneveling	39	10,00	80,00	39,36	21,50

Tabel 5.4. Duur technische handelingen voor cliënten met invasieve beademing

Non-invasieve beademing (n=38)

	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
Bronchiaal toilet/couglater	5	15,00	40,00	26,20	11,05
uitzuigen trachea of mond/keelholte	4	5,00	75,00	31,25	33,51
verwisselen van de beademingscanule	0				
verzorgen niet-intacte huid om de tracheastoma	3	,70	,70	,70	,00
airstacken	14	10,00	60,00	28,11	17,90
het aanbrengen en verwijderen van de mond/neuskap	36	10,00	120,00	30,42	26,76
het aan en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea	18	2,00	45,00	14,39	16,21
controleren lichaamsfuncties	23	,45	20,00	10,28	5,63
cuffen en ontcuffen totaal	0				
schoonhouden slagen, waterpotjes, apparatuur en dergelijke	37	5,00	40,00	13,27	9,13
medicijntoediening/verneveling	16	10,00	60,00	26,56	15,57

Tabel 5.5 Duur technische handelingen voor cliënten met non-invasieve beademing

Tracheacanule zelfstandig ademend (n=19)

	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
Bronchiaal toilet/couglater	12	30,00	60,00	41,25	10,03
uitzuigen trachea of mond/keelholte	18	20,00	375,00	66,11	95,46
verwisselen van de beademingscanule	19	,45	12,90	2,75	2,99
verzorgen niet-intacte huid om de tracheastoma	19	8,00	15,00	10,89	3,30
airstacken	0				
het aanbrengen en verwijderen van de mond/neuskap	9	4,00	4,00	4,00	,00
het aan en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea	0				
controleren lichaamsfuncties	11	5,00	20,00	6,82	4,62
cuffen en ontcuffen totaal	11	4,00	40,00	15,27	15,96
schoonhouden slagen, waterpotjes, apparatuur en dergelijke	19	8,00	15,00	12,53	2,72
medicijntoediening/verneveling	16	15,00	60,00	42,81	17,98

Tabel 5.6. Duur technische handelingen voor cliënten die zelf ademen via een tracheacanule.

1

2

3

4

5

6



VCSCA-profiel 0 (n=3)

	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
Bronchiaal toilet/coughlater	1	60,00	60,00	60,00	.
uitzuigen trachea of mond/keelholte	1	60,00	60,00	60,00	.
verwisselen van de beademingscanule	1	,80	,80	,80	.
verzorgen niet-intacte huid om de tracheastoma	1	10,00	10,00	10,00	.
airstacken	2	10,00	15,00	12,50	3,54
het aanbrengen en verwijderen van de mond/neuskap	0				
het aan en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea	1	20,00	20,00	20,00	.
controleren lichaamsfuncties	2	10,00	20,00	15,00	7,07
cuffen en ontcuffen totaal	0				
schoonhouden slagen, waterpotjes, apparatuur en dergelijke	3	5,00	15,00	8,33	5,77
medicijntoediening/verneveling	1	15,00	15,00	15,00	.

Tabel 5.7. Duur technische handelingen voor cliënten met een VSJA profiel 0.

VCSCA-profiel 1 (n=8)

	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
Bronchiaal toilet/coughlater	1	45,00	45,00	45,00	.
uitzuigen trachea of mond/keelholte	1	15,00	15,00	15,00	.
verwisselen van de beademingscanule	1	4,30	4,30	4,30	.
verzorgen niet-intacte huid om de tracheastoma	3	,70	10,00	3,80	5,37
airstacken	2	45,00	60,00	52,50	10,61
het aanbrengen en verwijderen van de mond/neuskap	7	10,00	40,00	17,43	10,94
het aan en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea	7	2,00	20,00	8,00	6,63
controleren lichaamsfuncties	6	,45	10,00	5,98	4,70
cuffen en ontcuffen totaal	1	10,00	10,00	10,00	.
schoonhouden slagen, waterpotjes, apparatuur en dergelijke	8	5,00	40,00	14,13	12,21
medicijntoediening/verneveling	2	60,00	60,00	60,00	,00

Tabel 5.8. Duur technische handelingen voor cliënten met een VSJA profiel 1.

1

2

3

4

5

6



VCSCA-profiel 2 (n=14)

	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
Bronchiaal toilet/couglater	4	15,00	40,00	23,75	11,09
uitzuigen trachea of mond/keelholte	2	5,00	40,00	22,50	24,75
verwisselen van de beademingscanule	0				
verzorgen niet-intacte huid om de tracheostoma	0				
airstacken	4	10,00	39,00	22,00	13,29
het aanbrengen en verwijderen van de mond/neuskap	14	10,00	70,00	24,57	17,02
het aan en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea	5	2,00	2,00	2,00	,00
controleren lichaamsfuncties	5	10,00	10,00	10,00	,00
cuffen en ontcuffen totaal	0				
schoonhouden slagen, waterpotjes, apparatuur en dergelijke	13	5,00	12,00	8,23	2,71
medicijntoediening/verneveling	3	10,00	20,00	16,67	5,77

Tabel 5.9. Duur technische handelingen voor cliënten met een VSCA profiel 2.

VCSCA-profiel 3 (n=19)

	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
Bronchiaal toilet/couglater	15	20,00	90,00	46,13	19,85
uitzuigen trachea of mond/keelholte	16	4,00	60,00	31,56	19,89
verwisselen van de beademingscanule	17	,45	30,00	8,79	10,61
verzorgen niet-intacte huid om de tracheostoma	9	,70	20,00	12,86	5,46
airstacken	3	10,00	40,00	26,87	15,34
het aanbrengen en verwijderen van de mond/neuskap	2	20,00	24,00	22,00	2,83
het aan en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea	13	3,00	50,00	16,46	12,51
controleren lichaamsfuncties	11	,45	20,00	8,08	8,35
cuffen en ontcuffen totaal	10	10,00	40,00	17,20	10,46
schoonhouden slagen, waterpotjes, apparatuur en dergelijke	19	5,00	40,00	13,84	8,14
medicijntoediening/verneveling	11	10,00	80,00	33,64	25,31

Tabel 5.10. Duur technische handelingen voor cliënten met een VSCA profiel 3.

1

2

3

4

5

6



VCSA-profiel 4 (n=31)

	Aantal cliënten	Min.	Max.	Gem.	Stand. afw.
Bronchiaal toilet/couglater	21	20,00	315,00	79,76	72,47
uitzuigen trachea of mond/keelholte	26	18,00	425,00	100,88	109,49
verwisselen van de beademingscanule	27	,45	60,00	8,45	13,51
verzorgen niet-intacte huid om de tracheostoma	26	,70	20,00	10,52	6,31
airstacken	6	15,00	60,00	26,67	19,15
het aanbrengen en verwijderen van de mond/neuskap	9	4,00	100,00	29,44	36,75
het aan en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea	24	6,00	120,00	23,04	23,79
controleren lichaamsfuncties	21	,45	40,00	11,39	12,15
cuffen en ontcuffen totaal	18	2,00	40,00	17,67	10,82
schoonhouden slagen, waterpotjes, apparatuur en dergelijke	31	8,00	40,00	16,16	9,23
medicijntoediening/verneveling	28	10,00	75,00	39,82	19,88

Tabel 5.11. Duur technische handelingen voor cliënten met een VSCA profiel 4.

1

2

3

4

5

6



Bijlage 6 Extra kosten voor materialen en hulpmiddelen

Een groot deel van de extra kosten voor materialen en hulpmiddelen wordt via andere regelingen bekostigd. Deze materialen en hulpmiddelen hoeven dus niet uit de toeslag voor beademingszorg te worden bekostigd.

Hieronder hebben we de geldende regelingen uitgewerkt. Bij de hulpmiddelen worden verschillende categorieën te onderscheiden¹⁸¹⁹:

- Roerende voorzieningen. Dit zijn hulpmiddelen die voor algemeen gebruik zijn en door meerdere cliënten gebruikt kunnen worden, bijvoorbeeld tilbanden, plafondliften etc. Deze hulpmiddelen worden voor bewoners van instellingen met en zonder behandeling vergoed vanuit de Wlz via het ZZP. Voor cliënten die thuis Wlz-zorg ontvangen wordt dit vergoed vanuit de Wmo of de Zvw.
- Boven budgettaire persoonsgebonden hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen en materialen die verband houden met de door de instelling gegeven zorg. Dit zijn cliënt specifieke gebruik- en verbruikshulpmiddelen zoals robotarmen, omgevingsbesturing etc. Dit wordt voor bewoners van instellingen met behandeling vergoed vanuit de Wlz via een boven budgettaire regeling voor hulpmiddelen. Voor bewoners van instellingen zonder behandeling of voor cliënten met Wlz-zorg thuis wordt dit vergoed vanuit de Zvw;
- Boven budgettaire mobiliteitshulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor persoonlijk gebruik die de mobiliteit bevorderen, zoals rolstoelen en rolstoelaanpassingen die een specifieke cliënt nodig

heeft. Voor bewoners van instellingen met en zonder behandeling wordt dit vergoed vanuit de Wlz via een boven budgettaire regeling voor hulpmiddelen. Voor cliënten die thuis Wlz-zorg ontvangen wordt dit vergoed vanuit de Wmo.

Naast de hulpmiddelen die hierboven beschreven zijn, hebben zorgaanbieders ook nog andere materiaalkosten aangegeven. Deze materiaal-kosten kunnen verdeeld worden in twee categorieën:

- Materialen die via het CTB aangeschaft worden en via het CTB gedeclareerd worden zoals bijvoorbeeld disposables, slangen en beademingsapparatuur, etc.). Ziektekostenverzekeraars vergoeden een vast bedrag per jaar voor de diensten van het CTB.
- Materialen met een hoger verbruik specifiek door beademingszorg zoals handschoenen, verbandmiddelen etc. Voor deze kosten bestaat geen alternatieve bekostiging.

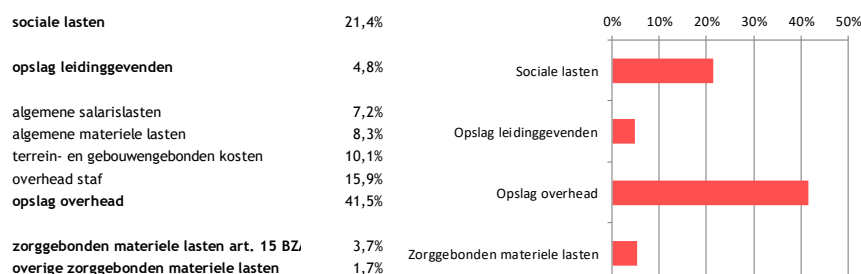
Voor Wlz-clieñten die zelfstandig ademen via een tracheacanule worden de materiaalkosten niet door het CTB vergoed. Eén aanbieder begroot deze kosten op circa € 22 per etmaal.

¹⁸ Handreiking hulpmiddelen Wlz – Zorginstituut Nederland – 4 december 2020

¹⁹ [Vergoeding hulpmiddelen Wlz | Zorgkantoor Zorg en Zekerheid \(zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl\)](https://www.zorgkantoor-zorg-en-zekerheid.nl/zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl)

FWG-schaal	periodiek	bruto maandsalaris	vakantie-geld (8%)	EJU (6,25%)	ORT (15,2%)	bruto jaarsalaris; inclusief vakantietoelage, EJU en ORT	FWG-mix	aandeel in gemiddeld bruto jaarsalaris
AS 4	0	€ 1.270,00	€ 101,60	€ 79,38	€ 193,04	€ 19.728,18	0,27%	€ 53,66
FS 5	1	€ 1.441,41	€ 115,31	€ 90,09	€ 219,09	€ 22.390,88	1,49%	€ 332,92
AS 9	nvt							
FS10	5	€ 1.695,46	€ 135,64	€ 105,97	€ 257,71	€ 26.337,20	0,45%	€ 118,81
AS14	nvt							
FS15	8	€ 1.863,51	€ 149,08	€ 116,47	€ 283,25	€ 28.947,71	0,57%	€ 164,85
AS19	0	€ 1.362,00	€ 108,96	€ 85,13	€ 207,02	€ 21.157,31	0,01%	€ 2,43
FS20	8	€ 1.928,11	€ 154,25	€ 120,51	€ 293,07	€ 29.951,25	0,36%	€ 108,22
AS24	1	€ 1.406,40	€ 112,51	€ 87,90	€ 213,77	€ 21.846,97	0,64%	€ 140,62
FS25	6	€ 1.937,16	€ 154,97	€ 121,07	€ 294,45	€ 30.091,91	6,11%	€ 1.838,65
AS29	1	€ 1.532,78	€ 122,62	€ 95,80	€ 232,98	€ 23.810,27	0,65%	€ 155,58
FS30	6	€ 2.056,46	€ 164,52	€ 128,53	€ 312,58	€ 31.945,01	10,08%	€ 3.219,53
AS34	1	€ 1.598,40	€ 127,87	€ 99,90	€ 242,96	€ 24.829,48	1,07%	€ 265,49
FS35	6	€ 2.191,08	€ 175,29	€ 136,94	€ 333,04	€ 34.036,23	24,28%	€ 8.263,67
AS39	2	€ 1.803,56	€ 144,29	€ 112,72	€ 274,14	€ 28.016,56	0,74%	€ 206,32
FS40	7	€ 2.393,70	€ 191,50	€ 149,61	€ 363,84	€ 37.183,78	35,70%	€ 13.276,12
AS44	2	€ 1.920,29	€ 153,62	€ 120,02	€ 291,88	€ 29.829,71	0,20%	€ 60,62
FS45	7	€ 2.642,95	€ 211,44	€ 165,18	€ 401,73	€ 41.055,58	13,68%	€ 5.616,33
AS49	3	€ 2.292,72	€ 183,42	€ 143,30	€ 348,49	€ 35.615,17	0,07%	€ 24,14
FS50	7	€ 2.979,35	€ 238,35	€ 186,21	€ 452,86	€ 46.281,15	1,34%	€ 622,33
AS54	3	€ 2.604,06	€ 208,32	€ 162,75	€ 395,82	€ 40.451,46	0,02%	€ 9,86
FS55	8	€ 3.427,42	€ 274,19	€ 214,21	€ 520,97	€ 53.241,47	2,21%	€ 1.175,46
AS59	nvt							
FS60	8	€ 3.974,06	€ 317,92	€ 248,38	€ 604,06	€ 61.733,03	0,05%	€ 28,26
AS64	nvt							
FS65	nvt							
AS69	nvt							
FS70	nvt							
AS74	nvt							
FS75	nvt							
AS79	nvt							
FS80	nvt							
Gemiddeld bruto jaarsalaris							100,00%	€ 35.683,8

bruto tijd		1878,5
vakantie etc.		267,5
ziekteverzuim	5,86%	110,1
opleidingen	1,29%	24,2
netto tijd		1476,2
tijdbesteding netto tijd		
DCT	77,1%	1138,4
ICT	13,2%	195,0
NCT	9,7%	142,7
netto-tijd		1476,2
productiviteit		60.6%

[illegible]

CONCEPT

Het overzicht hierboven bevat de uitkomsten van het 'Onderzoek parameterwaarden zorgzwaarte-pakketten' (bureau HHM, 2013).

Het uurloon van € 26,76 is berekend door het gemiddelde bruto jaarsalaris te delen door het aantal cliëntgebonden uren (1.333,5); dat is de som van de direct cliëntgebonden tijd (DCT) en de indirect cliëntgebonden tijd.

Vervolgens hebben we aan het uurloon de opslag voor sociale lasten toegevoegd en daarna aan de hand van de prijsindexcijfers het uurloon inclusief sociale lasten geïndexeerd naar voorlopig prijspeil 2021. De uitkomst is € 41,29.

1

2

3

4

5

6

