

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit i.o.
T.a.v. [REDACTED]
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Ons kenmerk
DVVO/ZV-U-2599899

Inlichtingen bij
[REDACTED]
[REDACTED]

Doorkiesnummer

070-340 [REDACTED]

070-340 [REDACTED]

Den Haag

22 JULI 2005

Onderwerp
Liever thuis wonen

Bijlage(n)

Uw brief

Geachte [REDACTED]

1 Inleiding

Veel mensen die langdurig op zorg zijn aangewezen willen graag zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen (ouderen) of weer zelfstandig gaan wonen (mensen met functiebeperkingen). De mogelijkheden hiertoe nemen gelukkig toe. Het tempo van extramuraliseren ligt echter te laag, de prikkels hiervoor zijn niet optimaal en er zijn problemen in de bekostiging van noodzakelijke voorzieningen. Ik krijg op dit punt veel signalen uit de praktijk en ook leden van de Tweede Kamer spreken mij daar op aan. Graag wil ik extramuralisering stimuleren in alle gevallen waar het de wens van de cliënt betreft en het mede vanuit het oogpunt van doelmatigheid mogelijk is.

Allesbepalend voor het tempo van extramuraliseren is de beschikbaarheid van voldoende woningen die geschikt zijn om zorg te krijgen en te leveren. In de praktijk zien we steeds meer differentiatie in woonzorgarrangementen. Dat zijn ontwikkelingen die ik verder probeer te stimuleren in nauwe samenwerking met de Minister van VROM. Voorts dient het welzijn goed geregeld te zijn. Hier heeft de gemeente een voortrekkersrol die zij nog verder gaan vervullen met de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In deze brief vraag ik uw aandacht voor de derde pijler van het extramuraliseringsbeleid: de vormgeving van de bekostiging van de extramurale AWBZ-zorg.

In deze brief zal ik allereerst kort ingaan op enkele knelpunten bij extramuralisering. Vervolgens zal ik in hoofdlijnen mijn visie op het wonen en zorgbeleid en het extramuraliseringsbeleid uiteenzetten. Deze visie heb ik u toegezegd in mijn brief van 23 juni over de extramurale AWBZ-zorg. Leden van uw Commissie Care hebben via mijn waarnemer gevraagd of ik daarbij de Wmo wil betrekken. Daaraan kom ik graag tegemoet. In paragraaf 4 van deze brief leg ik u mijn vragen en dilemma's voor op het gebied van de bekostiging. Daarbij reageer ik ook op uw brief over scheiden wonen en zorg van 19 april 2005, kenmerk LFRN/khes/A5/026.

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

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

Internetadres:
www.minvws.nl

VVF's

2. Remmende factoren voor extramuralisering

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat het overgrote deel van de mensen die hebben deelgenomen aan projecten op het gebied van scheiden van wonen en zorg zeer tevreden is over de woning, de dienstverlening en de zorg die zij ontvangen. Naast de verbetering van de kwaliteit van het bestaan blijkt uit kostenstudies dat de zorg in vele gevallen ook goedkoper geregeld kan worden dan via verblijf in een instelling. Toch zien we in de praktijk dat het realiseren van zelfstandig wonen voor mensen met een ernstige lichamelijke of verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening op moeilijkheden stuit. Het rapport "Scheiden wonen en zorg in de AWBZ" dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in mei 2004 uitbracht noemt onder andere de volgende remmende factoren:

- Cliënten gaan er financieel teveel op achteruit;
- Het tempo waarin betaalbare voor intensieve zorgverlening geschikte woningen beschikbaar komen ligt te laag;
- De financiering van zorginfrastructuur schiet te kort;
- Het is voor instellingen vanuit financieel oogpunt niet aantrekkelijk om te extramuraliseren. Voor de zorgzware groep die blijft aangewezen op de intramurale setting ontbreekt het aan adequate zorgzwaartefinanciering;
- Diensten en welzijn zijn extramuraal nog niet overal goed en voldoende gerealiseerd;
- De voorgenomen afschaffing van subsidieregelingen (ADL clusters) brengt onzekerheden met zich mee rondom de financiering van zorg op afroep.

De naar voren gebrachte problemen zijn herkenbaar. Vaak gaat achter een knelpunt een complexe wereld schuil die de aandacht van diverse partijen vereist zoals gemeenten, corporaties, zorginstellingen en zorgkantoren. De aanpak van de vaak complexe problemen zal dus moeten plaatsvinden in goed overleg met de gemeenten die mijns inziens de aangewezen partij zijn om behoeften in kaart te brengen op het gebied van wonen, welzijn en zorg. In de volgende paragraaf zal ik kort aangeven hoe ik aankijk tegen de verdeling van verantwoordelijkheden. Deze visie sluit aan bij mijn brief aan de Tweede Kamer van 23 april 2004 (29 539, nr. 1). Voorts zal ik aangeven op welke wijze ik een rol zie weggelegd voor uw college.

3. Visie op extramuralisering en het wonen en zorgbeleid

Voldoende geschikte woningen

Een goed wonen en zorgbeleid is een voorwaarde voor het doen slagen van mijn extramuralisering- en vermaatschappelijkingbeleid om mensen (weer) zelfstandig in de wijk te laten wonen in plaats van dat ze aangewezen zijn op verblijf in een intramurale instelling. Om dit te realiseren zijn er voldoende geschikte woningen noodzakelijk, al dan niet geclusterd rondom de noodzakelijke zorginfrastructuur. Ik zie de bouw van deze woningen en de bijbehorende zorginfrastructuur als een primaire verantwoordelijkheid van woningbouwcorporaties op basis van het 6^e prestatieveld Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH). In dit kader heb ik samen met de Minister van VROM vorig jaar het actieplan wonen en zorg aan de Tweede Kamer gestuurd (2003-2004, 26631, nr.99). Als het gaat om het realiseren van individuele aanpassingen in de woning en de woonomgeving, dan is nu nog de Wvg en straks de Wmo aan zet.

VVFJ

Welzijn/diensten en 'welzijnsinfrastructuur'

Het organiseren van een adequaat aanbod van welzijnsvoorzieningen en diensten is vaak de sleutel voor het succesvol extramuraliseren. Het gaat hier om sociaal-culturele activiteiten en allerlei zogenaamde hotel- en welzijnsdiensten zoals maaltijdservice, cliëntenondersteuning, klussendienst, waarbij overigens de inzet van vrijwilligers van onschatbare waarde is. Gemeenten zijn momenteel op grond van de Welzijnswet verantwoordelijk voor het organiseren van maatschappelijke voorzieningen voor ouderen en gehandicapten. Daarnaast zijn er diverse verzorgingshuizen die diensten aan zelfstandig wonende ouderen aanbieden.

De AWBZ kent sinds de modernisering geen mogelijkheden meer om dit soort diensten voor mensen die zelfstandig wonen te bekostigen. Voor mensen met een verblijfsindicatie kan dit nog wel via de door mij ingestelde subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg. Deze regeling biedt de mogelijkheid aan verblijfsgeïndiceerden die geen gebruik kunnen of willen maken van deze indicatie, diensten aan te bieden opdat zij zich langer zelfstandig kunnen redden. Deze AWBZ-brede regeling, die extramuralisering beoogt te stimuleren, gaat over naar de Wmo.

Om welzijnsvoorzieningen en diensten aan te kunnen bieden, is een 'welzijnsinfrastructuur' nodig: ruimten waar mensen terecht kunnen voor ontmoeting, recreatie, een maaltijd, een spreekuur van een ouderenadviseur, etc. Gemeenten beschikken over dit soort ruimten. Deels kunnen deze ruimten nu uit het onderdeel zorginfrastructuur van de Overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorgverlening gefinancierd worden. Die situatie wil ik beëindigen. Daar waar ruimten ondersteunend zijn voor de woonfunctie zouden de bouw- en exploitatiekosten door de woningcorporatie moeten worden geregeld. Daar waar deze ruimten ondersteunend zijn voor de welzijnsfunctie komt de verantwoordelijkheid van de gemeente om de hoek kijken. Op het moment dat de Wmo in werking treedt, is de gemeente dus de enige verantwoordelijke partij om te waarborgen dat dit soort diensten aan zijn burgers geleverd worden, wat past in de prestatievelden van de Wmo.

Geïndiceerde zorg op afroep en zorginfrastructuur

Een adequate bekostiging van onplanbare, frequente extramurale zorg op afroep is een essentiële randvoorwaarde voor extramuralisering en het scheiden van wonen en zorg. Op grond van de AWBZ heeft iedere ingezetene aanspraak op de in het Besluit Zorgaanspraken genoemde zorgfuncties. De aanspraak op extramurale AWBZ-zorg is niet plaats en tijdgebonden. De bekostiging ervan moet goed geregeld zijn. Daar waar de benodigde ruimten of technologische voorzieningen zijn toe te rekenen aan een AWBZ-aanspraak, ligt AWBZ-financiering in de rede. Dat neemt overigens niet weg dat ruimten die bedoeld zijn voor de levering van zorg op basis van de basisverzekering of het 3^e compartiment, of ruimten die bedoeld zijn voor ontmoeting of het leveren van diensten, complementair aan deze ruimten kunnen worden gerealiseerd.

Bij zorginfrastructuur gaat het om ruimten die van belang zijn voor het leveren van de wettelijk verzekerde zorg. Het gaat dan om ruimten voor het 'halen' en 'brengen' van extramurale AWBZ-zorg in het algemeen en om ruimten en technologische voorzieningen ten behoeve van het leveren van de onplanbare zorg op afroep met een hoge frequentie in het

VVF's

bijzonder. Voor de ruimten die nodig zijn voor het leveren van wettelijk verzekerde zorg, zal ik in de AWBZ mogelijkheden scheppen.

Gemeenten als regisseur

Naar mijn mening kunnen woningcorporaties, gemeenten, zorginstellingen en zorgkantoren gezamenlijk een rol spelen bij het totstandkomen van geschikte ruimtelijke voorzieningen. Omdat ruimten ten behoeve van het halen en brengen van AWBZ-zorg vaak in combinatie gerealiseerd worden met ruimten ten behoeve van diensten op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning, is hier een belangrijke regierol voor de gemeente weggelegd. Gemeenten en zorgkantoren hebben hierbij complementaire taken en kunnen zo nodig resultaatafspraken maken. Hier zal ik bij de uitwerking van de structurele financieringssystematiek ook rekening mee houden.

In mijn brief van 23 april 2004 aan de Tweede Kamer (29 538, nr. 1) en de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wmo (30 131, nr. 3) heb ik aangegeven dat ik voornemens ben enkele zorgfuncties over te hevelen naar de Wmo. Vanaf dat moment zullen gemeenten de verantwoordelijkheden overnemen. Ook zal de huidige aanspraak op verblijf worden ingeperkt tot degenen die permanent toezicht nodig hebben of een beschermde woonomgeving in combinatie met groepswonen. Daarbij heb ik aangegeven dat zorgvragers die aan deze criteria voldoen, maar die toch kiezen voor zelfstandig wonen, ook aanspraak kunnen maken op het verblijfspakket minus de kosten voor het wonen (full package). Op dit moment is dat nog niet geregeld. Ik kom hier straks op terug.

4. Bekostigingsvragen op het gebied van scheiden van wonen en zorg

a. Een regeling voor zorginfrastructuur

Helaas is zorginfrastructuur in de loop der jaren verworpen tot een zogenaamd 'containerbegrip'. Een nadere definiëring van wat ik onder het begrip vindt vallen, lijkt mij daarom gewenst. Zoals hiervoor gezegd gaat het in feite om alle voorzieningen die noodzakelijk zijn om mensen met een zorgvraag zelfstandig te laten wonen. Dit zijn voorzieningen op het gebied van:

1. het wonen en de woonomgeving;
2. de zorg: ruimten en technologische voorzieningen voor extramurale onplanbare zorg en die zorg zelf;
3. het welzijn: ruimten voor ontmoeting en diensten en de diensten zelf.

In het navolgende beperk ik mij tot het tweede onderdeel, het onderdeel dat valt onder de verantwoordelijkheid van de AWBZ. Op dit moment kan dit deels gefinancierd worden via het onderdeel 'zorginfrastructuur' van de Beleidsregel overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorgverlening, deels via de ADL-subsidieparagrafen en deels via de beschikbaarheidsmodule. Momenteel spelen de volgende zaken die het onaantrekkelijk maken voor zorgaanbieders om initiatief tot extramuralisering te nemen:

- Met ingang van 1 april 2003 is het bouwregime ex WZV/TVWMD niet langer van toepassing voor extramurale AWBZ-zorg. Via de Beleidsregel overgangsregeling kapitaallasten is een regeling getroffen om kosten van huur, rente en afschrijving alsnog in de aanvaarbare kosten op te nemen, alleen niet op basis van een

VWS

vergunning maar op basis van een advies van het CBZ of VWS. Het betreft hier een tijdelijke oplossing in afwachting van normeringsvoorstellen.

- Initiatiefnemers kunnen opstartkosten niet bekostigen via de overgangsmaatregel. In mijn brief van 19 november 2004 heb ik u hiervoor aandacht gevraagd.
- Om zorginfrastructuur zo doelmatig mogelijk te laten functioneren en de verschillende benodigde ruimten complementair aan elkaar te laten zijn, is samenwerking tussen woningcorporaties, zorginstellingen en gemeenten noodzakelijk. Nu ontbreekt die prikkel tot samenwerking. De financiering van de ruimten geschiedt uitsluitend via de band van AWBZ-toegelaten zorgaanbieders. Daar hebben ze in principe een woningcorporatie en een gemeente niet bij nodig. Omdat er nu ook welzijnsgerelateerde ruimten uit de overgangsregeling bekostigd kunnen worden, bestaat het risico dat een gemeente en een zorginstelling vergelijkbare ruimten naast elkaar realiseren.
- Op grond van de gerechtelijke uitspraak in de casus De Riethorst – waar u in uw brief aan refereert - kunnen initiatiefnemers van zorginfrastructuur niet het exclusieve recht uitoefenen om als enige aanbieder in een woonzorgcomplex zorg te leveren. Deze uitspraak zou tot gevolg kunnen hebben dat – als concurrerende thuiszorginstellingen een deel van de zorg aan de bewoners overnemen - de investerende zorgaanbieder onzeker is of hij zijn investering zal terugverdienen.

Tot mijn genoegen is technisch overleg bij CTG/ZAio gestart om voorstellen te ontwikkelen om deze problemen op te lossen. In uw brief van 19 april verzoekt u mij om mijn standpunt over de bekostiging van zorginfrastructuur mede te delen zodat u dat kunt betrekken bij het technisch overleg. Hieraan geef ik gaarne gehoor. Naar mijn mening is financiering van extramurale zorginfrastructuur vanuit de AWBZ aan de orde voor zover het gaat om ruimten voor het halen en brengen van AWBZ-zorg in het algemeen, het leveren van de onplanbare zorg op afroep met een hoge frequentie in het bijzonder en voor de technologische voorzieningen die daarvoor nodig zijn. Mijns inziens zou voor de financiering hiervan op korte termijn een bekostigingstitel ontwikkeld moeten worden. In de praktijk wordt overigens ook gespecialiseerde behandeling vanuit de zorginfrastructuur geleverd. De norm die aan de bekostigingstitel is gekoppeld, dient zodanig te worden vastgesteld dat redelijkerwijs de kosten van huur en exploitatie kunnen worden gedekt. Ik kan mij voorstellen dat de hoogte van de norm kan variëren per functie en per doelgroep.

Wat betreft de vorm van bekostiging van bovenbedoelde zorginfrastructuur heb ik twee opties voor ogen, namelijk een normatieve opslag in de integrale tarieven van PV, V, BH en OB/AB en een individuele benadering. De individuele benadering verhoudt zich niet goed tot de lijn die ik gekozen heb in mijn brief aan de Tweede Kamer van 8 maart jl. (Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg, 27 659, nr. 52). Op dit moment is nog geen sprake van integrale tarieven en prestatiebekostiging in de AWBZ. Totdat deze in werking zijn getreden en de verschillen tussen intramurale bouw en extramurale bouw zijn opgeheven, verwacht ik dat de individuele benadering tot betere uitkomsten zal leiden. Ik stel voor dat het zorgkantoor over "extramuraliseringsruimte" kan beschikken. Met dit instrument kan het zorgkantoor in samenspraak met de instelling die de zorginfrastructuur huurt of in beheer heeft een afspraak maken over een bijdrage vanuit de AWBZ voor de bekostiging daarvan.

VVFJ

De volgende overwegingen liggen ten grondslag aan mijn voorkeur voor deze variant.

- De toegelaten instelling die de zorg vanuit de zorginfrastructuur levert is in vele gevallen niet de partij die de kosten draagt van de accommodatie. Ik krijg signalen uit de praktijk dat het verrekenen van de kosten tussen instellingen een moeizame aangelegenheid is (het zogenaamde 'free ridergedrag').
- De hoogte van de opslag waarvoor de accommodatie redelijkerwijs kan worden geëxploiteerd, is sterk afhankelijk van het zorgvolume waarvoor de ruimte noodzakelijk is (haal- en brengfunctie). Een algemene opslag leidt dus, afhankelijk van de schaalgrootte, tot onder- of overfinanciering. Bovendien ontbreekt de mogelijkheid om jaarlijkse fluctuaties in het volume in het daaropvolgende jaar op te vangen.
- Zorgkantoren hebben mij aangegeven dat zij graag zouden beschikken over een meer flexibel instrument om de zorg op afroep doelmatig te kunnen organiseren.
- Met het opheffen van de contracteerplicht geven zorgkantoren geen advies meer af aan het CBZ over plannen. Momenteel is er geen enkele toets op de spreiding van steunpunten en ontbreekt landelijke en regionale coördinatie om "witte vlekken" in te vullen.
- Vanuit oogpunt van gelijk speelveld voor de levering van de zorg kan het voordelen hebben om beschikbaarheidskosten apart te bekostigen. De partij die het initiatief neemt heeft dan niet een langdurig concurrentievoor- of nadeel.
- In de toekomst zullen gemeenten mogelijk meer verantwoordelijkheden krijgen bij de levering van de huidige extramurale AWBZ-zorg. Vanaf dat moment is de keuze aan de gemeenten of zij de voorzieningen in eigen beheer gaan nemen. Het zal de overheveling vergemakkelijken door niet op dit moment al te gaan werken met opslagen op de tarieven.

Op basis van bovenstaande punten kom ik tot de conclusie dat op dit moment een individuele benadering belangrijke voordelen heeft. Graag vraag ik u of u mijn visie deelt.

Een regeling inzake "extramuraliseringsruimte" zou in de plaats kunnen komen van het onderdeel zorginfrastructuur van de huidige Beleidsregel overgangsregeling kapitaallasten. De middelen die hiermee gemoeid zijn, kunnen worden overgeheveld naar de "extramuraliseringsruimte". Hierbij stel ik mij een regeling voor die:

- het mogelijk maakt dat het zorgkantoor, als aan bepaalde voorwaarden is voldaan (in ieder geval akkoord gemeente en aantoonbare vraag), een afspraak over de bekostiging van zorginfrastructuur kan maken;
- streeft naar een evenwichtige spreiding van zorginfrastructuur, gebruik makend van het overzicht van "witte vlekken" (locaties waar geen zorginfrastructuur is) dat het Bouwcollege momenteel samenstelt;
- voortbouwt op de bestaande bekostigingsnormen die het CBZ thans hanteert bij de advisering in het kader van de overgangsregeling;
- de niet sectorspecifieke verschillen – die te herleiden zijn op verschillen in het referentiekader dat CBZ hanteerde tot 1-4-2003- zoveel mogelijk harmoniseert;
- behalve de kosten van rente en afschrijving, ook de overige huisvestingskosten van de voorziening (gas, water, elektriciteit, inrichting) normatief vergoedt. Hiertoe verzoek ik u mij te adviseren over wat een redelijke norm hiervoor is;
- rekening houdt met aanloopkosten.

Graag zie ik dat u dit verder voor mij uitwerkt en dat u met mijn departement over de precieze voorwaarden en invulling van de regeling nader overleg voert.

VVFJ

b. Leveringsvoorwaarden van de zorg

Bij de indicatiestelling is aangegeven onder welke leveringsvoorwaarden de zorg georganiseerd moet worden. Het gaat om een viertal mogelijkheden: zorg op afspraak (planbare zorg), zorg op afroep, 24 uren nabije zorg en 24 uren aanwezige zorg. Voor de planbare zorg geldt het sobere basistarief. Voor de levering van extramurale zorg op afroep is in de Beleidsregel extramurale zorg een beschikbaarheidsmodule opgenomen. Deze opslag biedt compensatie voor een lagere productiviteit indien de zorg op afroep moet worden geleverd voor de functies PV, V en OB.

Bijzondere aandacht verdient de groep cliënten die 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Mij is gebleken dat in enkele bijzondere gevallen, vooral waar geclusterd wonen een alternatief is voor verblijf in een instelling, de zorg op afroep niet goed realiseerbaar is op basis van het huidige tarief. In het kader van de voorgenomen afschaffing van de subsidie ADL-assistentie in clusterwoningen heb ik u in mijn brief van 1 november jl. (DGB/HM-2523440) verzocht nader te bezien of de opslagen voor zorg op afroep en 24 uur zorg in de nabijheid toereikend zijn. Ook in mijn aanvraag uitvoeringstoets Extramurale Zorg heb ik uw aandacht gevraagd voor dit punt. U hebt inmiddels een analyse gemaakt van de problematiek en voert in het najaar een technisch overleg met de sector hierover. Ik ben zeer geïnteresseerd in de uitkomsten hiervan. Ik heb Berenschot opdracht gegeven onderzoek te doen naar de verschillende organisatie modellen en hierbij is vooral de vraag aan de orde welke schaalgrootte nodig is om zorg op afroep doelmatig te kunnen organiseren. Graag betrek ik het secretariaat van CTG/ZAio bij dit onderzoek.

De financiering van deze onplanbare zorg met een hoge frequentie zou in de toekomst in de functiegerichte bekostiging een plaats kunnen krijgen. In de tussentijd zou het een mogelijkheid zijn om, indien u ertoe overgaat een regeling "extramuraliseringsruimte" te ontwerpen, dit type kosten daarbij te betrekken. Door zowel de componenten zorginfrastructuur als zorg op afroep onderdeel van de extramuraliseringsruimte te laten zijn, verwacht ik dat zorgkantoren een goede afweging kunnen maken of en in welke mate naast een infrastructuur voor zorg op afroep nog een gebouwelijke voorziening noodzakelijk is. Graag verneem ik hoe u daar tegen aan kijkt.

c. Full Package

In het verlengde van de discussies over mijn plannen rond de Wmo heb ik de Tweede Kamer de invoering van de zogenaamde "full package" in het vooruitzicht gesteld. Met de "full package" kunnen elementen die onderdeel zijn van de verblijfsaanspraak ook in de extramurale setting geleverd en gefinancierd worden. Het full package-concept is uitsluitend bedoeld voor mensen met een verblijfsindicatie. Ook na de invoering van de Wmo zal dit complete pakket uit de AWBZ bekostigd kunnen blijven, exclusief de kosten voor het wonen.

Er zijn nog knopen door te hakken over de verdere inhoud van de full package en de aanspraken. Verder dient de bekostiging te worden vormgegeven waaraan u ook een belangrijke bijdrage levert. Hierover vindt thans gedachtevorming plaats binnen het departement.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

8

Kenmerk

DVVO/ZV-U-2599899

VVFJ

Mijn uitgangspunt is zo snel mogelijk een structurele regeling voor de financiering van full package om zekerheid te bieden aan zorginstellingen en klanten die besluiten om verblijfszorg extramuraal te verlenen danwel te ontvangen. Graag vraag ik u mij aan te geven of u vanuit uw deskundigheid op het gebied van de bekostiging belangrijke aandachtspunten ziet waar ik mijn voordeel aan kan doen bij het ontwerpen van een structurele regeling en hoeveel tijd daarmee gemoeid zou zijn.

Indien zou blijken dat het ontwerpen van deze structurele regeling teveel tijd zou vergen, acht ik het van belang om in elk geval per 1 juli 2006 bij inwerkingtreding van de WMO aanbieders en zorgkantoren al enige ruimte voor het bekostigen van full package te verschaffen. Dat is met name van belang voor de elementen die vanuit de AWBZ worden overgeheveld naar de WMO.

Mocht het niet haalbaar zijn om op tijd een structurele regeling te ontwerpen dan vraag ik u of u het haalbaar acht om de eerdergenoemde regeling "extramuraliseringsruimte" zodanig te ontwerpen dat deze een technische mogelijkheid biedt om toch full package mogelijk te maken. Voorwaarde daarbij is dat in dat geval zonder veel administratieve nadelen een overgang naar een meer structurele regeling mogelijk zal zijn. Ook is het zaak bij de full package de keuze te betrekken die ik heb gemaakt om omslagpunten in te voeren voor de kosten van extramurale zorgverlening (Tweede Kamer, 26 631, nr. 134). Op dat laatste ga ik in de paragraaf 5 nog verder in.

d. Niet verblijfsgeïndiceerde cliënten

Voor cliënten die niet voor een verblijfsindicatie in aanmerking komen geldt dat zij alleen voor de extramurale zorg een beroep op de AWBZ kunnen doen en zelf de verantwoordelijkheid hebben om te voorzien in woon- en welzijnsvoorzieningen. Op basis van onder andere het advies van CVZ en onderzoeken van HHM (Financiële consequenties van de extramuralisering van Amstelrade, februari 2003) en PWC (kostenverschillen intra- en extramurale verzorgingshuiszorg, mei 2004) leid ik af dat ook voor deze zwaardere groep die zelfstandig woont zorgvoorzieningen worden aangeboden die sterk lijken op wat aan zorg wordt geboden in de verblijfsinstellingen. Met aanvullende zorg kunnen deze mensen langer thuis blijven. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan elementair toezicht van een verzorgende, begeleiding van een cliëntenondersteuner en aan zorgcoördinatie van een verpleegkundige.

Met de invoering van de kaderregeling kunnen uitsluitend de zorguren worden verantwoord die individueel toewijsbaar zijn. Daardoor kunnen per 1-1-2005 deze zorgfuncties niet meer op de gebruikelijke wijze via de AWBZ worden bekostigd. Zodra de stap wordt gezet waarin ik in mijn uitvoeringstoets extramurale zorg om heb gevraagd (volumeafpraak op het niveau van de functieklasse) zou dit probleem zijn opgelost. Tot die tijd vraag ik u in of u met deze vormen van zorg rekening kunt houden bij uw voorstellen over een regeling "extramuraliseringsruimte".

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

9

Kenmerk

DVVO/ZV-U-2599899

VVFJ

5. Omslagpunten / budgettaire neutraliteit

Indien de kosten van extramurale zorg de kosten van intramurale zorg te boven gaan, is vanuit het oogpunt van een doelmatige verstrekking van de zorgaanspraak, de kostprijs van de intramurale zorg de limiet die voor bekostiging in aanmerking komt. Dit is de lijn die ik heb toegelicht in mijn brief van 13 april 2005 aan de Tweede Kamer (26 631, nr. 134).

Ik ga ervan uit dat een regeling "extramuraliseringsruimte" een extra impuls zal geven aan het extramuraliseringsbeleid. Uit diverse studies blijkt dat ook op kostengebied een besparing mogelijk is. Het omslagpunt moet aangeven wanneer van het omgekeerde sprake zou zijn. Bij de bepaling van het omslagpunt kan mijns inziens handig gebruik worden gemaakt van een systematiek van zorgzwaartefinanciering die in ontwikkeling is. Hoofregel moet zijn dat de kosten van de geleverde extramurale zorg en de lokale afspraak op grond van de regeling "extramuraliseringsruimte" samen de zorgkosten van de qua zorgzwaarte vergelijkbare cliënten die in een in een instelling verblijven niet overstijgen. Graag verneem ik van u of u in staat bent een dergelijke clause in de regeling te ontwerpen.

Dit is des te meer van belang omdat de regeling "extramuraliseringsruimte" budgettair neutraal moet worden vormgegeven. Als u erin zou slagen een dergelijke clause in de regeling op te nemen, dan zou de budgettaire neutraliteit per zorgkantorregio kunnen worden vormgegeven en de "extramuraliseringsruimte" onderdeel kunnen uitmaken van de contacteerruimte van het zorgkantoor. Als er een impuls ontstaat om de "witte vlekken" te voorzien van zorginfrastructuur, dan zal het zorgkantoor dat via herschikking moeten bewerkstelligen. De middelen die nu beschikbaar zijn voor het onderdeel zorginfrastructuur in de Beleidsregel overgangsregeling kapitaallasten kunnen, zoals eerder gezegd, worden overgeheveld naar de "extramuraliseringsruimte".

6. Slot

Om de doelstellingen van het kabinet op het gebied van scheiden van wonen en zorg te behalen moet er nog veel gebeuren. Naar mijn mening draagt een goede regeling voor de bekostiging van de extramurale zorg, full-package, zorg op afroep en zorginfrastructuur bij aan de voortgang van dit proces. Een nieuwe regeling "extramuraliseringsruimte" zal alleen succesvol het licht kunnen zien als er tevens aandacht is voor een adequate overgangsregeling voor lopende initiatieven. Daarvoor vraag ik dan ook ten slotte gaarne uw aandacht. Ik realiseer me hierbij dat deze oplossing ook consequenties heeft voor de toezeggingen die in het kader van de overgangsregeling kapitaallasten zijn gedaan aan de proefregio's van de regionale aanpak productie. Ik beraad mij nog op de wijze waarop ik de toezeggingen in de proefregio's vorm kan geven en zal hierover met u in overleg treden.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

10

Kenmerk

DVVO/ZV-U-2599899

Graag zie ik uw voorstellen eind september 2005 tegemoet. Bij de voorbereiding zullen VWS en CTG/ZAio uiteraard zoveel mogelijk gezamenlijk optrekken.

Hoogachtend,

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Maatschappelijke Zorg

drs. M.P. van Gastel