Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EH Den Haag

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

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Ons Kenmerk
DLZ/SFI-U-3070310

Datum 22 juni 2011
Betreft: ADL-assistentie in ADL-clusters vanaf 1 januari 2012

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

Geachte voorzitter,

1. Inleiding

Met deze brief informeer ik u over de reguliere bekostiging van ADL-assistentie vanuit de AWBZ. Ik zie de manier waarop de mensen in ADL-clusterwoningen zorg ontvangen als een innovatie in de extramurale zorg. In mijn programmabrief Langdurige Zorg heb ik aangegeven dat ik er naar streef de AWBZ op een meer cliëntgericht peil te brengen. De 24-uurs beschikbaarheid van dienstverlening in ADL-clusters en de specifieke 24-uurs alarmoproepen in het bijzonder vind ik sleutelaspecten om deze mensen met een zware lichamelijke handicap de eigen regie te laten behouden. Mijn wens is dat deze vorm van zorgverlening naadloos past in de AWBZ. Tot nog toe kon dat alleen via de subsidieregeling worden bekostigd en maakten drie aanbieders van deze regeling gebruik. Ik ga deze innovatie breder toegankelijk maken in de AWBZ door de bekostiging van alarmopvolging binnen enkele minuten in de extramurale zorg mogelijk te maken. Ik wil dan ook de mogelijke ongerustheid van de bewoners op dit punt wegnemen.

Momenteel wonen ruim 1.300 mensen in ADL-clusterwoningen in circa 100 ADL-clusters verspreid over het hele land. Na een lange voorbereidingsperiode zal de zorg in deze woningen vanaf 1 januari 2012 worden bekostigd via de AWBZ. In de Regeling Subsidies AWBZ vervalt dan de subsidieparagraaf “ADL-assistentie”. De ruim 1300 bewoners krijgen per 1 januari 2012 een aanspraak op AWBZ-zorg voor de verzekerde persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding die nu nog wordt bekostigd via instellingssubsidies. In deze brief ga ik in op de wijzigingen die deze overgang met zich meebrengt voor de bewoners en de drie zorgaanbieders van ADL-assistentie: Stichting Fokus Exploitatie (Fokus), Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ) en de Osiragroep.

Vanuit de Kamer zijn zorgen geuit over de gevolgen van de overgang voor het concept van ADL-assistentie. Op 12 april 2011 heeft de Tweede Kamer de motie Wolbert c.s. aangenomen (Tweede Kamer 2010-2011, nr. 30597, nr. 181) met het verzoek aan de regering het huidige pakket (waaronder de 24 uursbeschikbaarheid en alarmopvolging) en de mogelijkheid om dat onder verantwoordelijkheid van één zorgaanbieder te organiseren, intact te laten. In deze brief ga ik in op hoe ik uitvoering geef aan deze motie.

Ik heb grote waardering voor het concept van ADL-clusterwonen. Het concept sluit nauw aan bij mijn beleidsdoelstellingen zoals scheiden van wonen en zorg en de regie over eigen leven. Ik draag er daarom zorg voor dat de drie zorgaanbieders de mogelijkheid houden om ook na 2012 het concept voor de komende 2 jaar ongewijzigd aan te kunnen blijven bieden aan de bewoners die op 31-12-2011 woonachtig zijn in een ADL-cluster.

Ik hecht eraan samen te vatten waarom de subsidieparagraaf wordt beëindigd. Dat doe ik in paragraaf 2 van deze brief. In paragraaf 3 ga ik in op de samenhang met de Programmabrief Langdurige Zorg. Daarna beschrijf ik hoe ik mij de situatie van cliënten in ADL-clusters na 1-1-2012 voorstel. Aan de overgang is een periode van meer dan drie jaar voorbereidingstijd voorafgegaan. Om tijdig inzicht te krijgen in mogelijke gevolgen van de overheveling zijn bewoners al in het jaar 2009 benaderd met het verzoek deel te nemen aan een herindicatietraject. 95% van de bewoners heeft hieraan meegewerkt. In paragraaf 5 informeer ik u hierover. Ook heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht te beoordelen of als gevolg van de overgang aanpassingen in de beleidsregels noodzakelijk zijn. In paragraaf 6 ga ik in op de uitvoeringstoets van de NZa en in paragraaf 7 op enkele overige aspecten waaronder de koppeling tussen wonen en dienstverlening, de centrale wachtlijstregistratie en de eigen bijdrage.

Het bijgaande advies van NZa volg ik op. Daarom ben ik voornemens de NZa een aanwijzing te geven in de zin van artikel 7, eerste lid van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). De zakelijke inhoud van deze aanwijzing treft u aan in paragraaf 8.

2. Achtergrond van de overgang naar reguliere bekostiging

De overgang naar reguliere AWBZ-bekostiging vloeit voort uit een kabinetsbeslissing van 2004. Het toenmalige kabinet heeft besloten het aantal subsidieregelingen in de zorg drastisch terug te brengen. Het nieuwe subsidiebeleid is ook in wetgeving verankerd: op grond van Artikel 44 van de AWBZ kan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) alleen nog tijdelijk subsidies verstrekken voor zorg, als het voornemen bestaat deze op te nemen in de aanspraken op grond van de wet. Subsidie is een instrument om pseudoaanspraken tijdelijk te financieren. De ADL-clusters zijn al 30 jaar een bekend concept. De nieuwe regelgeving betekent dus dat geen premiesubsidie meer kan worden verstrekt voor bouw van ADL-clusters, aanpassingen in ADL-clusters en ADL-assistentie. Over de gevolgen hiervan is de Kamer geïnformeerd per brief van 2 december 2008 (Tweede Kamer, 2008-2009, 26 631, nr. 286).
De ADL-assistentie die thans nog wordt gesubsidieerd, betreft voor het overgrote deel verzekerde AWBZ-zorg. Deze zorg kan via de AWBZ worden bekostigd.

Al in 2008 is in de Regeling Subsidies AWBZ vastgelegd dat de subsidieparagraaf ADL-assistentie per 1-1-2012 zal vervallen. Het is ook goed dat deze tijd is genomen voor een zorgvuldige overgang.

3. Samenhang met Programmabrief Langdurige Zorg

In deze paragraaf beschrijf ik de samenhang tussen de uitvoering van de motie Wolbert c.s. en mijn Programmabrief Langdurige Zorg van 1 juni jl.

De motie betreft de wijziging van de financieringsbasis van het concept van ADL-clusterwonen. Het concept van ADL-clusterwonen betreft zorg die in- en om de ADL-

woning wordt geboden. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verstrekt de drie zorgaanbieders hiervoor nu nog een subsidie op basis van de Regeling Subsidies AWBZ. Zorg buiten het ADL-cluster (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging op het werk) valt nadrukkelijk niet onder dit concept. Voor de zorg buiten de ADL-woning hebben de zelfredzame, veelal rolstoelgebonden bewoners, met een zware lichamelijke beperking dus nu al een aanspraak op AWBZ-zorg. Vaak kiezen zij voor het persoonsgebonden budget als leveringsvorm. Het gaat dan om verpleging, persoonlijke verzorging en/of begeleiding.

Op 1 juni 2011 heb ik in mijn Programmabrief Langdurige Zorg de maatregelen met betrekking tot het persoonsgeboden budget en de decentralisatie van begeleiding uitgewerkt. Ik ben mij ervan bewust dat deze twee maatregelen vanaf 2014 ook gevolgen hebben voor de zorg die de huidige ADL-bewoners nu buiten de ADL-clusters ontvangen. Dat betekent dat deze ADL-bewoners die nu begeleiding ontvangen voor zorg buiten de ADL-woning vanaf 1 januari 2014 aangewezen zijn op gemeenten voor hun integrale behoefte aan begeleiding. Het regelen van de persoonlijke verzorging en verpleging buiten de ADL-woning met een persoonsgebonden budget is vanaf 1 januari 2014 niet meer mogelijk. Hierin wijken ADL-bewoners niet af van andere zelfstandig wonende rolstoelgebonden mensen met een zware lichamelijke beperking. In de transitieperiode tot 2014 ga ik de uitdaging aan samen met deze doelgroep, zorgaanbieders en zorgverzekeraars een goede natura-invulling van deze geïndiceerde zorg te realiseren.

4. Situatie per 1-1-2012

Ik acht het van groot belang dat, ook na de overgang naar reguliere AWBZ-bekostiging - in ons land het zelfstandig wonen voor mensen met zware lichamelijke beperkingen mogelijk blijft. Dit geldt met name voor de groep mensen die is aangewezen op ademhalingsondersteuning. Deze mensen kunnen uitsluitend zelfstandig wonen indien zij alarmoproepen kunnen plaatsen die binnen zeer korte tijd (3-5 minuten) vanuit een zorgsteunpunt worden beantwoord. Dat kan in de wijk alleen doelmatig worden georganiseerd als er rond het steunpunt een zekere clustering is van woningen met zorgvragers die op zo'n voorziening zijn aangewezen. Bij ADL-clusters bedraagt de clustering nu tussen de 12 en 24 sociale huurwoningen.

In ADL-clusters is sprake van scheiding van wonen en zorg. De exploitatie van de woningen ligt bij de verhuurder (meestal woningcorporaties) en de zorg wordt geboden door Fokus, SWZ of Osiragroep. De verhuurder van de rolstoeltoegankelijke woningen en de zorgaanbieder maken onderling afspraken dat de woningen aan de doelgroep worden toegewezen. Met het vervallen van de subsidieregeling speelt de overheid daarbij geen betrokkenheid meer. Het gaat immers om woningen in de volkshuisvesting.

Mijn verantwoordelijkheid ligt bij de toegankelijkheid van de verzekerde AWBZ-zorg. De assistentie in ADL-clusterwoningen betreft voor het overgrote deel verzekerde AWBZ-zorg. In de AWBZ krijgen personen een indicatie op basis van de objectieve zorgvraag. De indicatiestelling voor AWBZ-zorg is afgestemd op de meest doelmatige manier van zorgverlening. In de subsidieparagraaf ADL-assistentie is doelmatigheid geen criterium. Ik zie geen rechtvaardiging om structureel in dit opzicht personen in ADL-clusterwoningen anders te behandelen dan personen buiten een ADL-clusterwoning. Naar mijn mening is dat voor een ruime meerderheid van de bewoners trouwens ook geen probleem. Uit het verslag van het herïndicatietraject van het CIZ blijkt namelijk dat indicaties gemiddeld voldoende ruimte bieden om de zorglevering op het huidige niveau voort te zetten. In de uitvoeringstoets van de NZa

komt naar voren dat voor de drie aanbieders tezamen het aantal uren dat op grond van de indicaties kan worden geleverd fors hoger ligt dan het aantal zorguren dat nu feitelijk wordt geleverd. Voor de groep huidige bewoners zal ik evenwel op grond van overgangsrecht waarborgen dat de zorglevering van ADL-diensten die geen onderdeel zijn van de verzekerde AWBZ-zorg nog twee jaar kan worden voortgezet.

Ik zie het ook als mijn verantwoordelijkheid om de zorgaanbieder en de zorgkantoren ruimte te geven om productieafspraken te maken die exploitatie van ADL-clusterwonen mogelijk blijven maken. Ik stel mij daarbij voor dat drie zorgkantoren bij de drie aanbieders van ADL-assistentie de zorg inkopen. Deze zorgkantoren krijgen dan de mogelijkheid om met instellingen die daadwerkelijk in de extramurale setting 24 uur per dag de alarmopvolging binnen 3 tot 5 minuten garanderen, afspraken te maken op basis van een passend, nog nader vast te stellen, tarief. Vanzelfsprekend maken aanbieder en zorgkantoor hierover afspraken in hun overeenkomst. Het zorgkantoor kan met de zorgaanbieder op basis van de geïndiceerde zorg van de bewoners en de bijbehorende NZa-tarieven een case-mix afspreken, zodanig dat de 24-uurszorg voor alle bewoners beschikbaar blijft en de voorziening redelijkerwijs exploiteerbaar is. De casemix kan bestaan uit persoonlijke verzorging (basis, extra, speciaal), verpleging. begeleiding (basis, extra) en alarmopvolging bij persoonlijke verzorging/verpleging binnen 3-5 minuten.

Ik heb er bewust niet voor gekozen om via een aparte aanspraak het huidige pakket ADL-assistentie als zorgaanspraak in de AWBZ op te nemen. Het overgrote deel van de geleverde zorg is immers al verzekerde AWBZ-zorg. Daarnaast zijn cliënten uit oogpunt van keuzevrijheid niet zonder meer gediend met een integraal pakket bij één zorgaanbieder. Een belangrijk aspect van de AWBZ is dat de geïndiceerde per functie zelf kiest voor de aanbieder van voorkeur. Het vormgeven, behouden of wijzigen van een integraal pakket als zorgconcept is uiteindelijk primair de keuze van de individuele zorgaanbieders. Het is vervolgens aan bewoners die kiezen voor een ADL-clusterwoning en aan de zorgaanbieder om een balans te vinden tussen één verplicht integraal pakket in het belang van de exploiteerbaarheid van het cluster en de individuele keuzevrijheid van de cliënt. De huidige subsidieparagraaf voor ADL-clusterwonen schrijft gedwongen winkelnering (in natura) voor van de ADL-assistentie in- en om de woning onder verantwoordelijkheid van één zorgaanbieder. De motie Wolbert cs legt ADL-bewoners niet deze gedwongen winkelnering verplicht op, maar geeft bewoners juist de *mogelijkheid* om invulling te geven aan de zorg onder verantwoordelijkheid van één zorgaanbieder. Uiteraard als de ADL-bewoner daar een bewuste keuze voor maakt. De motie biedt ADL-bewoners keuzemogelijkheden voor andere invulling van de zorg in- en om de ADL-woning, bijvoorbeeld bij (specialistische) verpleegkundige handelingen. Ook daarom is niet gekozen voor een aparte aanspraak op een pakket.

Het geld dat nu omgaat in de subsidieregeling blijft dus in 2012 en 2013 geoormerkt beschikbaar voor het leveren van zorg in de ADL-clusters.
Via een regeling van de NZa zullen voor de drie aanbieders van ADL-assistentie eventuele verschillen tussen huidige subsidieverlening en de AWBZ-omzet volledig worden aangevuld tot maximaal het bedrag van € 76.884.000.

Via een kostprijsonderzoek wil ik per 1-1-2014 komen tot een onderbouwd tarief voor alarmopvolging binnen enkele minuten. In 2012 zullen de aanbieders van ADL-assistentie gaan starten met het registeren van geleverde zorg op de in de AWBZ gebruikelijke manier. Met zorgkantoren en aanbieders ga ik afspraak maken dat zij binnen de hierboven genoemde casemix ook een afspraak maken over de voor

zelfstandig wonen noodzakelijke alarmopvolging binnen 3-5 minuten.

5. Uitkomsten van het herindicatietraject

Het CIZ heeft alle bewoners benaderd voor deelname aan het herïndicatietraject. Ongeveer 95% van de bewoners hebben hieraan deelgenomen. Het CIZ heeft vrijwel bij alle bewoners het herindicatieonderzoek via een huisbezoek uitgevoerd. Deze bewoners hebben vorige zomer reeds van het CIZ een rechtsgeldig indicatiebesluit ontvangen met de specificatie van de persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding waarop zijn per 1 januari 2012 een aanspraak hebben. Het CIZ heeft herindicatietraject in juli 2010 afgerond en over de uitkomsten gerapporteerd. Bijgaand treft u dit rapport aan.

Vrijwel zonder uitzondering hebben de bewoners een indicatie gekregen voor extramurale zorg. Zij zijn niet aangewezen op verblijf in een AWBZ-instelling. Bewoners zijn sociaal zelfredzaam in staat zelfstandig te wonen met zorg op afroep. Een beschermende woonomgeving is niet aan de orde. Evenmin is permanent toezicht noodzakelijk. Het Fokuswonen is een uitstekend voorbeeld van scheiden wonen en zorg. Het indiceren van Fokusbewoners als verblijfscliënten zou dan ook een stap terug zijn in de discussie rond scheiden wonen en zorg en stigmatiserend voor de bewoners, die zichzelf niet zien als instellingcliënten. In de intramurale financiering zitten componenten voor huisvesting, maaltijdvoorziening en huishoudelijke hulp. Bewoners van ADL-clusters huren de woning zelf bij de corporatie en regelen zelf de boodschappen. Zij zijn daarvoor niet afhankelijk van een zorginstelling. De huishoudelijke hulp wordt voor 90% van de bewoners door de Wmo verzorgt (vaak in de vorm van pgb-Wmo, de planbare huishoudelijke hulp zit niet in Fokus-pakket).

Op 23 november 2010 heeft het CVZ een advies over de herïndicatie van ADL-assistentie naar AWBZ-zorg uitgebracht. Bijgaand treft u ook dit advies aan. Dit advies geeft duidelijkheid over het verschil tussen de AWBZ-zorgaanspraken en de huidige levering van ADL-assistentie. Bij de indicatiestelling door het CIZ is de geobjectiveerde zorgbehoefte het uitgangspunt en niet de subjectieve zorgvraag zoals in de huidige dienstverlening in ADL-clusters. Een AWBZ-cliënt kan niet zonder meer ten laste van de AWBZ meer hulp vragen dan nodig is om een verantwoorde situatie te bereiken. Daarnaast speelt dat de AWBZ-indicatie is afgestemd op een doelmatige manier van zorgverlening. Het kan doelmatiger zijn om een aantal handelingen tijdens één sessie uit te voeren. Tot slot speelt mee dat de ADL-assistentie ook diensten op afroep omvat die niet AWBZ-indiceerbaar zijn. De bewoners die op 31-12-2011 kunnen op grond van overgangsrecht nog twee jaar de zorg in en om de woning blijven inroepen die zij gewend zijn. Vanaf 1-1-2014 gelden ook voor bewoners van ADL-clusters de regels die van kracht zijn voor alle andere mensen met een lichamelijke handicap.

6. Bekostiging per 1-1-2012: het advies van de NZa

De NZa is verzocht om te beoordelen of als gevolg van de overgang naar reguliere bekostiging er aanpassingen nodig zijn in de beleidsregels. Voorts is de NZa gevraagd de mogelijke financiële gevolgen voor aanbieders in kaart te brengen. Bijgaand treft u de uitvoeringstoets van de NZa aan.

Een belangrijke constatering is dat binnen de huidige AWBZ geen prestatie is beschreven en geprijsd die het mogelijk maakt om alarmoproepen binnen 3-5

minuten op te volgen bij levensbedreigende situaties. De NZa adviseert onderzoek uit te voeren zodat een onderbouwde tariefstelling mogelijk is. Dit nieuwe tarief zal niet exclusief gelden voor zorg in de huidige ADL-clusters van Fokus, SWZ en Osiragroep maar ook in andere situaties waarin deze zorg extramuraal wordt geleverd. Dit advies van de NZa volg ik op.

De NZa adviseert een transitieregeling in te voeren om de continuïteit van zorg in de ADL-clusters te waarborgen. In de eerste fase waarin deze regeling van kracht is zullen aanbieders de omvang van de geleverde zorg registreren en zal kostprijsonderzoek worden uitgevoerd. Op grond van de transitieregeling behouden de zorgaanbieders de middelen om het niveau van zorg- en dienstverlening te handhaven.

7. Overige aspecten

Koppeling van zorg en wonen in ADL-clusterwoningen
In het debat van 10 november 2010 heb ik met u gediscussieerd over het onderwerp scheiden van wonen en zorg. In antwoorden op vragen van de Kamer heb ik geantwoord met scheiden van wonen en zorg te willen starten met lichte cliëntgroepen. Mevrouw Venrooy- Van Ark heeft mij daarbij gevraagd te betrekken dat in ADL-woningen al jarenlang bewoners met een ernstige lichamelijke beperking op basis van scheiden van wonen en zorg hulp krijgen. Ik heb u tijdens het debat toegezegd daarop terug te komen.

Inmiddels heb ik u op 21 mei een schriftelijke reactie gegeven (DLZ-U-3062415). In die brief heb ik u aangegeven een koppeling tussen wonen en dienstverlening wenselijk te vinden vanuit oogpunt van exploiteerbaarheid van de 24-uurszorg op afroep. Een aantal bewoners van ADL-clusterwoningen, verenigd in de werkgroep Werkgroep heeft hierop gereageerd. De werkgroep geeft aan dat er een groep cliënten woonachtig is met een specifieke zorgvraag die de ADL-aanbieder niet, of niet voldoende kwalitatief verantwoord kan invullen. Dit is te herleiden op het aannamebeleid en opleidingsniveau van de ADL-assistenten. De ADL-assistentie op aanwijzing van de cliënt omvat dus thans niet alle verzorging en verpleging. De overgang naar de AWBZ schept naar mijn mening de duidelijkheid dat de zorgaanbieder aan wie de zorg wordt toegewezen eindverantwoordelijk is voor het leveren van de geïndiceerde zorg.

Ten aanzien van de koppeling merk ik nog op dat het om afspraken betreft tussen corporatie, zorgaanbieder en bewoner met een privaatrechtelijk karakter. Tot 1-1-2012 hebben partijen afspraken gemaakt over de koppeling tussen wonen en de afname van het huidige pakket ADL-assistentie. Zoals aangegeven vind ik het aan partijen onderling om een nieuwe balans te vinden in termen van AWBZ-aanspraken.

Deelbaarheid van functies
In de huidige situatie kunnen bewoners van een ADL-clusterwoning een AWBZ-indicatie aanvragen voor de zorg die niet wordt bekostigd via de subsidieregeling. Het gaat dan concreet om de persoonlijke verzorging op afstand van de woning, de functie verpleging en/of de functie begeleiding. Vaak kiezen bewoners dan voor pgb. Bewoners van ADL-woningen hebben aangegeven over deze aanvullende AWBZ-zorg zelf keuzes te willen blijven maken. Naar hun mening is dat van grote waarde voor het behoud van regie over het eigen leven. In de AWBZ is een splitsing binnen een geïndiceerde aanspraak niet gangbaar. De cliënt kiest per geïndiceerde functie een leveringsvorm van voorkeur.

Om deze reden heb ik het CVZ en het CIZ verzocht de mogelijkheden te onderzoeken om de keuzemogelijkheid van splitsing van de functie persoonlijke verzorging in en op afstand van de woning na 1-1-2012 voor de doelgroep te behouden. De rapporten van CVZ en CIZ treft u bijgaand aan.

Met de pgb-maatregelen zijn de uitkomsten van de uitvoeringstoetsen in een ander daglicht komen te staan. De bewoners van ADL-clusterwoningen kiezen per geïndiceerde functie voor een natura-aanbieder van hun keuze. Er zijn mogelijkheden om in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar af te spreken dat een deel van de productie niet door de aanbieder van ADL-assistentie wordt geleverd maar wordt geregeld via onderaannemerschap. De bewoner kan daarbij vrijheid krijgen te beslissen over de onderaannemer.

Eigen bijdrage
Voor extramurale AWBZ-zorg geldt een eigen bijdrage. Dit heeft gevolgen voor bewoners aangezien voor gesubsidieerde ADL-assistentie werd geen eigen bijdrage in rekening gebracht. Veel bewoners betalen al een (maximum) eigen bijdrage voor Wmo-hulp en AWBZ-zorg die zij niet ontvangen van de aanbieders van ADL-assistentie. Voor een beperkte categorie cliënten zal evenwel een forse stijging kunnen ontstaan. Alle bewoners zijn door het CVZ reeds in 2009 geïnformeerd over de aankomende wijzigingen per 1-1-2012.

Wachtlijstregistratie
In de huidige situatie beslist het CVZ of een belangstellende op de wachtlijst voor een Fokuswoning wordt geplaatst aan de hand van een advies van het CIZ. Als een ADL-woning beschikbaar komt, schrijft het CVZ de wachtenden op een ADL-clusterwoning aan. Ook de aanbieders van ADL-assistentie houden een wachtlijst bij. Deze handelwijze wordt overbodig per 1-1-2012. Met het beëindigen van de subsidieparagraaf vervalt dan ook de bemoeienis van de overheid met woningtoewijzing in ADL-clusterwoningen. Net als bij alle andere voorzieningen voor gehandicapten melden belangstellenden zich rechtsreeks bij een zorgaanbieder van voorkeur. Bij een indicatie of herïndicatie maken zij hun voorkeuren kenbaar zodat via een AZR-bericht het zorgkantoor op de hoogte is.

Bouw van ADL-clusters
De subsidieparagrafen bouw van ADL-clusters en aanpassingen in ADL-clusters zijn per 1-1-2009 beëindigd. Het verstrekken van subsidies vanuit de AWBZ is wettelijk niet langer mogelijk. Evenmin past het subsidiëren van specifieke activiteiten in de volkshuisvesting bij de wijze waarop het Rijk de corporaties aanstuurt. In de brief van december 2009 is de Kamer een onderzoek in het vooruitzicht gesteld waaruit moet blijken of verwacht mag worden of ook zonder subsidie aan woningcorporaties voldoende aangepaste woningen voor lichamelijk gehandicapten tot stand zullen komen. Bijgaand treft u het rapport van TNO-CZB aan.

De onderzoekers constateren dat de meerkosten van de ADL-woningen vooral voortvloeien uit het extra woonoppervlak dat deze woningen hebben. Helaas is niet mogelijk gebleken harde uitspraken te doen over de omvang van de vraag naar nieuwe aangepaste woningen. In Nederland wonen tussen de 5.500 en 7.000 mensen die qua zorgvraag en woonbehoefte vergelijkbaar zijn met de huidige groep van ADL-clusterbewoners. Er zijn geen belemmeringen om de woningen te realiseren zonder subsidie. Het kan wel betekenen dat corporaties ertoe overgaan huurprijzen boven de sociale huurgrens kunnen uitkomen hetgeen de toegankelijkheid van de

woning voor een deel van de doelgroep bemoeilijkt. De bereidheid tussen corporaties om projecten te realiseren blijkt enigszins te verschillen. Uiteraard speelt ook de gemeente een belangrijke rol bij het realiseren van aangepaste woningen. In de praktijk zal net als nu vruchtbare samenwerking tussen corporaties, gemeenten en zorgaanbieders nodig zijn om deze doelgroep in de volkshuisvesting goed te blijven bedienen. Het is daarom belangrijk dat het ADL-clusterwonen voldoende aandacht blijft houden in gezamenlijke actieplannen.

8. Aanwijzing NZa (voor de periode 2012 -2014)

Hierbij informeer ik u, conform artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), over de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van die wet aan de Nza te geven. Ik zal niet eerder overgaan tot het geven van de aanwijzing dan dertig dagen na verzending van deze brief. Eenzelfde brief is gezonden aan de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal. Van de vaststelling van de aanwijzing zal ik mededeling doen door publicatie in de Staatscourant.

In de aanwijzing zal ik de NZa opdragen om beleidsregels te ontwerpen die het volgende bewerkstelligen:

- Het omschrijven van een extramurale zorgprestatie die past bij de professionele alarmopvolging met een zeer korte responstijd (3-5 minuten) zoals die wordt geboden in de ADL-clusters. Om op basis van deze prestatie productieafspraken te kunnen maken moet in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgkantoor worden vastgelegd dat de zorgaanbieder de alarmopvolging (binnen 3-5 minuten) in de extramurale zorgverlening garandeert en daarvoor 24 uur per dag een steunpunt bemenst.
- Het vaststellen van een maximumtarief voor deze zorg. De NZa stelt het maximumtarief vast op basis van het uitgangspunt dat onder normale omstandigheden de zorg kostendekkend kan worden geleverd. Dat betekent dat deze wordt aangeboden als onderdeel van 24-uurszorg vanuit een unit behorend bij een cluster van minimaal 16 woningen. Er mag van worden uitgegaan dat de bewoners gemiddeld 18 tot 20 uur in de week persoonlijke verzorging, verpleging en/of individuele begeleiding nodig hebben in de mix waarin de AWBZ-indicaties in het herindicatietraject zijn gesteld. Voorts mag ervan worden uitgegaan dat de kosten van het steunpunt en de alarmintercomsystemen kunnen worden bekostigd op basis van de Beleidsregel Zorginfrastructuur.
- Het tarief wordt ingevoerd per 1-1-2014.
- Het omschrijven van een extramurale zorgprestatie voor het pakket "overige ADL-diensten" waarop de huidige bewoners op grond van het overgangsrecht aanspraak kunnen maken tot 1-1-2014 en het vaststellen van een maximumtarief voor deze zorg.
- Per 1-1-2012 maken zorgkantoren productieafspraken met de aanbieders van ADL-assistentie over de productmix van persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding en een "registratie-afspraak" voor het voor de professionele alarmopvolging met een responstijd van 3-5 minuten.
- Het bedrag van € 76 884 000 dat

in 2011 beschikbaar is voor het verstrekken van subsidies aan aanbieders van ADL-assistentie op grond van artikel 2.9 van de Regeling Subsidies AWBZ per 1-1-2012 wordt geoormerkt overgeheveld naar een apart kader buiten de niet geoormerkte contracteerruimte AWBZ. Het bedrag van € 76 884 000 is een kaderstellend maximaal beschikbaar budget.

- Dit aparte kader stelt een bovengrens aan de som van de productie-afspraken tussen Stichting Fokus Exploitatie met Zorgkantoor Groningen, SWZ met zorgkantoor Haaglanden en Osiragroep met Zorgkantoor Amsterdam voor de persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding in natura voor geïndiceerden die woonachtig zijn in een ADL-clusterwoning. Het gaat dan om ADL-clusterwoningen zoals gedefinieerd in de Regeling Subsidies AWBZ.
- De NZa toetst de gezamenlijke productieafspraken aan dit kader. De wijze van toetsing en correctie is analoog aan de wijze waarop de NZa productieafspraken toetst aan de niet-geoormerkte contracteerruimte.
- De productieafspraken die zorgkantoren maken voor zorgverlening in de huidige ADL-clusters zullen apart worden ingediend en niet relevant zijn voor de toetsing aan de niet geoormerkte contracteerruimte.
- De NZa kan nadere regels stellen aan de registratie van instellingen en voor het kostprijsonderzoek relevante gegevens opvragen.
- Er zal in de jaren 2012 en 2013 een transitieregeling gelden. Deze regeling zal inhouden dat voor de drie aanbieders van ADL-assistentie de aanvaardbare kosten gelijk zijn aan het subsidiebedrag dat het CVZ zal vaststellen voor het jaar 2011.
- Indien invoering van het nieuwe tarief onverhoopt met vertraging tot stand zal komen kan de NZa de regeling met een jaar verlengen.

9. Slot

In deze brief heb ik beschreven op welke wijze ik mij de overgang naar de reguliere AWBZ voorstel. Naar mijn mening zijn ook voor de nieuwe situatie randvoorwaarden gecreëerd zodat de kwaliteit van het zelfstandig wonen voor mensen met ernstige lichamelijke beperkingen in de volkshuisvesting op peil kan blijven.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Mw. drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner