

1.

Veel Fokusbewoners maakten tot nu toe gebruik van de combinatie PGB en Fokuszorg. Uit brieven van derden die de commissie hebben bereikt blijkt dat deze combinatie is nu niet meer mogelijk is. Hierdoor ontstaan problemen voor Fokusbewoners die voor hun dagelijkse verzorging buiten het wonen om, bijvoorbeeld familie-/vriendenbezoek, vrijwilligerswerk, sport- of ontspanningsactiviteiten geen beroep meer op een PGB kunnen doen. Herkent u dit probleem, en is het mogelijk deze combinatie van PGB en Fokuszorg te behouden?

1.

De ADL-assistentie die op basis van de huidige subsidieregeling in natura wordt ontvangen kan gecombineerd worden met een PGB persoonlijke verzorging voor zorg die bijvoorbeeld buiten de woning wordt geleverd. Als ADL-assistentie niet meer uit de subsidieregeling wordt bekostigd en als 'persoonlijke verzorging' onder de AWBZ wordt gebracht, dan is het niet langer mogelijk om voor éénzelfde functie zowel zorg in natura als een PGB te ontvangen. Bewoners van ADL-clusterwoningen moeten dan kiezen om al hun persoonlijke verzorging in natura te ontvangen, dan wel met een PGB in te kopen.

Op dit moment heeft een deel van de bewoners zowel ADL-assistentie als een PGB voor persoonlijke verzorging of verpleging. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft geconcludeerd dat een groot deel van de zorg die bewoners van ADL-clusters buiten de woning nodig hebben, gekarakteriseerd en geïndiceerd kan worden als ondersteunende begeleiding. Op die manier zouden bewoners van ADL-clusterwoningen, na beëindiging van de subsidieregeling en overgang naar de AWBZ, een PGB voor ondersteunende begeleiding kunnen aanvragen en persoonlijke verzorging in natura (voorheen ADL-assistentie) kunnen afnemen. Het CIZ gaat momenteel na voor hoeveel mensen dit een oplossing is en welke problemen dan eventueel resteren.

2.

Hoeveel mensen wonen er in een Fokuswoning en maken gebruik van de 24-uurs zorg?

2.

Op dit moment wonen circa 1000 personen in een ADL-cluster en nemen ook allemaal 24-uurs oproepbare ADL-assistentie af.

3.

Wat kostte de Fokusregeling tot nu toe? Wat zijn de gemiddelde kosten per Fokusbewoner?

3.

In de subsidieregeling ADL-assistentie ging in 2004 € 49 mln. om per jaar. Voor 2005 is € 52,5 mln. begroot. Uitgaande van de ongeveer 1000 personen die op dit moment gebruik maken van de regeling betekent dit gemiddeld € 52.500 per cliënt per jaar. Individueel bestaan echter grote verschillen. (Zie ook vraag 7 voor integrale kosten.)

4.

Is het mogelijk om naast de bestaande AWBZ-functies een aparte nieuwe functie "Fokuswonen" te introduceren, waardoor recht wordt gedaan aan de 24-uurs- verzorging voor wonen die door Fokus wordt geboden en de mogelijkheid voor andere functies opent een PGB indicering te krijgen?

4.

De door Fokus verleende zorg is goed te positioneren binnen de functiegerichte aanspraken AWBZ. Het uurtarief van de door Fokus verleende 24-uurs beschikbare ADL-assistentie in bestaande clusters is echter hoger dan de tarieven en opslagbedragen in de bestaande Extramuraal Zorg beleidsregel. CTG/ZAio zal dit jaar bezien of en hoe de bestaande tarieven en opslagen voor beschikbaarheid moeten worden bijgesteld.

Ik wil er niet op voorhand van uitgaan dat het betrekkelijk hoge uurtarief van Fokus voor bestaande clusters realistisch is. Fokus heeft momenteel een bijna monopoliepositie voor de zorg in ADL-clusters en ontbeert als subsidieontvanger de benodigde marktprikkels om doelmatig te

werken. Waarmee overigens niet is gezegd dat het uurtarief van Fokus niet realistisch zou zijn of dat Fokus niet doelmatig te werk gaat. Het CTG/ZAio wil daar terecht eerst meer inzicht in hebben voordat bezien wordt of nieuwe tarieven of opslagen worden vastgesteld.

Ik wil naar een AWBZ-brede systematiek voor bekostiging van uurtarieven voor functies als Persoonlijke verzorging of Verpleging en toeslagen voor beschikbaarheid (onplanbare/oproepbare zorg) in een geclusterde setting. Belangrijk daarbij is te bezien wat de kostprijs van de zorg zou mogen zijn en welke toeslagen zouden moeten gelden om tot adequate zorg te komen. Hierbij speelt een rol dat de kosten van "beschikbaarheid" mede afhankelijk zijn van de manier waarop de 24-uurs oproepbare zorg wordt georganiseerd, apart op projectniveau of geïntegreerd met bijvoorbeeld thuiszorg in de wijk.

5.

Fokusbewoners betaalden tot nu toe geen eigen bijdrage. Door de overgang van de regeling voor Fokus naar de AWBZ zal er wel een eigen bijdrage van de bewoners worden gevraagd. Voor veel bewoners valt deze, voor hen nieuwe, eigen bijdrage enorm zwaar. Is er gedacht aan de mogelijkheid een overgangsregeling voor deze groep te maken? Gebleken is dat er vooral problemen voor Fokusbewoners met een inkomen boven het minimum ontstaan, maar ook voor Fokusbewoners met een partner met een inkomen. Bent u bereid fokusbewoners met een betaalde baan of met een partner met een inkomen te ontzien, zodat men niet gedwongen is de rest van het leven een zeer groot deel van inkomsten uit werk in te leveren voor de verzorging van een van beide partners?

5.

In de huidige subsidieregeling hebben ADL-clusterbewoners jaren lang het voordeel gehad dat ze geen eigen bijdrage hoefden te betalen voor de ADL-assistentie. ADL-assistentie bestaat voor het grootste deel uit de functie Persoonlijke verzorging en voor een klein deel uit Verpleging. Voor beide functies is onder de AWBZ een eigen bijdrage verschuldigd. Dit geldt voor iedereen die aanspraak maakt op deze functies en in dit opzicht vind ik het rechtvaardig om ook bij ADL-clusterbewoners een eigen bijdrage te gaan heffen.

Wanneer ik een uitzondering maak voor de ADL-clusterbewoners zal daar een precedentwerking van uitgaan of het zal leiden tot rechtsongelijkheid.

Bij de voorgenomen overgang per 1-1-2006 naar de reguliere AWBZ weten de huidige bewoners al ruim een jaar welke eigen bijdrage zij gaan betalen. Ik vind een langere overgangstermijn of compensatie na 1-1-2006 niet redelijk tegenover degenen die wél een eigen bijdrage moeten betalen voor AWBZ voorzieningen. De bewoners zijn ook op de hoogte gesteld van de fiscale compensatiemogelijkheden.

6.

Wanneer komen cliënten in aanmerking voor een Fokus-woning en wanneer voor een verpleeghuisplaats?

6.

Iemand kan alleen in een verpleeghuis terechtkomen als hij beschikt over een verblijfsindicatie. Een indicatie voor de functie verblijf is gebaseerd op het principe dat het voor de persoon in kwestie niet (langer) verantwoord is de zorg buiten de instelling te ontvangen. Dat is het geval wanneer iemand is aangewezen op voortdurend nabij toezicht en/of een beschermende of therapeutische woonomgeving, én wanneer de mantelzorg c.q. het informele sociale netwerk kan in deze voorwaarden niet (langer) voorzien. Dit is vooral aan de orde bij problemen in regievoering en het organiseren van het dagelijks leven, en in mindere mate bij een hoge onplanbare zorgbehoefte. Kandidaat bewoners van een ADL cluster moeten volgens de indicatiecriteria juist wel in staat zijn de regie over hun dagelijks leven te voeren, en zijn veelal niet aangewezen op verblijf.

Om in aanmerking te komen voor een ADL-clusterwoning moeten bewoners op dit moment nog aan een aantal binnen de subsidieregeling geldende criteria voldoen, zoals sociale

zelfredzaamheid en een zorgvraag van minimaal 5 en maximaal 30 uren ADL-assistentie per week bij aanvang van bewoning.

7.

Wat is het exploitatiebudget per jaar van een Fokusplaats in- en exclusief huisvesting, en wat is het budget per jaar voor een verpleeghuisplaats in- en exclusief huisvesting voor een vergelijkbare cliënt in een verpleeghuis?

7.

Uit het onderzoek "ADL-clusters naar een reguliere financiering", uitgevoerd door het College van Zorgverzekeringen (26 augustus 2004) is gebleken dat de werkelijke kosten van een gemiddelde ADL-clusterbewoner € 63.860 per jaar bedragen (peiljaar 2003, incl. huurkosten, ADL-assistentie en aanvullende AWBZ zorg). De werkelijke kosten binnen een grote woonvorm voor lichamelijk gehandicapten bedragen € 63.195 en voor een kleine woonvorm € 43.629 per jaar.

In termen van AWBZ-kosten (obv jaarrekeningen 2002) komen de kosten van een gemiddelde ADL-cliënt overeen van die in een kleine woonvorm (ca. € 51.000). Grote woonvormen en verpleeghuis varieerden in 2002 tussen € 62.000 en € 76.000. Het CvZ stelt verder dat een zuivere kostenvergelijkingen niet gemaakt kan worden omdat weinig inzicht bestaat in de zorgzwaarte intramuraal en omdat intramurale voorzieningen een integraal budget kennen waar de verschillende elementen moeilijk toe te schrijven zijn aan kostencomponenten die een ADL-clusterbewoner zelf maakt.

8.

Wordt Fokus beschouwd als intramurale of extramurale zorg in het kader van de eigen bijdrage en in het kader van de omslagpunctdiscussie?

8.

De ADL-assistentie zoals die door Fokus wordt geleverd is een vorm van extramurale zorgverlening. ADL-clusterbewoners hebben immers geen verblijfsindicatie omdat ze sociaal redzaam zijn en niet voortdurend toezicht nodig hebben. In het kader van de omslagpunctdiscussie wil ik er voor waken dat de uitkomst van deze discussie ertoe leidt dat de huidige bewoners van ADL-clusters alsnog het zelfstandig wonen moeten opgeven. Voor nieuwe bewoners speelt in de omslagpunctdiscussie ook mee dat ik beschikbaarheid wel wil bezien in de manier waarop de 24-uurs oproepbare zorg wordt georganiseerd, apart op projectniveau of geïntegreerd met bijvoorbeeld thuiszorg in de wijk.

9.

Welke AWBZ-functies biedt Fokus?

9.

Fokus heeft een toelating verkregen als AWBZ instelling voor de functies Persoonlijke Verzorging (PV) en Verpleging (VP).

10.

Moeten bewoners van Fokuswoningen zowel de woning huren als de zorg afnemen van Fokus, of is scheiden van wonen en zorg mogelijk?

10.

Onder de huidige subsidieregeling huren de bewoners een aangepaste woning van een woningcorporatie. De ADL-assistentie nemen zij af bij Fokus of een andere aanbieder van ADL-assistentie. Er is dus sprake van een financiële scheiding van wonen en zorg. Binnen de huidige subsidieregeling wordt contractueel bepaald dat bewoners van een bepaald cluster de zorg afnemen bij de zorgaanbieder die het cluster exploiteert, omdat anders de zorgaanbieder de exploitatie van het cluster niet sluitend kan krijgen. De koppeling tussen het wonen en de zorg, zoals die nu bestaat, is na 2006 juridisch niet te handhaven. Dat betekent dat na insluiting in de AWBZ ook andere zorgaanbieders de zorg binnen een cluster kunnen leveren. Om dan nog een

doelmatige logistiek van beschikbaarheid te organiseren is samenwerking op lokaal niveau nodig tussen verschillende aanbieders. Het zorgkantoor speelt daarin een sleutelrol.

11.

Indien Fokus het deel ADL van de functie persoonlijke verzorging biedt, kunnen dan de overige delen van de functie persoonlijke verzorging via PGB of via andere organisaties worden geleverd? Zo neen, waarom niet?

11.

Zie vraag 1.

12.

Wat is het verschil in uurloon tussen medewerkers van Fokus en vergelijkbare medewerkers bij bijvoorbeeld de thuiszorg? Hoe is dit verschil te verklaren?

12.

Het CVZ heeft in 2002 onderzoek verricht naar de tarieven van de ADL-assistentie "Onderzoek tarieven ADL-assistentie", 12 augustus 2002 en constateert dat de CAO-Fokus voor de functie ADL-assistentie gemiddeld lager uitvalt dan de CAO Thuiszorg of Gehandicaptenzorg. In termen van maandsalaris (2002) is dit voor Fokus: € 1.762, voor de thuiszorg: € 1.860 en voor de gehandicaptenzorg: € 1.922. In 2003 is de CAO-Fokus bijna gelijkgetrokken met die van de thuiszorg.

13.

Wat is de laatste stand van zaken van de onderhandeling tussen u en Fokus?

Op welke wijze wordt de mening van de cliënten van de Fokuswoningen bij de onderhandelingen betrokken?

13.

Ik zou in dit verband niet willen spreken van onderhandelingen. Met Fokus en Amstelrade vindt al geruime tijd overleg plaats over de beëindiging van de subsidieregeling. Ook hebben contacten plaatsgevonden met leden van de cliëntenraad van Fokus en is een werkbezoek afgelegd. De situatie van cliënten in ADL-clusters is onderwerp geweest van onderzoek: "Park de Meer", NIZW, oktober 2003; "Fokuswonen; toetsing van het Fokusconcept in de praktijk, IRV i.o.v. CvZ, maart 2004. In die onderzoeken is o.a. de mening van cliënten gepeild.

Al vanaf 1999 is door het CvZ aan de subsidieontvangers duidelijk gemaakt dat de subsidieregeling op termijn zou worden beëindigd. In juli 2004 is schriftelijk aangekondigd bij bewoners en aanbieders dat de voorgenomen subsidiebeëindiging per 1 januari 2005 zou plaatsvinden. Wegens vertraging heb ik die datum in eerste instantie uitgesteld tot 1 april 2005. In december 2004 en januari 2005 zijn de bewoners van ADL-clusters schriftelijk geïnformeerd over de eigen bijdrage en de fiscale compensatie-mogelijkheden.

De aanbieders zijn voortdurend betrokken geweest bij het traject van subsidie-beëindiging. Zij zijn regelmatig aanwezig bij overleggen met VWS, CVZ, CTG/ZAio, CIZ, ZN en Zorgkantoor. In dit veelvuldig overleg wordt gewerkt aan een praktische oplossing van knelpunten aan de hand van een plan van aanpak, opgesteld door het CVZ. Op basis van de uitkomst van deze overleggen is de conclusie getrokken dat de overheveling van de ADL-assistentie naar de functiegerichte aanspraken haalbaar is.

Met name de stichting Fokus vreest voor zijn voortbestaan na het beëindigen van de subsidierelatie. Fokus wordt dan gelijkgeschakeld met andere zorgaanbieders en een gewone marktpartij. Amstelrade is al langer een toegelaten AWBZ-instelling. Voor de huidige bewoners blijft het belangrijkste pijnpunt de invoering van de eigen bijdrage en de vrees dat zij het zelfstandig wonen zullen moeten opgeven. Naar aanleiding van de onrust die bij bewoners leeft zijn op 7 maart jl. zowel aanbieders als cliënten op mijn departement uitgenodigd voor een gesprek met de directeur generaal maatschappelijke zorg. Uiteindelijk heb ik besloten de subsidieregeling te laten doorlopen tot 1 januari 2006 (zie mijn brief van 8 maart 2005).

14.

Met welk doel is Fokus ondergebracht bij de AWBZ?

14.

Met de modernisering van de AWBZ en de invoering van de functiegerichte aanspraken is een aantal subsidieregelingen, die nodig waren onder het oude verstrekkingensysteem, overbodig geworden. In het verleden bood de AWBZ niet voldoende ruimte voor zorg in combinatie met zelfstandig wonen van ernstig lichamelijk gehandicapten. Ik ben van mening dat zorg die 24-uur per dag beschikbaar is in een situatie van zelfstandig geclusterd wonen voor een bredere doelgroep dan alleen lichamelijk gehandicapten toegankelijk moet zijn als AWBZ voorziening. Hierbij speelt wel een rol dat de kosten van "beschikbaarheid" mede afhankelijk zijn van de manier waarop de 24-uurs oproepbare zorg wordt georganiseerd, apart op projectniveau of geïntegreerd met bijvoorbeeld thuiszorg in de wijk en hier wil ik dan ook nog verder naar laten kijken.

Verder ben ik van mening dat zo langzamerhand een scheefgroei is ontstaan tussen de rechten van ADL-clusterbewoners en de rechten en plichten die algemeen gelden in de AWBZ. Ik doel met name op het feit dat ADL-clusterbewoners tot op heden gevrijwaard zijn gebleven van de eigen bijdrageplicht voor het gesubsidieerde deel van de zorg. Aan die rechtsongelijkheid wil ik een einde maken. Een scheefgroei zie ik ook in de wijze van bekostiging en indicatiestelling (zie respectievelijk vraag 4 en 1) .

15.

Is een overgangsregeling mogelijk omdat grote onzekerheid over de gevolgen van de insluiting van Fokuswonen in de AWBZ bestaat? Er ontbreekt een structurele financiering, waardoor het nog niet te zeggen is hoe de dienstverlening er na 2005 uit komt te zien. Is het niet aangewezen om de beslissing voor insluiting van de ADL-assistentie in ieder geval uit te stellen totdat duidelijk is hoe de structurele oplossing vorm krijgt?

15.

De overgang van de subsidieregeling naar de AWBZ heeft bij cliënten veel onrust veroorzaakt. Om deze en andere redenen heb ik onlangs besloten om de subsidieregeling nog tot 1-1-2006 voort te zetten (zie mijn brief van 8 maart, DGB/ZVG-2568629). Op het moment dat de subsidieeregeling wordt beëindigd zal duidelijkheid bestaan over de financiering van de ADL-assistentie in ADL-clusters binnen de AWBZ.

16.

De indicaties worden momenteel omgezet naar een nieuwe indicatie, gebaseerd op normen die gelden in de AWBZ. Dit betekent standaardtijden voor bepaalde activiteiten. Hoe verhoudt dit laatste zich tot het behoud van het Fokusconcept dat vraaggestuurd is?

16.

Bij de omzetting van de indicatiebesluiten per 1 januari 2006 worden de oude rechten van bewoners één op één overgenomen. Mijn uitgangspunt daarbij is dat de huidige zorg voor bestaande bewoners op de oude voet wordt voortgezet. Pas bij grote veranderingen in de zorgvraag én voor nieuwe bewoners zal een nieuw integraal indicatiebesluit worden afgegeven. Binnen deze indicatie zal het CIZ op reguliere wijze handelen en kan ook standaardtijden hanteren. De indicatie zal uitgedrukt worden in een functie en klasse. Binnen deze klasse kan vraaggestuurd die zorg geleverd worden die nodig is en kunnen fluctuaties in de zorg opgevangen worden. Ook Argonaut, dat voorheen de indicatiestelling voor de ADL-assistentie verrichtte, gaat uit van standaardtijden voor de onderscheiden activiteiten. Hier was Fokus ook aan gehouden. In de toekomst zal het CIZ in zijn richtlijnen rekening houden met het feit dat een nieuwe doelgroep, met de wens tot zelfstandig wonen, zich aandient.

Een cliënt kan tegen elk besluit van een overheidsorgaan en dus ook tegen het indicatiebesluit in bezwaar gaan. In de Algemene Wet Bestuursrecht is opgenomen dat een bezwaar een besluit niet opschort.

17.

Is het mogelijk om de zorgverlening van Fokus als aparte zorgfunctie te indiceren, of kan dit wellicht als overgangmaatregel geregeld worden?

17.

Zie vraag 4 en 16.

18.

Een kenmerk van Fokus is de beschikbaarheid van zorg op afroep. Dit is een essentieel element van iemands zelfstandigheid. Uit het onderzoek van Research voor beleid (2004) naar de haalbaarheid van de insluiting blijkt dat "Een grote groep cliënten komt op grond van (fysieke) beperkingen volgens de AWBZ niet in aanmerking voor zorg op afroep, maar uitsluitend voor zorg op geplande tijden. Deze cliënten zullen dus binnen de nieuwe AWBZ een deel van hun vrijheid moeten inleveren. Zorginhoudelijk, zo concludeert het onderzoek, gaat een groot deel van de groep erop achteruit. Voor een aantal van hen is het de vraag of zelfstandig wonen in die situatie nog haalbaar blijft.". Hoe verhoudt zich dit met de verwachting dat het fokusconcept behouden wordt?

Hoe staat dit beleid in het licht van het zo lang mogelijk thuis laten wonen en participeren van ouderen en gehandicapten?

18.

Ik streef ernaar de zorg op afroep in een geclusterde setting adequaat in te bedden in de reguliere aanspraken AWBZ. Dit betekent mogelijk dat de AWBZ in de uitvoering op onderdelen moet worden aangepast. Het CTG/ZAio doet in de loop van dit jaar onderzoek hoe dit het beste kan gebeuren. De bekostiging van 24-uurs zorg op afroep in de wijk staat daarbij centraal. De onplanbaarheid van zorg blijkt, ook in de praktijk van Fokus, niet altijd even onplanbaar. Er zou misschien meer op afspraak gewerkt kunnen worden, waar dit mogelijk is. Dat hoeft niet direct afbreuk te doen aan het Fokusconcept.

Aan de zorginhoudelijke kant zijn het AWBZ-aanbieders die hun manier van zorgverlenen kunnen vormgeven naar het model van Fokus. Cliënten zullen straks vrij zijn te kiezen voor zo'n aanbieder. Ook de stichting Fokus zal deze wijze van zorgverlenen naar verwachting blijven voortzetten. Behoud van het Fokusconcept is dus enerzijds een kwestie van kostendekkende tarieven, anderzijds van aanbieders die dit model willen hanteren.

19.

Betekent de leveringsvoorwaarde B aan de functie persoonlijke verzorging dat zorg-op-afroep mag worden verwacht? Zo ja, wie gaat de zorg op afroep regelen voor cliënten, aangezien deze zorg vooralsnog niet geleverd wordt door reguliere thuiszorgorganisaties? Zo nee, betekent dit dan dat persoonlijke vrijheden van het op ieder moment van de dag kunnen inroepen van zorg en assistentie binnen het AWBZ-regime ingeperkt zullen worden?

Op welke wijze garandeert u op lange termijn de beschikbaarheid van zorg op afroep?

Klopt het dat een aantal mensen dat nu via Fokus zelfstandig kan wonen dat onder de AWBZ niet meer kan, omdat zij geen recht meer hebben op 24-uurs zorg op afroep? Zo ja, kunt u een schatting geven van het aantal? Wat gebeurt er met deze mensen? Is het intramuraal alternatief, waarop deze mensen dan aangewezen zijn, niet vele malen duurder?

19.

Het CTG/ZAio kijkt in de loop van dit jaar hoe de 24-uurs zorg op afroep in de toekomst het best kan worden bekostigd en welke leveringsvoorwaarden gelden. Hierbij speelt een rol dat de kosten van "beschikbaarheid" mede afhankelijk zijn van de manier waarop de 24-uurs oproepbare zorg wordt georganiseerd, apart op projectniveau of geïntegreerd met bijvoorbeeld thuiszorg in de wijk. Voor bestaande bewoners wil ik de oude rechten zoveel mogelijk garanderen. Hun indicatiebesluit wordt één op één omgezet in een regulier indicatiebesluit. Het is niet mijn bedoeling dat bewoners van ADL-clusters alleen als gevolg van de overgang naar de

AWBZ gedwongen worden het zelfstandig wonen op te geven. Zie voor de kostenvergelijking intra- of extramuraal vraag 7.

20.

Garandeert u de Fokuscliënten ook na 2005 gewaarborgde zorg op de manier die zij kenden voor 1 april 2005 (incl. hand- en spandiensten)? Zo neen, op welke wijze moet deze zorgbehoefte dan worden voorzien?

20.

In principe wil ik dat de zorg in bestaande ADL-clusters zoveel mogelijk kan plaatsvinden op de manier die cliënten vragen en nu binnen het Fokusconcept wordt vorm gegeven, maar binnen de kaders van de AWBZ. Ik volg daarmee de motie Smits.
Zie ook vraag 18.

21.

Bent u van mening dat er voor bewoners van Fokusprojecten vergelijkbare woonmogelijkheden met zorg dienen te zijn of te komen?

21.

Ik streef ernaar meer zorg in de wijken mogelijk te maken voor mensen met ernstige beperkingen die zolang mogelijk zelfstandig willen wonen. De ADL-clusters die zijn gerealiseerd op basis van de huidige ADL-cluster-subsidieregelingen, zullen zodanig in de AWBZ moeten kunnen worden ingepast dat bewoners hiervan zo min mogelijk hinder ondervinden. Om hierover eerst duidelijkheid te verschaffen heb ik besloten de subsidieregeling die de ADL-assistentie in de ADL-clusters bekostigt, te laten doorlopen tot 1 januari 2006. Ik vind het van groot belang de AWBZ zo in te richten dat ook in de toekomst voor mensen met ernstige beperkingen die daarvoor kiezen, zelfstandig wonen met zorg in de nabijheid mogelijk blijft. Daartoe is behalve een goede regeling voor de zorg op afroep (onplanbare zorg), ook duidelijkheid nodig over de wijze van financiering van de zorginfrastructuur, over de wijze waarop de omslagpunten ingevuld worden en over de vormgeving van een zogenaamde full-package voor zelfstandig wonende cliënten met een verblijfsindicatie.

22.

Bent u ervan op de hoogte dat het CvZ ervan uitging dat slechts 150 Fokuscliënten (+/- 15%) geconfronteerd zouden worden met een extra financiële bijdrage terwijl nu blijkt dat circa 85% van de Fokuscliënten negatieve inkomenseffecten ervaart? Is dit een reden om uw besluit te heroverwegen?

22.

In het door CVZ uitgevoerde onderzoek "Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ" is bij de berekening van de verhoging van de eigen bijdrage uitgegaan van de omvang van de totale zorgvraag van de ADL-clusterbewoner. Op grond van de naast ADL-assistentie aanvullend genoten zorg én de daarop reeds verschuldigde eigen bijdrage, concludeerden de onderzoekers dat onderbrenging van de ADL-assistentie in de AWBZ zou leiden tot een toename van de eigen bijdrage bij slechts 15% van de bewoners, omdat de meesten al aan hun maximum zaten.

Er is daarbij geen rekening gehouden met het feit dat veel bewoners hun PGB-zorg zo efficiënt inkopen dat zij hun eigen bijdrage gedeelte van het PGB niet inzetten voor de inkoop van zorg. Als gevolg van de innings-systematiek van de eigen bijdrage, eerst over de ZIN en vervolgens over het PGB, blijkt dat een grotere groep dan eerder voorzien, zichtbaar negatieve gevolgen lijkt te ondervinden van de invoering van de eigen bijdrage voor de ADL-assistentie, omdat ze in het kader van PGB hun eigen bijdrage feitelijk niet voor inkoop van zorg benutten. De stichting Fokus veronderstelt dat hierdoor niet 15% maar 85% van de bewoners wordt geconfronteerd met een hogere eigen bijdrage. Ik kan dit percentage niet bevestigen.

Het feit dat de groep groter is dan voorzien doet echter niet af aan het principe dat ik vind dat voor iedereen die gebruik maakt van de AWBZ dezelfde regels gelden. Ik zie dan ook geen reden

om de eigen bijdrage plicht voor de groep ADL-clusterbewoners te heroverwegen of de innings-systematiek te herzien.

23.

Vindt u het redelijk om Fokusbewoners een eigen bijdrage te laten betalen, daar waar bij overige AWBZ instellingen men vooraf bekend is met het fenomeen eigen bijdrage en op basis hiervan kan beslissen?

De eigen bijdrage is conform het AWBZ-tarief voor Zorg zonder verblijf, dezelfde regeling waaronder de thuiszorg valt. Bent u het ermee eens dat Fokuscliënten geen keuze hebben omdat zij het zich niet kunnen veroorloven om de zorg op te zeggen ondanks de financiële gevolgen? Bent u van plan de financiële gevolgen te compenseren anders dan de huidige belastingmaatregelen?

Is een overgangsmaatregel mogelijk gezien het plotselinge karakter van de invoering van de eigen bijdrage en de hoogte hiervan?

23.

Zie vraag 5.

24.

Welke gevolgen heeft de overgang van Fokus naar AWBZ in termen van lastenverzwaring en reductie van het PGB?

Wat zijn de inkomenseffecten per inkomensgroep van overheveling van het Fokuswonen naar de AWBZ? Klopt het dat het negatieve inkomenseffect voor modale inkomens 10% is?

Vindt u een eigen bijdrage van 10% een bedrag dat een fokuscliënt met zijn of haar gezin ineens kan opbrengen? Is dit volgens u in overeenstemming met de intentie om het fokusconcept te behouden? Is dit volgens u in overeenstemming met de motie Smits c.s., d.d. 18-01-2005?

Klopt het dat de financiële gevolgen vooral voor stellen enorm zijn? Belemmert dit niet iemands vrije keus om een baan te nemen, een relatie aan te gaan en kinderen te willen?

Vindt u het redelijk dat bij het vaststellen van de hoogte van de eigen bijdrage rekening wordt gehouden met het inkomen van de partner zodat in geval van een werkende partner 10% van het bruto inkomen dient te worden afgedragen terwijl een alleenstaande slechts de minimale bijdrage van € 16,20 per maand betaalt?

24.

Na 1 januari 2006 gaan bewoners van ADL-clusters een nieuwe of hogere eigen bijdrage betalen. Om de koopkrachteffecten daarvan te beschrijven, kunnen in de huidige situatie de volgende drie groepen worden onderscheiden.

1. Bewoners die een netto PGB ontvangen en nu hun bruto PGB volledig besteden aan zorg. Zij betalen nu dus al een eigen bijdrage. Deze kan opgevoerd worden als specifieke uitgave in de Buitengewone Uitgavenregeling waardoor zij een belastingteruggave ontvangen.
2. Bewoners die een netto PGB ontvangen en alleen hun netto PGB besteden. Zij kopen minder zorg in dan waarvoor zij geïndiceerd zijn en besteden dus niet het (hele) bedrag van hun eigen bijdrage. De daadwerkelijk aan zorg uitgegeven eigen bijdrage kan opgevoerd worden als specifieke uitgave in de Buitengewone Uitgavenregeling.
3. Bewoners die nu geen PGB ontvangen. Zij betalen geen eigen bijdrage.

Door de overgang naar het eigen bijdrageregime van de AWBZ gaan alle groepen ook voor de ADL-assistentie in de vorm van zorg in natura een eigen bijdrage betalen en komen ze tevens in aanmerking voor teruggave op grond van de Buitengewone Uitgavenregeling. Voor de verschillende groepen heeft dat het onderstaande tot gevolg.

- Groep 1 besteedt in de huidige situatie al het eigen bijdragebedrag en maakt gebruik van de Buitengewone uitgavenregeling. Een groot gedeelte van deze groep betaalt nu de maximale eigen bijdrage en ondervindt geen koopkrachtgevolgen.
- Groep 2 besteedt in de huidige situatie niet de maximale eigen bijdrage. Afhankelijk van de mate waarin zij het hun toegekende PGB met de daaraan gekoppelde in te zetten eigen bijdrage besteden, variëren de koopkrachteffecten voor deze groep van nul (volledig

volmaken bruto-PGB) tot het maximum (alleen volmaken netto-PGB). Het maximum koopkrachteffect is voor de groepen 2 en 3 gelijk.

- Groep 3 betaalt in de huidige situatie geen eigen bijdrage. Hierdoor zijn de koopkrachteffecten voor groep 3 het meest merkbaar.

In 2006 zijn de koopkrachteffecten voor groep 3 weergegeven in onderstaande tabel. Deze effecten zijn gelijk aan de maximale effecten voor groep 2.

	Alleenverdiener zonder kinderen	Alleenverdiener met kinderen	Alleenstaand	Tweeverdiener met kinderen	Tweeverdiener zonder kinderen
WML	+ 1,0%	+ 0,8%	+ 0,6%		
120% WML	+ 1,8%	+ 1,5%	+ 0,4%		
Modaal	-0,2%	+0,1%	- 2,9%	- 1,7%	- 2,6%
Modaal + 1/2* Modaal	- 7,4%	- 6,2%	- 10,8%	- 5,6%	- 6,7%
	Echtpaar met kinderen	Alleenstaand			
Bijstand	+0,9%	-1,0%			

De positieve effecten bij de lage inkomens worden veroorzaakt doordat de betaalde eigen bijdrage opgevoerd wordt als specifieke kosten in de Buitengewone Uitgavenregeling en er bovendien een (nominale) chronisch ziekenforfait uitgekeerd wordt.

De bovenstaande effecten zijn het logische gevolg van de vormgeving van de eigen bijdrageregeling zoals die geldt voor alle mensen die gebruik maken van AWBZ-voorzieningen. De hier besproken groep is bijzonder omdat het zorggebruik relatief groot is. Dit leidt er toe dat het maximum van de eigen bijdrageregeling bereikt wordt. Hierin staan de ADL-clusterbewoners niet alleen. In de huidige subsidieregeling hebben ADL-clusterbewoners jaren lang het voordeel gehad dat ze geen eigen bijdrage hoefden te betalen voor de ADL-assistentie. Ik vind het redelijk dat bij het vaststellen van de hoogte van de eigen bijdrage rekening wordt gehouden met het gezamenlijk inkomen van de partners. Daarom wordt sinds jaar en dag in de AWBZ de hoogte van de eigen bijdrage op dit gezamenlijke inkomen vastgesteld. Dit geldt bovendien niet alleen bij de AWBZ. Bij inkomensafhankelijke regelingen is het huishoudinkomen in het algemeen de basis voor de hoogte van de bijdrage, uitkering of tegemoetkoming. Het is verder niet zo dat een alleenstaande altijd slechts de minimale bijdrage betaald. Dat hangt af van de hoogte van het inkomen. Ik vind dat voor iedereen die gebruik maakt van de AWBZ dezelfde regels gelden en wil dan ook een einde maken aan de bestaande rechtsongelijkheid. Ik zie dan ook geen reden om de eigen bijdrage plicht voor de groep ADL-clusterbewoners te heroverwegen of de innings-systematiek te herzien.

Zie ook vraag 5.

25.

De nieuwe indicatie wordt gebaseerd op zowel de oude indicatie alsook de zorgregistratie door Fokus. Dit kan voor het CIZ aanleiding zijn voor vragen en aanpassingen:

- Hoe verhoudt dit laatste zich tot de belofte dat er geen verandering in het huidige aanbod komt?
- Mag het CIZ dit op eigen houtje doen?
 - Hoe worden de rechten van cliënten hierin verdedigd?
 - Kan de cliënt tegen deze nieuwe indicatie in beroep gaan? Wordt de zorg, gebaseerd op de oude uren, gegarandeerd terwijl het beroep in behandeling is?
- Maakt de CIZ zijn werkwijze transparant?

25.

Voor het CIZ is het indicatieadvies, zoals eerder opgesteld door Argonaut ten behoeve van de ADL-assistentie, leidend. Het CIZ zet deze Argonaut-indicatie om in een AWBZ-indicatie in termen van functies en klassen. Daarbij gaat het in hoofdzaak om de functie persoonlijke verzorging, eventueel aangevuld met verpleging. Het CIZ controleert, in geval er ook al een eerdere AWBZ-indicatie bekend was van een cliënt, of geen sprake is van dubbel indiceren c.q. van onrechtmatige zorg en past zondig de reeds eerder geïndiceerde AWBZ-zorg aan. Het CIZ heeft de taak om te beoordelen in hoeverre iemand in redelijkheid is aangewezen op zorg vanwege de AWBZ.

De cliënt kan tegen de nieuwe indicatie in beroep gaan. De CIZ-indicatie is een besluit zoals bedoeld in de Algemene wet bestuursrecht (AWB).

De zorg, gebaseerd op de oude uren, wordt niet gegarandeerd terwijl een beroep in behandeling is. De Algemene wet bestuursrecht bepaalt dat een bezwaar het besluit niet opschort. Het bestreden bezwaar blijft dus gehandhaafd tot het moment dat het bezwaar eventueel gegrond blijkt. De weg van de voorlopige voorziening staat open als cliënten tot het moment dat een beslissing op het bezwaar is genomen in de problemen komen.

Het CIZ zal het omzetten van het indicatieadvies van Argonaut op een geprotocolleerde wijze afhandelen en de resultaten registreren. In die zin is de werkwijze van het CIZ transparant. Bij de omzetting van de indicatiebesluiten worden de oude rechten overgenomen. Pas bij grote veranderingen in de zorgvraag zal wel een nieuw integraal indicatiebesluit worden afgegeven.

26.

Gaat u er voor zorgen dat budgethouders hun PGB voor persoonlijke verzorging en verpleging na 1 april kunnen behouden, zodat zij de geïndiceerde hulp en zorg die niet door Fokus (of andere ADL-clusteraanbieder) wordt geleverd, zelf kunnen blijven regelen?

Gaat u er voor zorgen dat de insluiting van ADL-clusterwonen in de AWBZ per 1 april er niet toe leidt dat bewoners hun aanspraak op verpleging die niet door Fokus (of andere ADL-clusteraanbieder) wordt geleverd, kwijt raken?

26.

Zie vraag 1.

27.

Bent u bereid een onderzoek te laten verrichten naar de wijze waarop ADL-assistentie in de AWBZ kan worden geformuleerd, dat nodig is om er voor te zorgen dat de assistentie die mensen met een zware lichamelijke beperking nodig hebben om zelfstandig te functioneren op de juiste wijze in de indicatiestelling wordt beoordeeld?

27.

Uit eerder onderzoek van Research voor Beleid (augustus 2004) is gebleken dat de ADL-assistentie bestaat uit de functies PV en VP en op grond daarvan aanspraken zijn onder de functiegerichte AWBZ. Het probleem is niet de formulering van de ADL-assistentie binnen de AWBZ, maar de tarifiering van de leveringsvoorwaarde waarbinnen de ADL-assistentie geleverd wordt. Het CTG/ZAio doet hiernaar onderzoek. Bij de indicatiestelling wordt rekening gehouden met de zorgvraag van ADL-clusterbewoners.

28.

Is het u bekend, dat een groot aantal van de cliënten van Fokus een PGB voor persoonlijke verzorging heeft voor ADL-assistentie buiten de woning, zoals op het werk of universiteit, assistentie bij het zwemmen, tijdens vakanties in Nederland, bij doktersbezoek, begeleiding in de trein, e.d.? Zo ja, hoe gaat dit in de toekomst verlopen?

28.

Zie vraag 1.

29.

Is het u bekend, dat Fokus niet kan voorzien in de arrangementen die cliënten op basis van een PGB zelf hebben georganiseerd, en dat de in dat kader gemaakte afspraken niet door Fokus kunnen worden overgenomen, al zou Fokus willen?

29.

Fokus kan, net als andere AWBZ-aanbieders, anderen inhuren om de geïndiceerde zorg te leveren die zij zelf niet binnen de functie kunnen bieden.

30.

Heeft u zich bij het nemen van uw beslissing om de subsidies voor de zorg in ADL-clusters (Fokuswoningen) per 1 april 2005 te beëindigen en over te hevelen naar de reguliere aanspraken AWBZ gerealiseerd dat daarmee de cliënten van Fokus niet meer in aanmerking kunnen komen voor een PGB persoonlijke verzorging, omdat de AWBZ regelt dat de cliënt per AWBZ-functie moet kiezen tussen natura of PGB en het Fokuswonen persoonlijke verzorging in natura impliceert? Beseft u dat dit een ramp betekent voor mensen die met een PGB voor niet door Fokus aangeboden activiteiten creatieve oplossingen hebben gevonden? Is hiervoor een oplossing?

30.

Zie vraag 1.