

Vergaderjaar 1994–1995

**24 333**

**Modernisering ouderenzorg**

**Nr. 1**

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARISSEN VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VAN VOLKSHUISVESTING, RUIMTELIJKE ORDENING EN MILIEUBEHEER**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 1 september 1995

**1. Inleiding**

Deze brief bevat de uitwerking van de afspraak uit het regeerakkoord om bij de modernisering van de ouderenzorg de hoofdlijnen van het advies «Ouderenzorg met toekomst» als uitgangspunt te nemen. Het is tevens de kabinetsreactie op het vorig jaar uitgebrachte advies van de «Commissie Modernisering Ouderenzorg» onder voorzitterschap van dr. R.W. Welschen.<sup>1</sup>

De opbouw van deze brief is als volgt. Paragraaf 2 geeft de voorgeschiedenis. Paragraaf 3 schetst de hoofdlijnen van het kabinetsbeleid. Deze hoofdlijnen worden in de paragrafen 4,5 en 6 geconcretiseerd voor respectievelijk de Wet op de bejaardenoorden (WBO), wetgeving op het terrein van de zorg en voor de volkshuisvesting. Paragraaf 7 behandelt de harmonisatie van de eigen bijdragen in de zorg. Paragraaf 8 heeft als onderwerp de relatie tussen wonen, zorg en welzijn. Gelet op het belang van het onderwerp besteedt paragraaf 9 apart aandacht aan de indicatiestelling. In paragraaf 10 komen financiële aspecten aan de orde. Tot slot worden in paragraaf 11 de beleidsvoornemens samengevat.

Wij zullen de modernisering van de ouderenzorg met kracht ter hand nemen. Daartoe zullen wij overleg voeren met de provincies, de gemeenten, de aanbieders van zorg, de ouderenorganisaties, de verzekeraars, en de woningbouwcorporaties over de uitvoering van de voorstellen.

Op basis van deze beleidsbrief zal de noodzakelijke wetgeving worden voorbereid. Adviesaanvragen aan de Ziekenfondsraad en de Raad voor de gemeentefinanciën worden eveneens voorbereid. Over de voortgang zal de Tweede Kamer op gezette tijden geïnformeerd worden.

<sup>1</sup> Ouderenzorg met toekomst, advies van de commissie modernisering ouderenzorg, Ministerie van WVC, mei 1994.

S-OZ  
S-BB  
S-AFE  
S-BH  
S-GV

## 2. Voorgeschiedenis

### 2.1 Schotten tussen wonen en zorg en binnen de zorg

Voor het bevorderen van de zelfstandigheid en onafhankelijkheid van ouderen zijn het wonen, het welzijn en de zorg van belang. De belangrijkste voorzieningen op het terrein van de ouderenzorg zijn het verpleeghuis, het bejaardenoord, de gezinsverzorging en het kruiswerk. Elke zorgvoorziening kent een eigen planningssysteem, financieringswijze en indicatiesysteem. Er staan schotten tussen de voorzieningen. Maar niet alleen binnen de zorg bestaan deze. Op lokaal niveau doen zich evenzeer knelpunten voor in de afstemming tussen de huisvestings-, zorg- en sociale functies.

Het is de verdienste van de Commissie Modernisering Ouderenzorg de nadelige gevolgen van deze schotten overtuigend in kaart te hebben gebracht.

### 2.2 Substitutie in de ouderenzorg

In reactie op het rapport «Kosten van vergrijzing voor WVC»<sup>1</sup> besloot het toenmalige kabinet de ontwikkeling van de intramurale capaciteit geen gelijke tred te laten houden met de demografische ontwikkeling, maar te streven naar substitutie. Van zwaar naar licht, van curatie naar preventie, van intramuraal naar thuis, van professioneel naar informeel, van «complex» naar «eenvoudig», en van «duur» naar «goedkoop». Op deze wijze trachtte het toenmalige kabinet een als gevolg van de vergrijzing sterk oplopend beslag op de collectieve middelen te mitigeren. Om de mogelijkheden van substitutie te verkennen subsidieerde in de periode 1988–1991 de minister van WVC zeven «demonstratieprojecten substitutie in de ouderenzorg»<sup>2</sup>.

Deze projecten toonden aan dat verschuivingen binnen de zorg mogelijk waren, kwalitatief tot goede zorg leidden, beter tegemoet kwamen aan de wensen van ouderen, en bovendien tot besparingen konden leiden. De constatering dat «intramurale zorg» veelal heel goed «extramuraal» kon worden verleend zette de hardheid van het onderscheid intramuraal en extramuraal onder druk. De gedachte dat voor alle ouderen in bejaardenoord en verpleeghuizen zorg en verblijf «onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn» werd door de praktijk op losse schroeven gezet. Het bleek mogelijk gekwalificeerde verpleeghuiszorg te geven aan ouderen in een bejaardenoord en thuis, terwijl ook zorg vanuit het bejaardenoord thuis geleverd kon worden.

Om deze ontwikkeling verder mogelijk te maken werden twee «flexibiliseringsmaatregelen» genomen. De «reikwijdteverbreding van de WBO» maakte het mogelijk om aan ouderen met een indicatie voor een bejaardenoord «bejaardenoordzorg» thuis te leveren. De «Subsidie-regeling substitutie verpleeghuiszorg» stelde het verpleeghuis in staat zorg te leveren aan ouderen met een indicatie voor een verpleeginrichting die thuis of in het bejaardenoord verbleven. Op zeer grote schaal is dit in praktijk gebracht: via vele honderden projecten maken duizenden ouderen gebruik van deze vormen van zorgvernieuwing.

### 2.3 Opkomst van de woonzorg-complexen

De bovenstaande maatregelen droegen tevens bij aan de opkomst van «woonzorg-complexen» (wozoco's). Daarin wonen ouderen zelfstandig. Ouderen met een indicatie voor een bejaardenoord of verpleeghuis ontvangen er op grond van hun indicatie wel zorg van «intramuraal» niveau. Wie de huur niet kan opbrengen ontvangt, onder de gebruikelijke

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1986–1987, 19 434, nr. 5.

<sup>2</sup> Zie voor eindrapportage: Demonstratieprojecten in de ouderenzorg, ITS Nijmegen, 1991.

voorwaarden, individuele huursubsidie (IHS). Doordat deze «wozoco's» ook nog de nodige bouwkundige extra's hebben (brede overdekte gangen, een gemeenschappelijke ruimte), bevindt de huur zich veelal op het hoogste niveau waarop nog recht op IHS bestaat. Vaak worden de woonlasten gedrukt met subsidies ten laste van WBO-middelen voor investeringen (zorginfrastructuur), objectsubsidies, gemeentelijke subsidies en de inzet van reserves van corporaties. Er was naar het oordeel van het vorige kabinet sprake van een «kwaliteitssprong» waarover geen formele politieke besluitvorming had plaatsgevonden. Dat kabinet zocht naar een helder beleidskader voor deze, op zich gewenste, maatschappelijke ontwikkeling.

Het vorige kabinet stuurde brieven naar de Tweede Kamer over de relatie tussen wonen en zorg in het algemeen en de woonzorg-complexen in het bijzonder. De brief van 16 november 1992 gaf een visie op hoofdlijnen voor een nieuwe benadering van de relatie tussen wonen en zorg.<sup>1</sup> Geconstateerd werd dat er zich tussen zelfstandig wonen en wat «klassiek intramuraal» wordt genoemd een «grijs tussengebied» heeft ontwikkeld, dat om een ordening vraagt (het zogenaamde «drie-kolommen-model»). Op 24 mei 1993 kwam het kabinet met een nadere uitwerking.<sup>2</sup>

De afwijzing door de Kamer van dit drie-kolommen-model was mede aanleiding de inmiddels ingestelde Commissie Modernisering Ouderenzorg te verzoeken om, behalve over de gewenste ontwikkeling van de ouderenzorg, tevens te adviseren over de ordening van wonen en zorg.<sup>3</sup>

#### *2.4 Advies van de Commissie Modernisering Ouderenzorg*

Centraal in het advies van de commissie staat het onderbrengen van de ouderenzorg in één financieringskader. De commissie heeft daarvoor twee opties onderzocht: een volledige decentralisatie van de ouderenzorg naar (samenwerkende) gemeenten en een volledige financiering van de ouderenzorg, inclusief de bejaardenoorden, uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).

Alles afwegend koos de commissie voor de AWBZ-variant, te weten: het brengen van de gehele ouderenzorg onder de AWBZ, inclusief de bejaardenoorden. De commissie adviseerde gelijktijdige invoering van een bouwstop voor de verpleeghuizen en een aanzienlijke versterking van de thuiszorg. Een deel van de bejaardenoorden zou volgens de commissie dan fasegewijs getransformeerd worden tot verpleeginrichtingen. In dit model hebben verzekeraars en niet de gemeenten de eindverantwoordelijkheid voor de zorg.

Voor de grens tussen zelfstandig wonen en niet zelfstandig wonen sloot de commissie zich aan bij de criteria in de wetgeving en jurisprudentie. Zij verwees daarbij onder andere naar het Burgerlijk Wetboek. Daarbij gaat het om het al of niet in het appartement aanwezig zijn van een keuken, gericht op het bereiden van complete maaltijden, een directe toegang, etcetera.

De commissie bepleitte de nodige terughoudendheid bij het ombouwen van bejaardenoorden tot complexen met een hoge kwaliteit van het wonen. Bejaardenoorden zouden in de toekomst voor ouderen met lagere inkomens nodig zijn.

De commissie adviseerde ook een harmonisatie van de verschillende eigen-bijdragen-systemen onder de voorwaarde dat de totale opbrengst van de eigen bijdragen na harmonisatie gelijk moest zijn.

Tenslotte deed de commissie voorstellen rond zorgvernieuwing en regionale samenwerking, en gaf zij aan dat bij maximale substitutie en onder diverse voorwaarden een reële groei van het budget voor de

<sup>1</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1992–1993, 21 814, nr 15.

<sup>2</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1992–1993, 21 814, nr 19.

<sup>3</sup> UCV 3, 11 oktober 1993, Vaste Commissies voor Welzijn en Cultuur, voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening en voor de Volksgezondheid.

ouderenzorg van 1% toereikend zou zijn. Dit percentage was opgebouwd uit 0,5% volume en 0,5% voor het zogenaamde «Baumol effect».<sup>1</sup>

### **3. Hoofdpijnen van het kabinetsbeleid**

#### *3.1 Regeerakkoord*

Het regeerakkoord geeft aan dat naar verhouding meer ouderen zelfstandig moeten kunnen blijven wonen, en dat bij de uitwerking daarvan het rapport Modernisering Ouderenzorg als leidraad dient. Tevens voorziet het regeerakkoord in integrale overheveling van de bejaardenoorden naar de AWBZ, en wordt aangegeven dat bij de voorzieningen voor ouderen onderscheid wordt gemaakt tussen «intramurale zorg en wonen met extramurale zorg».

Het kabinet heeft zich echter de vraag gesteld of in deze sector, in afwijking van het regeerakkoord, een begin gemaakt zou kunnen worden met scheiding van wonen en zorg. Alleen de zorg in de bejaardenoorden zou dan onder de AWBZ worden gebracht, terwijl op het verblijf de regelingen van de volkshuisvesting van toepassing zouden zijn.

#### *3.2 Scheiden van wonen en zorg onderzocht*

Bij het scheiden van wonen en zorg behoeft in principe de woonsituatie van een oudere niet automatisch bepalend te zijn voor de vraag welke zorg geleverd wordt. Omgekeerd zou ook het beschikbare aanbod van zorg in principe niet afhankelijk moeten zijn van de woonsituatie. De oudere krijgt binnen redelijke grenzen de zorg geleverd waarvan inhoud en omvang zijn vastgesteld op basis van onafhankelijke indicatiestelling. Daar waar zorg en verblijf (vanwege de benodigde infrastructuur) zeer nauw samenhangen is scheiding van wonen en zorg zowel vanuit de inhoud van de zorg als vanuit efficiency-overwegingen niet wenselijk. Bij scheiden van wonen en zorg zouden ouderen het verblijf zelf moeten betalen. Voorzover zij dat niet zouden kunnen betalen zouden zij een beroep kunnen doen op de IHS. De zorg komt ten laste van de AWBZ.

De ouderenorganisaties samenwerkend in het CSO en de Landelijke Organisatie van Bewonerscommissies van Bejaardenoorden pleitten hiervoor.<sup>2</sup> Ook de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) gaf zwaarwegende inhoudelijke argumenten voor het scheiden van wonen en zorg.<sup>3</sup>

#### *3.3 Keuze kabinet*

Het kabinet is na ampele overweging tot de conclusie gekomen dat scheiding van wonen en zorg voor de bejaardenoorden thans niet haalbaar is.

Bij scheiden van wonen en zorg worden ouderen in het bejaardenoord geacht zelfstandig te wonen. Op het verblijf is dan ook de regelgeving van de volkshuisvesting van toepassing, terwijl de zorg dan aangemerkt wordt als thuiszorg. De kosten van de dienstverlening zouden ouderen zelf moeten betalen omdat deze noch onder de volkshuisvesting, noch onder de AWBZ zouden vallen. Het kabinet heeft hiervan de inkomenseffecten berekend. De bewoners van bejaardenoorden met een inkomen tot en met modaal zouden een beroep moeten doen op inkomensondersteunende maatregelen, waaronder de bijstand. Ouderen met een inkomen van 1,5 modaal ondervinden bij scheiden van wonen en zorg een gemiddeld positief inkomenseffect. Deze inkomenseffecten vond het kabinet niet aanvaardbaar.

<sup>1</sup> Hieronder wordt verstaan het achterblijven van de arbeidsproductiviteit bij de stijging van de loonkosten, waardoor zich een stijging van de prijzen voordoet. Dit effect doet zich met name voor in de dienstensector, waaronder de zorgsector.

<sup>2</sup> «Zorgeloos wonen of gewoonlijk zorgen» (Bijdrage van de ouderenorganisaties aan de discussie over samenhang tussen wonen en zorg), CSO 1995; «Van verzorgingshuis naar woonzorgcentrum», LOBB en COSBO-Nederland, 1991.

<sup>3</sup> Huisvesting met zorg, NRV, 1994.

Bovendien zouden ouderen worden geconfronteerd met verschillende financieringswijzen en subsidiestromen, hetgeen de duidelijkheid voor ouderen niet vergroot.

Zoals aangegeven zouden veel ouderen een beroep moeten doen op inkomensondersteunende maatregelen. Deze maatregelen betekenen in feite een nieuwe financiering van een bepaalde groep van voorzieningen. Dit heeft grote gelijkenis met het «drie-kolommen-model» van het vorige kabinet, hetgeen door de Kamer is verworpen.

Belangrijk bijkomend probleem is dat er wat betreft de wooncomponent in bejaardenoorden veelal sprake is van een ongunstige prijs/kwaliteit-verhouding, afgezet tegen het woningwaarderingstelsel van de Huurprijzenwet woonruimte (HPW).

Ook op andere onderdelen is de regelgeving op het terrein van de volkshuisvesting (Wet IHS, garantieregeling sociale woningbouw) nu niet toegesneden op de scheiding van wonen en zorg in bejaardenoorden.

Het kabinet houdt daarom vast aan de uitgangspunten van het regeerakkoord, en kiest, met de Commissie Modernisering Ouderenzorg, voor een twee-kolommenmodel. Bejaardenoorden en verpleeghuizen vallen integraal onder de AWBZ-gefinancierde intramurale sector (eerste kolom). Met ingang van 1 januari 1997 zal de financiering van de bejaardenoorden ten laste komen van het AFBZ. Het streven is verzorging en het daaraan inherente verblijf vanaf het jaar 2002 als aanspraak in de AWBZ op te nemen. De periode 1997 tot en met 2001 is een overgangsfase, waarin de Ziekenfondsraad de bejaardenoorden, op grond van een subsidieregeling, subsidieert.

Bewoners van de zogenaamde aan- en inleunwoningen, serviceflats en overige bejaardenwoningen vallen onder het regime van de volkshuisvesting. Zij kunnen wat betreft de zorg een beroep doen op de reguliere thuiszorg en welzijnsvoorzieningen.

Dit geldt ook voor de woonzorg-complexen. Deze complexen konden alleen worden gerealiseerd door een opeenstapeling van subsidies. Door subsidies op het terrein van de zorg onder te brengen in het nog in te richten zorgvernieuwingsfonds, en de subsidiëring in handen te leggen van het verbindingkantoor, wordt opeenstapeling van subsidies vanuit de zorg voorkomen (zie paragraaf 5.6). De lopende subsidieverplichtingen jegens projecten zullen vanuit het zorgvernieuwingsfonds worden overgenomen.

### *3.4 Uitwerking regeerakkoord voor de zorg*

Bij brief van 20 maart 1995 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de uitwerking van het regeerakkoord ten aanzien van de zorgverzekeringen en kostenbeheersing.<sup>1</sup> In deze brief is aangegeven dat uitvoering van het regeerakkoord een ordening betekent van het verzekeringsstelsel in drie compartimenten. Voor de modernisering van de ouderenzorg is het eerste compartiment van belang, te weten de AWBZ. Dit compartiment bevat de langdurige zorg en de onverzekerbare risico's. In de AWBZ worden – naast de verpleeghuizen welke nu reeds onder de werkingssfeer van deze wet vallen ondermeer de bejaardenoorden en de (langdurige) thuiszorg ondergebracht. Binnen dit compartiment bestaat strikte regulering van het aanbod. Voor de bejaardenoorden geldt dat vanaf 2002 de WZV en de WTG van kracht zullen zijn.

### *3.5 Functie bejaardenoorden en verpleeghuizen*

Met de commissie Modernisering Ouderenzorg is het kabinet van mening dat grote terughoudendheid moet worden betracht in de verdere

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar, 1994–1995, 24 124, nrs. 1–2.

uitbreiding van het aanbod aan residentiële ouderenzorg. De huidige verpleeghuizen worden op den duur exclusief bestemd voor zwaar gedragsgestoorde demente ouderen, ouderen die zeer intensieve (bijna 24 uur) complexe verpleging en verzorging nodig hebben en de patiënten die kort verblijven voor de revalidatie/reactiveringsfunctie. Het betekent dat aan het huidige zorgaanbod in bejaardenoorden een extra zorgpakket toegevoegd moet worden dat voorheen door het verpleeghuis werd geleverd. Vanaf de thuiszorg, via het bejaardenoord tot en met het verpleeghuis ontstaat een continuüm, waarbij steeds intensievere zorg gepaard gaat met verschillende vormen van (aangepaste) huisvesting en verblijf. Daarin bevindt zich ook het «verzorgingshuis nieuwe stijl» dat is bedoeld voor ouderen die de regie over hun leven beginnen te verliezen. Gelet op de populatie die in de toekomst in het verpleeghuis opgenomen gaat worden, is substitutie tussen het huidige verpleeghuis en bejaardenoord te verwachten in de zin van het op termijn verleggen van de patiëntenstroom tussen beide. Veel bejaardenoorden wensen zich te ontwikkelen tot verzorgingshuis nieuwe stijl. De grote uitdaging is met name hoe de bejaardenoorden te moderniseren (bouwkundig, functioneel en deskundigheid van het personeel) tot deze verzorgingshuizen nieuwe stijl.

Het kabinet sluit zich aan bij de WoonZorg Federatie, die stelt dat het niet doelmatig en ook niet nodig is dat deze verzorgingshuizen nieuwe stijl en verpleeghuizen over precies dezelfde faciliteiten zouden moeten beschikken.<sup>1</sup>

In dat licht hebben wij advies gevraagd aan het Nationaal Ziekenhuisinstituut en College van Ziekenhuisvoorzieningen over de mogelijkheden om verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen te bieden. In beide recent ontvangen adviezen wordt aangegeven dat het voor bepaalde groepen verpleeghuispatiënten mogelijk is adequate zorg te bieden in een verzorgingshuis.<sup>2</sup> Daarbij wordt gedacht aan chronisch somatische patiënten met een min of meer stabiel functieniveau en aan patiënten met een lichte of middelzware psychogeriatrische problematiek.

Beide adviezen komen tot het oordeel dat het voor een goede kwaliteit van de zorg noodzakelijk is dat er een nauwe samenwerking tussen verpleeghuis en verzorgingshuis tot stand komt.

Uit de adviezen blijkt tevens dat een aanpassing van de bouwkundige situatie alsmede een verzwaring van de personeelsformatie zowel in kwalitatieve als kwantitatieve zin noodzakelijk is voor het bieden van verantwoorde zorg. Door het College van Ziekenhuisvoorzieningen is een globaal bouwkundig referentiekader opgesteld waarmee kan worden bepaald in welke mate de gebouwen van verzorgingshuizen moeten worden aangepast ten behoeve van deze nieuwe functie van het verzorgingshuis.

## **4. Intrekken Wet op de bejaardenoorden (WBO)**

### *4.1 Inleiding*

De financiering van de bejaardenoorden uit het AFBZ heeft gevolgen voor de WBO welke in deze paragraaf worden beschreven. De WBO wordt ingetrokken. Deze overheveling naar de AWBZ dient uiteraard zorgvuldig te geschieden. Daartoe zijn overgangsmaatregelen nodig, welke eveneens in deze paragraaf aan de orde komen.

### *4.2 Verevening en planning*

Bewoners van de bejaardenoorden dienen thans de prijs van het verblijf zelf te betalen. Voorzover zij dat niet kunnen wordt hun bijdrage aangepast aan hun draagkracht (inkomen en vermogen). De houders van

<sup>1</sup> Het verzorgingshuis, spil van vernieuwing, rapport van de WoonZorg Federatie, Zeist, januari 1995.

<sup>2</sup> Onderzoek toetsingskader verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen, NZi, 1995; Verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen, CvZ, 1995.

de bejaardenoorden ontvangen ter compensatie een bijdrage in de exploitatie van respectievelijk de provincies of vier grote steden. De provincies en vier grote steden ontvangen hiervoor van VWS een specifieke uitkering. De WBO kent tot en met het jaar 2001 een proces van verevening tussen provincies en vier grote steden, welke er op is gericht over te stappen van een berekening van de specifieke uitkeringen op grond van de capaciteit naar een berekening op basis van het aantal 75 plussers per provincie/grote stad. Op deze wijze wordt beter aangesloten bij de samenstelling van de bevolking.

Deze verevening brengt met zich mee, dat in de loop van de tijd de uitkering aan een aantal provincies en grote steden (relatief) afneemt, terwijl die aan andere toeneemt. Dit uitgangspunt vormt voor deze overheden de basis voor hun bejaardenoordenbeleid; een en ander vindt zijn neerslag in de op te stellen provinciale en grootstedelijke plannen. De huidige planperiode loopt per 1 januari 1997 af. Dit zou goed aansluiten bij financiering van de bejaardenoorden uit het AFBZ die immers ook op 1 januari 1997 is voorzien. Alhoewel deze plannen per 1 januari 1997 aflopen, ontwikkelen provincies en grote steden beleid dat verder gaat dan de formele planperiode. Zij hielden en houden daarbij rekening met de meerjarencijfers van de rijksbegroting en hun aandeel daarin op basis van de verevening. Zij doen dit omdat bouwen, renoveren of sluiten van een bejaardenoord een langdurig proces is. Om deze beleidsontwikkeling niet te doorkruisen meent het kabinet dat, ondanks de voorgenomen financiering van de bejaardenoorden uit het AFBZ per 1 januari 1997, moet worden vastgehouden aan de verevening. Om de noodzakelijke groei in sommige gebieden mogelijk te maken, dienen de middelen beschikbaar te komen uit de voorziene kortingen elders. Dit kan worden geëffectueerd door de provincies en vier grote steden bij wet op te dragen voor de periode 1997 tot en met 2001 een plan voor de bejaardenoorden op te stellen waarvan de financiering past binnen de voor de provincie of grote stad op grond van de verevening bestemd budget. Omdat de daadwerkelijke financiering van de oorden plaatsvindt door de Ziekenfondsraad (zie paragraaf 5.1), kan dit budget als een «papierbudget» worden beschouwd.

Het kabinet is het niet eens met de aanbeveling van de commissie Modernisering ouderenzorg de capaciteit van de intramurale zorg drastisch terug te brengen. Het kabinet is van mening dat de commissie de substitutie te rooskleurig voorstelt. Inzet van het overleg met provincies en Ziekenfondsraad is dan ook de huidige intramurale capaciteit zoveel mogelijk te handhaven. Het gaat dan om ongeveer 185 000 plaatsen.

Om in uitvoeringstechnische zin de overgang van de bejaardenoorden naar de AWBZ te faciliteren verdient het aanbeveling de provincies en vier grote steden een advies te laten uitbrengen aan de Ziekenfondsraad met betrekking tot de begrotingen en jaarrekeningen van de in hun provincie/grote steden gelegen bejaardenoorden, en het rijk voor de bejaardenoorden met een bijzondere functie. De daadwerkelijke vaststelling van de begroting en de jaarrekening geschiedt door de Ziekenfondsraad. Op deze wijze kunnen ook de provincies gestalte geven aan hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de uitkomsten van het op te stellen plan voor de periode 1997 tot en met 2001 (uitbreiding, renovatie of sluiting, doorlopende verplichtingen).

Voor de provincies is voor de periode tot 2002 een taak weggelegd ten aanzien van de planning en de advisering met betrekking tot de bekostiging. Na deze periode zullen de hiervoor via het Provinciefonds beschikbaar gestelde middelen uit dit fonds worden gelicht.

#### 4.3 Sluiting

De huidige WBO bevat een uitgebreide sluitingsparagraaf. Deze paragraaf is nodig om de provincies en grote steden een instrument te geven de plannen te effectueren. Zeker provincies en grote steden die door de verevening het budget zien teruglopen hebben in het verleden van dit instrument gebruik gemaakt. Omdat het kabinet voornemens is de verevening materieel te handhaven, zullen de provincies en grote steden tot en met 2001 de bevoegdheid houden bejaardenoorden te sluiten. Deze bevoegdheid betekent niet altijd daadwerkelijke sluiting, maar ook beperking van capaciteit, renovatie en wijziging van bestemming in bijvoorbeeld een verpleeginrichting.

#### 4.4 Kwaliteitsbeleid

Thans is het kwaliteitsbeleid ten aanzien van de bejaardenoorden volledig gedecentraliseerd (incl. democratisering, klachtregeling etc.) naar de provincies en vier grote steden. Zij stellen verordeningen vast, en hebben een eigen inspectie.

Na aanvaarding van het wetsontwerp Kwaliteitswet zorginstellingen door de Staten Generaal, zal deze wet ook van toepassing zijn op de bejaardenoorden. In deze wet is het toezicht op de kwaliteit in de bejaardenoorden gelegd bij de inspecties bejaardenoorden. Het kabinet stelt voor om vanaf 1997 tot vergaande samenwerking een ingroei te komen van de inspecties op de bejaardenoorden bij de inspectie Gezondheidszorg, en uiterlijk in 2002 de inspectie Gezondheidszorg te belasten met het toezicht.

#### 4.5 Bejaardenoorden met een bijzondere functie (BBF)

Bij wijziging van de Wet op de bejaardenoorden in 1984 werd de minister van WVC verantwoordelijk voor de bejaardenoorden met een bijzondere functie. Volgens de Memorie van toelichting bij de wet was «..(een) apart beleidsregime (...) gewenst vanwege de omvang van het werkingsgebied van deze tehuizen dat in ieder geval meerdere provincies omvat en soms zelfs landelijk is, of anders vanwege specifieke kenmerken daarvan.» Voorbeelden zijn de bejaardenoorden voor oudere religieuzen, oorden voor indische nederlanders, het oord voor vrijmetselaars, joden en die voor blinden en slechtienden.

De vraag is of deze categorie oorden in de toekomst als een aparte categorie moet worden gehandhaafd.

Ten aanzien van de levensbeschouwelijke grondslag kan worden opgemerkt dat er nu ook voorzieningen zijn die zich op een specifieke doelgroep richten. Voor de voorzieningen die zulks niet doen is het een vereiste dat men bij de opname geen belemmeringen mag opwerpen. Naar het oordeel van het kabinet is er dan ook geen reden om voor voorzieningen op levensbeschouwelijke grondslag een apart regime te handhaven.

Steeds meer vindt er binnen de bestaande capaciteit van instellingen een zekere specialisatie plaats, bijvoorbeeld verpleeghuizen voor jongeren, of voor MS patiënten. Er is dan ook geen reden om voor al deze groepen afzonderlijke voorzieningen in stand te houden, boven de provinciale normen. Slechts in die gevallen waarin sprake is van een zeer specifieke ziekte of handicap, kan dit vanwege schaalgroottes worden overwogen.



Eventuele meerkosten vanwege verzorging van een bijzondere groep (specifiek indicatiegebied) kunnen nu reeds ten laste worden gebracht van het AFBZ.

Overeenkomstig het gestelde in 4.2 zal de staatssecretaris van VWS op basis van een nieuw Plan Bejaardenoorden met een Bijzondere Functie (1997 tot en met 2001) tot 2002 advies uitbrengen aan de Ziekenfondsraad met betrekking tot de begroting en de jaarrekeningen van de bejaardenoorden met een bijzondere functie.

#### *4.6 Indicatiestelling*

In de WBO is thans geregeld dat een oudere pas opgenomen mag worden in een bejaardenoord na een daartoe strekkend advies van de gemeentelijke indicatiecommissies. De indicatiestelling is onderwerp van paragraaf 9.

#### *4.7 Centrale commissie bejaardenoorden.*

De Centrale commissie voor de bejaardenoorden zal formeel ophouden te bestaan. Gezien de opvattingen van Kamer en kabinet rond adviesorganen (Raad op maat) kende de Ccb al een «slapend» bestaan. Zij heeft eerder besloten haar taak niet meer uit te oefenen.

#### *4.8 Partneropname*

De WBO biedt de mogelijkheid om een partner, die zelf geen zorgvraag heeft, mede op te nemen in een bejaardenoord. Het opnemen van een partner onder het regime van de AWBZ, zonder dat er sprake is van een eigen zorgaanspraak past op zich niet binnen het stelsel van de ziektekostenverzekering. Immers men heeft zelf geen zorgvraag. Om toch tegemoet te komen aan de maatschappelijke wens tot partneropname gaat de voorkeur uit naar het tegen betaling van de kostprijs (niet de zorgkosten en alles wat daarmee samenhangt omdat wordt verondersteld dat de partner zelf geen zorg nodig heeft; wel de totale kosten van het wonen, de voeding, eventueel de bewassing en overhead etc.) van het verblijf opnemen van partners in het bejaardenoord. Wat betreft de huidige partners zal de bestaande situatie vanzelfsprekend worden gecontinueerd. Partners die in een intramurale instelling verblijven zullen geen beroep kunnen doen op IHS voor kosten van verblijf.

#### *4.9 Conclusie ten aanzien van de WBO*

De WBO zal met ingang van 1 januari 1997 worden ingetrokken. Dit is met name nodig om financiering van de bejaardenoorden via het AFBZ mogelijk te maken. Hiertoe wordt ook de AWBZ gewijzigd. Voor de periode 1997 tot en met 2001 geldt een overgangsregime. De verevening blijft materieel in stand. Daartoe stellen de provincies en vier grote steden plannen op.

### **5. Wetgeving op het terrein van de zorg**

#### *5.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*

De Ziekenfondsraad financiert met ingang van 1 januari 1997 die bejaardenoorden die in het bezit zijn van een door de provincie, door de vier grote steden, dan wel door de minister van VWS afgegeven verklaring van geen bezwaar, dan wel voorzover zij voorkomen in de provinciale en grootstedelijke plannen voor de bejaardenoorden of het

rijksplan voor de bejaardenoorden met een bijzondere functie (1997 tot en met 2001).

### *5.2 Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV)*

De WZV zal zich in de toekomst voornamelijk beperken tot (vervangende) nieuwbouw. Het in de huidige WZV praktijk gegroeide systeem van bouwprioriteiten zal worden geformaliseerd. De rol van de provincies verandert, omdat het huidige systeem van planvorming wordt verlaten. In het systeem van landelijke sectorale zorgvisies is voorzien in een adviserende rol van de provincies bij de vaststelling van het bouwprogramma. Hiermee wordt een waarborg ingebouwd dat de intersectorale samenhang zoals die in de regiovisie tot uiting kan komen, wordt meegewogen bij de uiteindelijke vaststelling van het bouwprogramma.

De vereenvoudiging van de WZV is voorzien per 1 januari 1997 en zal voor wat betreft de ouderenzorg van toepassing zijn op de verpleeghuizen. De bejaardenoorden zullen per 1 januari 2002 onder het regime van de WZV komen.

### *5.3 Wet tarieven gezondheidszorg (WTG)*

Met het WTG instrumentarium worden de prijzen gereguleerd en de macro kosten beheerst. In de WBO worden de begrotingen van de bejaardenoorden elk jaar door de direct subsidiërende overheid vastgesteld. Op basis daarvan wordt het benodigde subsidie voor de instelling bepaald. Daar elke provincie vrij is in het bepalen van de bekostigingsregels bestaat er in grote lijnen geen uniformiteit ten aanzien van de te hanteren normen en uitgangspunten. Uiterlijk in 2001 zal bovenstaande situatie beëindigd zijn. Het COTG zal gevraagd worden richtlijnen te formuleren die uitgangspunt zijn voor de vaststelling van de budgetten voor de bejaardenoorden. Gelet op de prijsverschillen tussen bejaardenoorden kan er een discrepantie bestaan tussen het huidige en toekomstige budget van een bejaardenoord. Als vanzelfsprekend zal er van een geleidelijke toegroei sprake moeten zijn. De periode 1997 tot en met 2001 zal gebruikt worden om deze ingroei mogelijk te maken.

### *5.4 Harmonisatie eigen bijdragen*

De eigen bijdragen voor de zorg zullen worden geharmoniseerd. In paragraaf 7 wordt een en ander uitgewerkt.

### *5.5 Uitvoering eigen bijdrage regeling*

Voor wat de verpleeghuizen betreft is nu op basis van het Administratiebesluit AWBZ het Centraal Administratie Kantoor (CAK) belast met de regulering van de geldstromen naar de instellingen en met vaststelling en inning van de eigen bijdragen. Uiteraard zou voor wat betreft de bejaardenoorden de rol van de gemeenten kunnen worden gehandhaafd. Het kabinet meent dat de vaststelling en inning in één hand moet komen. Inherent aan de keuze voor de AWBZ kiest zij daarbij voor het CAK. De gemeenten hebben hier geen taak.

De kosten die het CAK maakt voor de uitvoering van deze taak zullen worden gedekt uit de gelden die nu via het Gemeentefonds aan de gemeenten ter beschikking worden gesteld.

### *5.6 Zorgvernieuwingsfonds*

Voor de financiering van de zorgvernieuwing heeft het kabinet niet

gekozen voor verzekeringsaanspraken, maar voor een gebudgetteerde subsidiesystematiek.

Het budget voor de door de Ziekenfondsraad vast te stellen c.q. te verlengen subsidieregeling voor zorgvernieuwing verpleging en verzorging zal worden gevuld door het binnen die regeling samenvoegen van – een groot deel van – de financiële ruimte die is gereserveerd voor de groei van de betrokken sectoren, en door overheveling van het budget vanuit de flexibiliseringsregelingen, zoals b.v. de substitutie en de vrije marge regeling. De verbindingkantoren zullen op basis van met zorgaanbieders te sluiten contracten, subsidiëren. Over de wijze waarop dit sectorale budget over de regionale verbindingkantoren zal worden verdeeld heeft de Ziekenfondsraad eerder geadviseerd.

Voor de ouderenzorg is een dergelijk fonds immers niet nieuw. Het uitgangspunt voor de op dit terrein bestaande regeling is om ook aan de zorgverzekeraars verantwoordelijkheid toe te kennen voor de te verstrekken zorg en daarbij tevens de regio een belangrijke rol te geven bij de prioritering van de beschikbare middelen.

Vooralsnog is de regeling vastgesteld voor één jaar nl. 1995; ze zal worden geëvalueerd.

Per 1 juli 1995 is in de regeling de mogelijkheid toegevoegd voor de toewijzing van een persoonsgebondenbudget. Hiervoor is momenteel ca. f 40 mln. beschikbaar.

De regeling heet per 1 juli dan ook «Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorgvernieuwing verpleging en verzorging», en werkt terug tot 1 januari 1995, met uitzondering van het persoonsgebonden budget, dat 1 juli is ingegaan.

De middelen worden verdeeld over de 27 WZV-regio's. In de subsidie-regeling zijn voorschriften gegeven m.b.t. het regionaal overleg dat de verbindingkantoren als budgethouder met relevante partijen terzake hebben te voeren. Dit overleg zal vanaf 1996 naar verwachting op dit niveau vooral gaan over de prioriteiten die moeten worden gesteld in de besteding van de middelen uit het zorgvernieuwingsfonds (niveau van zorgvernieuwingsprogramma's). Op basis daarvan zal de verzekeraar met de respectieve aanbieders kunnen gaan contracteren over afzonderlijke zorgvernieuwingsprojecten, binnen de regio.

De opbouw van de beschikbare middelen voor de 2e helft van 1995 is op jaarbasis de volgende:

1. substitutiegelden Ziekenfondsraad	f 47,7 mln.
2. zwevende bedden	f 85,6 mln.
3. overige regelingen	f 21,2 mln.
<hr/>	
Subtotaal verpleging/verzorging	f 154,5 mln.
4. coördinatie vrijwillige thuiszorg	f 7,7 mln.
5. persoonsgebondenbudget (1/7/95)	f 40,0 mln. +
<hr/>	
Totaal binnen de regeling	f 202,2 mln.

Voor 1996 wordt dit in ieder geval uitgebreid met de middelen uit de 4% vrije margeregeling voor verpleeghuizen (ongeveer f 142 mln.). De opbouw van middelen laat zien dat de middelen van het fonds goeddeels voor projecten wordt ingezet. De looptijd daarvan zal door partijen uiteraard moeten worden gerespecteerd zodat eerst geleidelijk tot inzet voor nieuwe projecten kan worden gekomen. Tevens zal het bedrag van het persoonsgebonden budget in 1996 met f 45 mln. worden verhoogd.

Bij overheveling van de bejaardenoorden naar de AWBZ zullen aan deze regeling worden toegevoegd de middelen voor de dagopvang, nacht-

opvang en tijdelijke opname in bejaardenoorden en de gelden reikwijdteverbreding WBO. Door terughoudend beleid ten aanzien van de uitbreiding van capaciteit bejaardenoorden en verpleeghuizen, kunnen extra middelen voor de ouderenzorg (volumegroeirimte) onder andere vanuit het zorgvernieuwingsfonds worden ingezet.

Voor het beschikbaar stellen van zorg, gefinancierd vanuit het zorgvernieuwingsfonds is onafhankelijke indicatiestelling een vereiste. Bovendien is een eigen bijdrage verschuldigd. De nog te ontwerpen geharmoniseerde eigen bijdrage regeling voor de thuiszorg zal eveneens voor voorzieningen uit het zorgvernieuwingsfonds van toepassing zijn.

## **6. Volkshuisvesting**

### *6.1 Accent op de voorraad*

Als gevolg van de vergrijzing zal op het terrein van de volkshuisvesting in toenemende mate rekening moeten worden gehouden met specifieke behoeften en wensen van ouderen. Het beleid ten aanzien van de huisvesting van ouderen moet concreet gestalte krijgen op decentraal niveau. De marktpartijen zijn hiervoor primair verantwoordelijk. Oplossingen zullen zoveel mogelijk in de bestaande woningvoorraad moeten worden gevonden. Met nieuwbouw alleen zal namelijk niet aan de groeiende kwantitatieve en kwalitatieve vraag van ouderen kunnen worden voldaan. Ook ouderen zelf willen vaak zo lang mogelijk in de eigen, vertrouwde omgeving blijven wonen. De geneigdheid om te verhuizen is bovendien relatief laag.

Het toenemende belang van de voorraad neemt overigens niet weg dat de nieuwbouw van strategisch belang blijft. In de eerste plaats om de gewenste doorstroming te bevorderen. Daarnaast kan nieuwbouw nodig zijn om in bepaalde regio's bestaande tekorten aan bepaalde typen woningen weg te werken. Onder meer door de projecten van de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) en de Nationale Woning Raad (NWR) is inmiddels genoegzaam bekend waaraan nieuwbouw moet voldoen om ook voor ouderen geschikt te zijn. Uit de experimenten aanpasbaar bouwen blijkt bovendien dat voor het overgrote deel van de nieuwbouw aanpasbaar bouwen mogelijk is zonder noemenswaardige meerkosten. Om te zien in hoeverre aanpasbaar bouwen al goed gebruik is bij nieuwbouw zal nog dit jaar onderzoek plaatsvinden naar de toepassing in de praktijk. Eind 1995 zal de staatssecretaris van VROM aan de Tweede Kamer een brief over ouderenhuisvesting doen toekomen, waarin nadere voorstellen worden gedaan tot vergroting van de toegankelijkheid van de bestaande woningvoorraad en de nieuwbouw.

Om ouderen in de vertrouwde woonomgeving te laten blijven, moet de fysieke toegankelijkheid van de bestaande voorraad worden vergroot.

De Commissie Modernisering Ouderenzorg constateert in haar rapport dat kwantitatieve gegevens over de behoefte aan investeringen in de voorraad slechts fragmentarisch voorhanden zijn. Hiernaar zal op lokaal niveau gericht onderzoek moeten worden gedaan.

Naast de woning zijn ook andere zaken van belang, zoals openbaar vervoer en winkelvoorzieningen. Een integrale aanpak op wijk-, buurt- en gemeenteniveau is vereist. Op dit moment loopt in het kader van de SEV een aantal lokale experimenten. Het kabinet zal bezien hoe deze activiteiten kunnen worden versterkt en mogelijk uitgebreid.

## 6.2 Kosten van wonen

De kosten van wonen worden in beginsel door de bewoner zelf gedragen. Voor zover het inkomen daartoe ontoereikend is, bestaat de mogelijkheid van individuele huursubsidie.

Er zijn in de afgelopen jaren complexen ouderenwoningen gerealiseerd met extra bouwkundige voorzieningen (bijvoorbeeld brede, overdekte gangen, een gemeenschappelijke ruimte) gericht op het (kunnen) ontvangen van zorg. De Commissie Modernisering Ouderenzorg bepleit grote terughoudendheid ten aanzien van het aanbrengen van allerlei extra bouwkundige voorzieningen. Uit SEV-experimenten met «lichte» projecten, waarbij goede afspraken worden gemaakt met zorgaanbieders, is gebleken dat zorg op hoog niveau kan worden geleverd zonder dan de complexen voorzien behoeven te zijn van allerlei bouwkundige extra's. Het kabinet acht het daarom niet nodig voor de kosten van extra bouwkundige voorzieningen een aparte subsidie te creëren.

## 6.3 Rol corporaties

De Commissie Modernisering Ouderenzorg bepleitte dat corporaties hun dienstenaanbod uitbreiden. Onder auspiciën van de SEV zijn op dit moment experimenten gaande op het gebied van «serviceplus». Het betreft lokale samenwerkingsprojecten van corporaties, gemeenten en instellingen van thuiszorg.

Deze ontwikkelingen worden toegejuicht. Zij passen in de visie van een integrale aanpak. Weten dat er hulp komt als deze nodig is, vergroot het gevoel van veiligheid bij ouderen. Het vergroot ook de mogelijkheden in de eigen, vertrouwde woonomgeving te blijven. Wel dienen goed de verschillende verantwoordelijkheden te worden onderscheiden.

Een deel van de bejaardenoorden (ca. 40%) is eigendom van corporaties. Deze corporaties kunnen hun taak (het beheer van het onroerend goed) ook blijven vervullen nadat de WBO is ingetrokken. Zij moeten daarbij wel blijven voldoen aan de geldende exploitatievoorschriften van VROM. De betrokken corporaties zullen afspraken moeten maken met de toekomstige financier (Ziekenfondsraad) over o.a. fonds- en reservevorming. Over de praktische consequenties van e.e.a. zal nog nader overleg worden gevoerd met de landelijke centrales van woningbouwverenigingen, instanties in de volkshuisvesting en de Ziekenfondsraad.

Bezien op de langere termijn is het kabinet van mening dat de betrokken corporaties zich moeten bezinnen op de vraag of continuering van de activiteiten op dit terrein in de rede ligt.

## 6.4 Onderzoek en overleg

Het recent beschikbaar gekomen Woningbehoefteonderzoek 1993/1994 verschaft op landelijk en regionaal niveau het nodige inzicht in vraag en aanbod op het terrein van de ouderenhuisvesting.

Op basis hiervan zal een trendanalyse worden gemaakt van de behoefteontwikkeling op langere termijn. Verder zal de monitoring van de praktijkontwikkelingen worden versterkt.

De noodzaak en de mogelijkheden om voldoende geschikte huisvesting voor ouderen te realiseren zullen de komende tijd regelmatig onderwerp zijn van overleg tussen het ministerie van VROM, gemeenten, corporaties, ouderenbonden en overige partijen in de volkshuisvesting.

## **7. Harmonisatie eigen bijdragen in de zorg**

### *7.1 Vermogenstoets bejaardenoorden*

Overheveling van de bejaardenoorden naar de AWBZ maakt een harmonisering van de verschuldigde eigen bijdragen in bejaardenoorden en verpleeghuizen noodzakelijk. De AWBZ kent een eigen bijdrageregeling waarbij de verschuldigde bijdrage gerelateerd is aan het inkomen. Daarbij geldt voor verpleeghuizen thans een maximum eigen bijdrage van f 2 200,- per maand. In het kader van de WBO betaalt men in principe zelf de verzorgingsprijs. Op basis van het Bijdragebesluit bewoners van bejaardenoorden wordt gezien of iemands inkomen en eventueel vermogen toereikend is om deze verzorgingsprijs te betalen. Is dat niet het geval dan wordt het verschil door de provincie/VWS gesuppleerd. Het kabinet heeft besloten de vermogenstoets bij bewoners van bejaardenoorden per 1 januari 1997 af te schaffen. Aan het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (IOO) is gevraagd de financiële effecten van de afschaffing te berekenen<sup>1</sup>. Volgens het IOO leidt afschaffing van de vermogenstoets op korte termijn tot een verlies aan eigen bijdragen van ca. f 270 mln. op jaarbasis.

### *7.2 Harmonisatie eigen bijdragen intramurale zorg*

Volgens het IOO zal wanneer de AWBZ regeling voor de verpleeghuizen volledig wordt toegepast op de bejaardenoorden, het verlies f 445 mln. zijn. Dit wordt met name veroorzaakt door afschaffing van de vermogenstoets en doordat de regeling een wachttijd kent alvorens men de maximale eigen bijdrage moet betalen, terwijl deze maximale eigen bijdrage lager is dan de (gemiddelde) prijs in het bejaardenoord.

Ter harmonisatie wordt voorgesteld de periode van vrijstelling van de inkomensafhankelijke eigen bijdrageheffing voor nieuwe verpleeghuisbewoners van wie op grond van hun indicatiestelling moet worden aangenomen dat zij langdurig zullen worden verpleegd, te beëindigen (men denke bijvoorbeeld aan psychogeriatrische patiënten). Op deze wijze worden bewoners van bejaardenoorden en verpleeghuizen gelijk behandeld. Daarmee wordt niet alleen de derving voor de bejaardenoorden volgens het IOO beperkt tot f 355 mln., er is een extra opbrengst bij de verpleeghuizen te verwachten van f 25 mln. Tevens zal de maximale inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor zowel bejaardenoorden als verpleeghuizen in de verpleeghuizen worden gesteld op f 3000,-. Hierdoor wordt het besparingsverlies bij de bejaardenoorden beperkt tot f 320 mln., terwijl bij de extra opbrengst bij de verpleeghuizen toeneemt tot f 35 mln. Het netto besparingsverlies van de harmonisatie van de eigen bijdragen in de bejaardenoorden en de verpleeghuizen bedraagt derhalve f 285 mln. Wanneer hierbij een aantal onzekerheden van statistische aard in ogenschouw wordt genomen kan het netto besparingsverlies worden geraamd op ca. f 270 mln.

Volgens het IOO zijn de effecten op langere termijn moeilijker in te schatten. Twee effecten lijken dominant. Als gevolg van de afschaffing van de vermogenstoets zullen ouderen in veel mindere mate interen op hun vermogen en zullen de inkomsten uit vermogen toenemen. Bovendien zal bij afschaffing in belangrijke mate de prikkel ontvallen om delen van het vermogen door te geven aan familieleden. Het IOO schat dat de kosten van afschaffing van de vermogenstoets op langere termijn kunnen teruglopen.

### *7.3 Reductie derving eigen bijdragen*

Door de harmonisatie van de eigen bijdragen voor de bejaardenoorden

<sup>1</sup> Afschaffing vermogenstoets bewoners van bejaardenoorden, IOO, augustus 1995.

en de verpleeghuizen ontstaat er een derving aan eigen bijdragen van f 270 mln.

Het kabinet ziet de volgende lijnen waar langs dit bedrag kan worden gereduceerd:

#### 1. Meeropbrengst inkomen uit vermogen.

Bij het afschaffen van de vermogenstoets zullen ouderen in veel mindere mate interen op hun vermogen, zodat, ceteris paribus, de inkomsten uit vermogen zullen toenemen. Bovendien ontvalt in belangrijke mate de prikkel om delen van het vermogen door te geven aan familieleden. Duidelijk is dat niet alleen de inkomsten uit vermogen per oudere zullen toenemen maar ook het aantal ouderen met een eigen vermogen zal toenemen. Op basis van onderzoek van het IOO kan na een periode van ca. 5 jaar een meeropbrengst van f 50 mln. worden verwacht.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
meeropbrengst	10	20	30	40	50	60	70

#### 2. Aanpassing eigen betalingen voor tijdelijke opname in een bejaardenoord.

Bij tijdelijke opname van ouderen in een bejaardenoord wordt een bedrag van f 210,- per maand in rekening gebracht (besparingsmotief). Deze eigen bijdrage komt overeen met de gemiddelde bijdrage die thans in het kader van de WBO verschuldigd is. Daarnaast wordt een eigen bijdrage naar analogie van de gezinsverzorging in rekening gebracht. Als men thuis voor gezinsverzorging betaalt dan moet dit ook in het bejaardenoord betaald worden.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
meeropbrengst	10	10	10	10	10	10	10

#### 3. Aanpassing eigen betalingen voor reactivering in verpleeghuizen.

Ook aan deze groep ouderen wordt een bijdrage zoals voor de gezinsverzorging gevraagd. Het gaat hier om gehuwden en alleenstaanden met een eigen huishouding.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
meeropbrengst	5	5	5	5	5	5	5

#### 4. Kwaliteitstoeslag voor verblijf.

Aan ouderen die daartoe financieel in staat zijn wordt voor het verblijf in kwalitatief zeer goede bejaardenoorden een toeslag in rekening gebracht. Draagkracht op zich is echter geen criterium voor het toelaten van mensen tot deze bejaardenoorden. Met andere woorden, deze oorden blijven voor iedereen toegankelijk. De Woon Zorg Federatie heeft aangegeven deze optie redelijk te vinden.

Deze maatregel moet nader worden uitgewerkt. De opbrengst wordt geraamd op f 30 mln. per jaar.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
meeropbrengst	30	30	30	30	30	30	30

## 5. Rijksbijdrage KPZ

In het kader van de Wet van Otterloo zal de rijksbijdrage KPZ in vier stappen worden verminderd, te beginnen in 1996. Het betreft hier de afroaming van een onbedoeld voordeel voor oudere KPZ-verzekerden. Door de middelen aan te wenden binnen het kader van deze brief blijven deze beschikbaar voor ouderen.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
opbrengst	23	55	85	103	103	103	103	103

## 6. Substitutiewinst

In het kader van het Financieel Overzicht Zorg wordt uitgegaan van een jaarlijkse groei van de kosten van 1,3%. De Commissie Modernisering Ouderenzorg raamde daarentegen dat de groei kan worden beperkt indien haar voorstellen ten aanzien van substitutie verpleeghuizen, bejaardenoorden, thuiszorg en mantelzorg zouden worden gerealiseerd. Van belang hierbij is dat deze «winst» een structureel karakter draagt. Het Kabinet gaat uit van een reële groei van 1%.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
opbrengst	27	60	94	105	115	125	135

## 7. Opbrengst Prijzenwet

Een deel van de nog niet aangewende ruimte die door de inzet van de Prijzenwet geneesmiddelen beschikbaar komt, kan worden aangewend voor de dekking van de kosten van de harmonisatie van de eigen bijdrageregelingen. Het gaat om een tijdelijke inzet van deze middelen.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
opbrengst	110	60	0	0	0	0	0

Het totaal van de maatregelen ziet er samengevat als volgt uit:

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
derving eigen bijdragen		270–	270–	270–	270–	270–	270–	270–
kwaliteitstoelag		30	30	30	30	30	30	30
inkomen uit vermogen		10	20	30	40	50	60	70
tijdelijke opname BO		10	10	10	10	10	10	10
reactivering verpleeghuizen		5	5	5	5	5	5	5
rijksbijdrage KPZ	23	55	85	103	103	103	103	103
substitutiewinst		27	60	94	105	115	125	135
prijzenwet geneesmiddelen		110	60	0	0	0	0	0
<b>restant</b>	<b>23</b>	<b>23–</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>43</b>	<b>63</b>	<b>83</b>



#### 7.4 Harmonisatie eigen bijdragen thuiszorg

Ook in de thuiszorg divergeren de eigen bijdrageregelingen. Zo kent de gezinsverzorging een inkomensafhankelijke eigen bijdrage, terwijl het kruiswerk een contributie-regeling kent. Het kabinet onderzoekt de mogelijkheid van een integrale regeling voor de thuiszorg, waarbij uitgangspunt is dat de totale opbrengst van die nieuwe regeling gelijk moet zijn aan de huidige opbrengst, te weten f 445 mln. Door de LVT is er op aangedrongen een nieuwe regeling liefst met ingang van 1 januari 1996 in werking te doen laten gaan.

### 8. Relatie wonen zorg en welzijn

De Commissie Modernisering Ouderenzorg pleitte voor het instellen van zorgregio's als afzonderlijke rechtspersonen/openbare lichamen. Deze regio's zijn bedoeld om het beleid van de verzekeraars en de gemeente onderling af te stemmen. Op die wijze kunnen de beschikbare middelen optimaal worden ingezet. Ook pleitte de commissie ervoor de inbreng van ouderenorganisaties te formaliseren.

Het kabinet is van oordeel dat er een nauwe relatie bestaat tussen zorgbeleid, huisvestingsbeleid en welzijnsbeleid. Zij heeft er voor gekozen de verantwoordelijkheid voor de financiering van de zorg uit het eerste compartiment neer te leggen bij de verbindingkantoren. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het overige (ouderen)beleid, zoals neergelegd in bijvoorbeeld de WVG, de Welzijnswet en de Bijstandswet, en het volkshuisvestingsbeleid. Het ligt voor de hand dat er samenwerkingsverbanden tussen verbindingkantoren en gemeenten ontstaan om het beleid op elkaar af te stemmen. De praktijk wijst dit inmiddels ook al uit. Het kabinet zal een en ander echter niet wettelijk regelen. Of deze samenwerkingsverbanden daadwerkelijk tot stand komen en inhoud krijgen hangt immers niet af van het wettelijk voorschrijven daarvan, maar van de betrokkenheid en het enthousiasme van de partijen. Er zullen dan ook geen afzonderlijke rechtspersonen i.c. regio's wettelijk worden voorgeschreven.

Het kabinet wordt hierin gesteund door de VNG.<sup>1</sup> Samenwerking dient van onderop plaats te vinden. Daarbij passen geen blauwdrukken voor bepaalde vormen van samenwerking of van bovenaf vastgestelde territoriale grenzen, aldus de VNG. Uit deze publikatie blijkt tevens dat inmiddels tenminste 79% van de gemeenten contacten heeft met zorgverzekeraars. Naarmate gemeenten groter zijn ligt dit percentage nog hoger. Inmiddels hebben ruim 100 gemeenten en 14 regionale zorgverzekeraars convenanten rond samenwerking afgesloten. Het kabinet wil deze goede ontwikkeling verder stimuleren door een heldere verdeling van verantwoordelijkheden in de ouderenzorg te creëren, zoals is verwoord in deze brief.

De provincie kan desgewenst als katalysator optreden. Voor de jaren tot en met 2001 stelt zij plannen op in het kader van de WBO en heeft zij een adviserende taak in het kader van de WZV voor de verpleeghuizen. Na 2001 adviseert zij op basis van de WZV m.b.t. de residentiële (ouderen)-zorg als het gaat om omvangrijke nieuwbouwactiviteiten. In het kader van deze taken is een regionaal overleg tussen provincie, gemeenten, verbindingskantoor, aanbieders en cliënten wenselijk. Ten aanzien van de laatste ligt het voor de hand zowel de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie als de ouderenorganisaties te laten deelnemen. In haar brief van 30 mei 1995 aan het IPO heeft de minister van VWS haar visie gegeven op het instrument van de regiovisie. In ieder geval geeft de regiovisie de invulling van de verantwoordelijkheid van de diverse

---

<sup>1</sup> Zorgen voor samenhang, onderzoek en opvattingen over een integrale benadering in zorg, welzijn en wonen. VNG uitgeverij, maart 1995.

partijen op hoofdlijnen, echter zonder hieraan juridisch afdwingbare rechtsgevolgen te verbinden.

Het beschreven model doet een sterk appèl op de bereidheid van betrokken partijen, waaronder de aanbieders van zorg, gezamenlijk te komen tot een sluitend netwerk voor voorzieningen voor de ouderen. Het is niet passend daarover centraal met voorschriften te komen. Temeer nu is gebleken dat het zelforganiserend vermogen binnen het veld mag worden onderschat. De oriëntatie op de zorgvraag van de burger zal de instellingen in goed overleg moeten bewegen tot een adequaat en afgestemd aanbod. De afgelopen jaren hebben laten zien dat – ondanks barrières – de zorgaanbieders tot een aanzienlijke dynamiek en flexibiliteit zijn gekomen. Deze moeten in de toekomst behouden blijven.

## **9. Indicatiestelling**

### *9.1 Inhoud van indicatiestelling*

In het regeerakkoord is aangegeven dat indicatiestelling onafhankelijk en objectief dient plaats te vinden. In deze paragraaf wordt de door het kabinet voorgestelde indicatiestelling op hoofdlijnen weergegeven.

Onder indicatiestelling wordt verstaan het verkennen van de zorgvraag van de verzekerde, het inventariseren van de zorgbehoefte en het objectief bepalen welke zorg naar inhoud, omvang en kwaliteit nodig is, ter effectuering van de wettelijke zorgaanspraken. Hierbij wordt geabstraheerd van eventuele beperkingen van bijvoorbeeld financiële en organisatorische aard bij de instelling die de geïndiceerde zorg zal verlenen. Objectief impliceert ook dat de indicatiestelling ten minste moet voldoen aan door de overheid vastgestelde indicatievereisten. Deze vereisten hebben gelding voor het gehele proces van indicatiestelling, indicatiebepaling en zorgtoewijzing of machtiging.

### *9.2 Onafhankelijke indicatiestelling*

Het kabinet kiest ervoor de verantwoordelijkheid voor het proces van organisatie van de indicatiestelling op te dragen aan de gemeenten. Daarbij wordt aangesloten bij de gegroeide praktijk onder de Wet op de bejaardenzorg. De aanmelding van een zorgvraag dient in de gemeente, dat wil zeggen, zo dicht mogelijk bij de burger plaats te vinden. Het is aan de gemeenten om, samen met de zorgaanbieders en de verzekeraar, die dit immers mede moeten «dragen», het alom zo gewenste «ene loket» daadwerkelijk vorm en inhoud te geven. Aan dit ene loket kan ook de door de Commissie Modernisering Ouderenzorg bepleitte «ouderenadviseur» verbonden worden. De gelden die de gemeenten in het kader van de Welzijnswet voor het welzijnswerk voor ouderen hebben zouden mede hierbij kunnen worden betrokken. Het is dus niet zo dat de gemeente zelf indiceert. De gemeente organiseert, met partijen, een indicatie-orgaan. Het ligt voor de hand dat gemeenten op grote schaal gaan samenwerken, en gezamenlijk een «regionaal» indicatie-orgaan in het leven roepen. De gemeente draagt er in ieder geval zorg voor dat in het bestuur van het indicatie-orgaan een vertegenwoordiger van het verbindingskantoor/de verzekeraars zitting heeft alsmede een vertegenwoordiger van de ouderen. T.a.v. de deelname van aanbieders zullen geen voorschriften worden gegeven, maar zijn gemeenten vrij. Gelet op de «poortwachtersfunctie» van de huisarts is samenwerking tussen het indicatie-orgaan en de huisartsen van belang. Daartoe wordt een vertegenwoordiger van de huisartsen uitgenodigd zitting te nemen in het bestuur van het indicatie-orgaan.

Het kabinet kiest ervoor om vooralsnog alleen de indicatie voor AWBZ-voorzieningen wettelijk voor te schrijven. Het staat de indicatiecommissies natuurlijk vrij, en het ligt ook voor de hand, om bij indicatiestelling ook niet-AWBZ voorzieningen te betrekken bijvoorbeeld in de sfeer van huisvesting en WVG.

De vraag is vervolgens hoe onafhankelijkheid bij het indiceren wordt vormgegeven. Het kabinet stelt voor onderscheid te maken tussen enerzijds enkelvoudige zorgvragen en anderzijds meervoudig complexe zorgvragen en de zorg in intramurale voorzieningen. Enkelvoudige zorgvragen zouden door de thuiszorgorganisaties zelf kunnen worden gedaan (ca. twee miljoen per jaar). Pragmatische argumenten wegen hier zwaar. Indicatiestelling vormt dan een vanzelfsprekende voorfase van het zorgproces, waarbij de hulpverlener de gepresenteerde of gesignaleerde klacht vertaalt in een concreet, veelal door de hulpverlener zelf te verstrekken zorgaanbod (bijvoorbeeld thuiszorg). Gekozen wordt daarom voor een vorm waar de indicatiestelling voor enkelvoudige zorgvragen door de thuiszorg gebeurt door middel van een mandaatsconstructie aan de thuiszorginstelling van het indicatie-orgaan. Het indicatie-orgaan is dan voor deze indicaties als het ware een mandaterend orgaan. Voorkomen moet worden dat een nieuwe vorm van bureaucratie ontstaat die de flexibiliteit van de zorgvormen in de thuiszorg te zeer beperkt. In deze situatie zijn indicatiestelling en zorgtoewijzing organisatorisch gekoppeld. De onafhankelijkheid is gewaarborgd doordat uitsluitend op basis van de overeengekomen professionele («algemeen aanvaarde») standaard wordt geïndiceerd.

Landelijke koepels van aanbieders, zorgverzekeraars en VNG hebben aangegeven een dergelijke inhoudelijke standaard te willen ontwikkelen.<sup>1</sup> Ook de ouderenbonden hebben aangegeven hieraan een bijdrage te willen leveren.

Complexe zorgvragen en aanvragen voor opname in intramurale voorzieningen zouden door het onafhankelijk indicatieorgaan zelf kunnen worden behandeld. Ook in die gevallen vindt toewijzing plaats onder verantwoordelijkheid van het verbindingskantoor.

### 9.3 Herindicatie

Binnen het proces van indicatiestelling heeft het kabinet zich afgevraagd of er de mogelijkheid van een tweede beoordeling nodig is. De mogelijkheid van een tweede beoordeling heeft echter, zeker bij meervoudig complexe zorgvragen, een kostenopdrijvend effect. Als een patiënt het oneens is met de gestelde indicatie op grond waarvan zorgtoewijzing heeft plaatsgevonden is er een beroepsmogelijkheid tegen de zorgtoewijzing bij het verbindingskantoor. Deze rechtsbescherming acht het kabinet voldoende.

Wel is het kabinet van mening dat de geldigheid van de indicatiestelling in de tijd beperkt dient te zijn. Indien de aangewezen zorg niet binnen de geldigheidstermijn van de indicatiestelling wordt gerealiseerd zal opnieuw geïndiceerd dienen te worden door hetzelfde indicatie-orgaan. Voorts dient opnieuw geïndiceerd te worden bij verandering in de hulpvraag/hulpbehoefte.

### 9.4 Overleg

De VNG, de ziektekostenverzekeraars en de zorgaanbieders (verenigd in het Gestructureerd Beraad Ouderenvoorzieningen) hebben alle te kennen gegeven mede te willen werken aan de totstandkoming van onafhankelijke indicatie-advisering.<sup>2</sup> Daarom zal het kabinet met hen gaarne overleggen om de indicatiestelling nader vorm en inhoud te geven.

<sup>1</sup> Brief van de NVVZ aan VWS, dd 29 mei 1995.

<sup>2</sup> Zie o.a. Innovatie van de indicatie, discussienota van de Zorgverzekeraars Nederland, Houten, maart 1995; Standpunt Gemeenschappelijk Beraad Ouderenvoorzieningen inzake indicatiestelling, GBO, 5 april 1993; Zorgen voor Samenhang, VNG, pag 37 e.v.

Daarbij gaat het onder andere over het ontwikkelen van landelijke richtlijnen voor de indicatie-advisering.

## 10. Financiële aspecten

### 10.1 Financieel kader voor de ouderenzorg

Het rapport van de commissie Modernisering Ouderenzorg geeft aan dat bij ongewijzigd beleid en trendmatige groei een beroep op ouderenvoorzieningen is te verwachten van 1,5%. De commissie kwam tot de conclusie dat de spanning tussen voorzieningengebruik en beschikbare middelen alleen maar toe zou nemen. Ze gaf aan dat de trendmatige groei zou kunnen worden teruggebracht door maximale substitutie, met vergaand beroep op mantelzorg. Hiertoe is handhaving van de bestaande capaciteit van bejaardenoorden en verpleeghuizen noodzakelijk. Alleen dan kan een reële groei van 1% van het financiële volume voor de ouderenzorg toereikend zijn. Het kabinet beschouwt de cijfers uit het commissie-rapport als streefcijfers voor de langere termijn.

Het kabinet is zich bewust van deze spanning. Deze spanning is overigens niet uniek voor de ouderenzorg. Uit het ambtelijk rapport «Zuinig met Zorg», blijkt dat ze zich vrijwel in elke sector van de gezondheidszorg voordoet. Dat is ook de reden dat in het regeerakkoord een reële groei van de uitgaven van de zorg met inbegrip van de ouderenzorg met 1,3% is afgesproken. Het kabinet heeft de intentie het budget voor de ouderenzorg de komende jaren te laten groeien. Jaarlijks bij de voorbereiding van het FOZ zal het kabinet besluiten hoeveel en waar extra gelden precies ingezet zullen worden. Het gestelde in paragraaf 7 is daarbij randvoorwaarde. Extra middelen voor de ouderenzorg zullen dan met name ingezet worden in de sfeer van kwaliteitsverbetering en personeelsversterking in de intramurale zorg en uitbreiding van extramurale zorg, waaronder het persoonsgebonden zorgbudget. Op deze wijze zijn voldoende waarborgen ingebracht om bij gebleken noodzaak, alsnog méér middelen voor de ouderenzorg beschikbaar te stellen, binnen het FOZ-kader.

### 10.2 Financiële effecten volkshuisvesting

De capaciteitsontwikkeling van de bejaardenoorden volgens de raming volkshuisvesting is tot 1998 gebaseerd op de trend in de feitelijke capaciteitsontwikkeling zoals die is af te leiden uit de cijfers van het Financieel Overzicht Zorg. Vanaf 1998 is in de raming volkshuisvesting het procentuele aandeel van de ouderen dat over gaat naar een bejaardenoord constant verondersteld (demografische variant). Als gevolg van het expliciet maken van de toekomstige intramurale capaciteit (185 000 plaatsen) wordt een extra woningbehoefte van 7 000 in het jaar 2000 zichtbaar.

Budgettaire betekent dit voor de VROM-begroting de volgende bedragen:

---

1997	f 18 mln.
1998	f 23,5 mln.
1999	f 27,0 mln.

---

De VROM-begroting zal hiervoor worden verhoogd. Budgettaire verwerking zal plaatsvinden tijdens de begrotingsvoorbereiding 1997 waarbij tevens de gevolgen van de in het najaar te verschijnen Trendbrief zullen worden betrokken.

### 10.3 Toegelaten en niet-toegelaten instellingen

Ongeveer 40% van de bejaardenoorden is eigendom van toegelaten instellingen in de zin van de Woningwet (woningcorporaties). De objectsubsidies ten behoeve van deze oorden maken onderdeel uit van de zogenaamde bruteringsoperatie in de sociale huursector.

In het voorgestane tweekolommenmodel waarbij de bejaardenoorden worden overgeheveld naar de AWBZ, ontstaat er een heldere verdeling van verantwoordelijkheden ten aanzien van deze oorden. In het verlengde hiervan zal in relatie tot de bruteringsoperatie worden onderzocht hoe de lopende objectsubsidieverplichtingen van VROM, alsmede de garanties die door VROM in het verleden zijn afgegeven voor kapitaalmarktleningen ten behoeve van bejaardenoorden in eigendom van toegelaten instellingen, overgenomen kunnen worden. Wanneer deze overgenomen worden zullen de bijhorende budgettaire bedragen worden overgeheveld.

### 10.4 Provinciale reserves

In het kader van de WBO kunnen de provincies elk jaar maximaal 5% van de aan hen toegekende specifieke uitkering reserveren. Uiterlijk 3 jaar na het ontstaan daarvan moeten zij worden besteed. Deze middelen zijn bedoeld om eventuele effecten van kostenstijgingen en van tegenvallende eigen bijdragen op te kunnen vangen. Daarnaast worden deze middelen veelal ingezet voor het financieren van (groot) onderhoud, renovaties, sluitingen en van investeringen.

Per ultimo 1993 bedroeg het totaal aan provinciale reserves ca. f 280 mln. Het kabinet is van mening dat deze middelen uiteraard voor de sector bejaardenoorden behouden dienen te blijven. Door wijziging van de financiering van de bejaardenoorden per 1 januari 1997 worden vanaf die datum geen provinciale reserves meer opgebouwd. Met het IPO, de Ziekenfondsraad en de verzekeraars wenst het kabinet afspraken te maken over aanwending van de reeds opgebouwde provinciale reserves.

## 11. Beleidsvoornemens

### • Intrekking WBO per 1 januari 1997

De WBO zal met ingang van 1 januari 1997 worden ingetrokken. Per die datum worden de bejaardenoorden gefinancierd uit het AFBZ, eerst als voorziening, per 2002 als verstrekking.

### • Materiële handhaving verevening

- De provincies en vier grote steden stellen voor de periode 1997 tot en met 2001 een plan voor de bejaardenoorden op waarvan de financiering past binnen de voor de provincie of grote stad op grond van de verevening vastgesteld budget.
- Voor de periode tot 2002 stelt de minister van VWS nog een plan op voor de bejaardenoorden met een bijzondere functie. Het is de inzet van het kabinet nadien in principe geen apart regime voor deze oorden meer te handhaven.
- De provincies, grote steden en het rijk behouden daarmee tot en met 2001 de planningstaak en daarmee de bevoegdheid bejaardenoorden te sluiten.

### • Inspectie Gezondheidszorg krijgt toezicht op bejaardenoorden

De periode vanaf 1997 dient om tot vergaande samenwerking te komen

van de inspecties op de bejaardenoorden met de inspectie Gezondheidszorg. Per 2002 wordt de inspectie Gezondheidszorg verantwoordelijk.

- **Partneropname blijft mogelijk**

Om tegemoet te komen aan de maatschappelijke wens tot partneropname gaat de voorkeur uit naar het tegen betaling van de kostprijs van het verblijf incl. dienstverlening opnemen van partners in het bejaardenoord. Wat betreft de huidige partners zal de huidige situatie vanzelfsprekend worden gecontinueerd.

- **Harmonisatie eigen bijdragen (afschaffing vermogenstoets)**

De harmonisatie van eigen bijdragen voor verpleeghuizen en bejaardenoorden leidt tot een derving van inkomsten uit eigen bijdragen. Dit wordt met name veroorzaakt door het afschaffen van de vermogenstoets. Het kabinet acht dit aanvaardbaar omdat door deze harmonisatie van eigen bijdragen substitutie wordt bevorderd, hetgeen op langere termijn de trendmatige groei terugbrengt.

- **Instellen van een Zorgvernieuwingsfonds**

De «Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorgvernieuwing verpleging en verzorging» is op 1 juli 1995 ingegaan. Het budget van de regeling omvat momenteel f 202,2 mln. Voor 1996 wordt het budget in ieder geval uitgebreid met de middelen uit de 4% vrije margeregeling voor verpleeghuizen (f 142 mln.) en een additionele f 45 mln. voor het persoonsgebonden budget.

De middelen worden verdeeld over de 27 WZV-regio's. In de subsidie-regeling zijn voorschriften gegeven m.b.t. het regionaal overleg dat de verbindingskantoren als budgethouder met relevante partijen terzake hebben te voeren.

- **Indicatiestelling**

Het kabinet kiest ervoor de verantwoordelijkheid voor het proces van organisatie van de indicatiestelling op te dragen aan de gemeenten. Het kabinet wenst voorsnog alleen de indicatie voor AWBZ-verstrekkingen en voorzieningen wettelijk voor te schrijven. Het staat de gemeenten/indicatiecommissies natuurlijk vrij, en het ligt ook voor de hand, om bij indicatiestelling verder te kijken dan alleen deze AWBZ-zorgvormen. Het kabinet verwacht dat het overleg tussen gemeenten en verzekeraars ertoe zal leiden dat de indicatie-organen op territoriaal royale leest zullen worden geschoeid.

De indicatiestelling voor enkelvoudige zorgvragen gebeurt door de thuiszorg door middel van een mandaatsconstructie van het indicatie- orgaan aan de thuiszorginstelling.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. G. Terpstra

De Staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer,  
D. K. J. Tommel