

Vergaderjaar 2009–2010

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 94**

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,  
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 oktober 2009

**Aanwijzing beleidsregel kleinschalige zorg**

Ontvangen ter Griffie van de Tweede Kamer op 27 oktober 2009. De aanwijzing kan niet eerder worden vastgesteld dan 26 november 2009.

Ik ben op grond van artikel 7, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) voornemens een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven. Conform artikel 8 van de WMG informeer ik u over de zakelijke inhoud van die aanwijzing. Ik zal niet eerder overgaan tot het geven van de aanwijzing dan dertig dagen na verzending van deze brief. Van de vaststelling van de aanwijzing zal ik mededeling doen in de Staatscourant.

Ik streef er naar dat de beleidsregel die op basis van deze aanwijzing tot stand moet komen uiterlijk 1 december 2009 kan worden vastgesteld door de NZa.

Tevens geef ik middels deze brief gehoor aan de motie Jan de Vries/van Miltenburg betreffende kleinschalige woonvoorzieningen (25 424, nr. 90).

### **Context**

Het kabinet vindt het van belang dat mensen die lijden aan een psychogeriatrische aandoening (dementie) de zorg die zij nodig hebben, meer dan nu het geval is, kunnen ontvangen in een kleinschalig georganiseerde omgeving.

Het kabinet vindt het voorts van belang dat mensen die aangewezen zijn op AWBZ-verzekerde zorg over meer keuzemogelijkheden beschikken met betrekking tot de wijze waarop en de omgeving waarin zij die zorg ontvangen.

In de brief aan de Tweede Kamer van 31 mei 2007 «Zorg voor ouderen: om de kwaliteit van het bestaan» (TK 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 146) heb ik dan ook aangegeven dat ik met voorstellen zal komen om de totstand-

koming van kleinschalig wonen te bevorderen. Ik kies er overigens niet voor om kleinschalig wonen als het enige en verplichte concept op te leggen.

Ook in mijn brief «Zeker van Zorg» (TK 2007–2008, 30 597, nr. 15) en in het actieplan «Beter (t)huis in de buurt» is diversiteit in wonen het uitgangspunt.

In mijn brief van 20 januari 2009 (TK 2008–2009, 25 424, nr. 77) heb ik weergegeven waarom kleinschalig wonen moet worden gestimuleerd.

Tijdens het VSO kleinschalig wonen voor mensen met dementie van 11 juni jl. is er een motie ingediend en aangenomen van de Kamerleden Jan de Vries en Van Miltenburg. In de motie wordt het verzoek gedaan een regeling te ontwerpen voor zowel recentelijk gerealiseerde initiatieven als nieuwe kleinschalige wooninitiatieven voor mensen met dementie, waarbij de zorginstelling minimale administratieve lasten heeft.

In deze brief informeer ik u zowel over de inhoud van de voorgenomen aanwijzing als over de wijze waarop ik bovenstaande motie ten uitvoer breng.

### **Stimuleringsprogramma kleinschalige zorg**

Ik heb gekozen voor een stimuleringsprogramma waarmee zowel initiatieven worden bevorderd die een omslag van grootschalig naar kleinschalig georganiseerde zorg gaan maken, als nieuw te starten initiatieven waarin de zorg kleinschalig geboden wordt. Ervaring met eerdere initiatieven heeft mij geleerd dat voor een toekomstbestendig concept, voorafgaand aan de start van nieuwe initiatieven, onderzoek en advies noodzakelijk zijn. Daarnaast blijkt dat de opstart of de transitie naar kleinschalige zorg gepaard gaat met tijdelijke extra kosten. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan kosten voor bijscholing en tijdelijke versterking van het veranderenmanagement. Deze kosten kunnen een remmend effect hebben voor instellingen op het realiseren van kleinschalige zorg. Mijn ondersteuning richt zich daarom vooral op de onderzoeks-, opstart- en transitiefase. Het stimuleringsprogramma biedt zorginstellingen een tegemoetkoming in de kosten die het omzetten van een (gedeelte van een) instelling naar kleinschalige zorg en/of de opstartfase met zich meebrengen. Ik zal de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing geven om hiervoor een beleidsregel te ontwikkelen.

Ik heb gemerkt dat de term «kleinschalig wonen» in dit kader te weinig weergeeft wat ik met het stimuleringsprogramma beoog. Beter is het te spreken van de term «kleinschalige zorg». Binnen dit stimuleringsprogramma heb ik er bovendien voor gekozen om een ruimere definitie te hanteren dan de definitie kleinschalig wonen van het Uitvoeringsbesluit WTZi om een grotere diversiteit aan kleinschalige woonvormen te stimuleren.

Onder kleinschalige zorg wordt in dit verband het volgende verstaan. De zorg die verleend wordt door instellingen of delen daarvan aan uitsluitend personen in verband met een psychogeriatrische aandoening, gepaard gaande met een beschermende woonomgeving (minimaal ZZP VV5). Deze beschermende woonomgeving bestaat uit een zelfstandige woning die, naast één of meer privévertrekken voor de bewoners afzonderlijk, over ruimte(n) beschikt waar men gezamenlijk kan verblijven, alsmede een gezamenlijke keuken ten behoeve van koken op de groep. De voorziening heeft een beperkte omvang, dat wil zeggen dat zij huisvesting biedt aan ten hoogste acht personen per woning. Deze woning kan gelegen zijn binnen de muren van het verpleeghuis maar ook «in de wijk». Voorzieningen in de wijk met maximaal 24 bewoners op een locatie worden met dit programma extra gestimuleerd.

Met dit programma gaat het er niet om een strak concept te hanteren waarbij er op een soort woonvorm gestuurd wordt, maar om kaders te scheppen voor een toekomstbestendige kleinschalige woonvorm, waarbij een variëteit in verschillende woonvormen een wenselijk resultaat is. Daarom is er voor het stimuleren van kleinschalige zorg voor mensen met dementie in totaal maximaal € 71,1 miljoen beschikbaar gesteld over een periode van 3 jaar, te weten 2009, 2010 en 2011. De middelen die beschikbaar zijn voor de jaren 2010 en 2011 zijn naar beneden bijgesteld ten opzichte van mijn brief van 20 januari 2009 (Kamerstuk 2008–2009, 25 424, nr.77). Dit als gevolg van de wijze waarop VWS invulling heeft gegeven aan de interne herschikkingen op de VWS-begroting en de taakstelling in het crisisakkoord (31 070, nr. 24 herdruk). De zorginstelling kan uit het te ontwikkelen stimuleringsprogramma aanspraak maken op middelen voor het verrichten van een haalbaarheidsstudie en op een behoorlijke tegemoetkoming in kosten van de transitie- en opstartfase per te realiseren plaats. Ter illustratie; voor een kleinschalige voorziening in de wijk met een omvang van 24 plaatsen resulteert dit in een stimuleringsbedrag van circa € 300 000,-. Het is gerechtvaardigd om aan instellingen die gebruik maken van middelen uit het stimuleringsprogramma voorwaarden te stellen alvorens zij in aanmerking komen voor een dergelijk omvangrijk bedrag. Hieronder zal ik toelichten hoe ik de voorwaarden vorm geef.

### **Uitgangspuntenstimuleringsprogramma kleinschalige zorg**

De volgende initiatieven komen in aanmerking voor het stimuleringsprogramma.

In de eerste plaats dient een initiatief betrekking te hebben op kleinschalige zorg voor mensen met dementie die op grond van een ZZP VV5 of hoger aanspraak kunnen maken op verblijf dat wordt bekostigd op grond van de AWBZ.

Bij het ontwikkelen van kleinschalige zorg worden vier modellen onderscheiden.

- a. Het organiseren van kleinschalige zorg binnen de muren van de grote instelling (zorg en verblijf AWBZ-gefinancierd).
- b. Het spreiden van de AWBZ verblijfs capaciteit in «de wijk» met kleine eenheden van maximaal 24 plaatsen op een locatie (zorg en verblijf AWBZ-gefinancierd).
- c. Het bieden van kleinschalige zorg aan mensen in een geclusterde setting op basis van het scheiden van wonen en zorg. De huisvestingslasten worden door de cliënt zelf betaald (alleen zorg AWBZ-gefinancierd).
- d. Het bieden van kleinschalige zorg in «de wijk» met kleine eenheden van maximaal 24 plaatsen op basis van het scheiden van wonen en zorg. De huisvestingslasten worden door de cliënt zelf betaald (alleen zorg AWBZ-gefinancierd).

In de tweede plaats moet het initiatief starten of gestart zijn in de periode 1 januari 2009–1 januari 2012. Als start van een project wordt beschouwd het moment waarop een projectplan is vastgesteld op grond waarvan de organisatie de activiteiten in gang heeft gezet – of nog zal zetten – om tot daadwerkelijke omvorming (bestaande capaciteit) of realisatie (nieuwe capaciteit) te komen. Dit ter beoordeling van het zorgkantoor. De looptijd van de beoogde NZa-beleidsregel is 3 jaar. Met andere woorden, de beleidsregel werkt terug tot 1 januari 2009 en loopt tot 1 januari 2012.

In de derde plaats kan een initiatief slechts één keer een beroep doen op de beleidsregel.

## **Procedure**

Om de instellingen voor de transitie- of opstartfase naar kleinschalige zorg financieel te kunnen faciliteren is de volgende procedure ontwikkeld.

1. Uitvoeren haalbaarheidsstudie.
2. Beoordelen haalbaarheidsstudie en projectplan voor kleinschalige zorg door zorgkantoren.
3. Indienen aanvraag bij de NZa.
4. Toekennen bedrag door de NZa.
5. Resultaten beleidsdoelstellingen.

### *Ad 1. Haalbaarheidsstudie*

De zorginstelling die wil overgaan tot kleinschalige zorg maakt een haalbaarheidsstudie om te kunnen beoordelen wat er nodig is om dat voornemen goed en toekomstbestendig te organiseren en de gevolgen voor de organisatie als geheel te kunnen beoordelen. De haalbaarheidsstudie dient als basis voor het opstellen van een projectplan voor kleinschalige zorg. Dit projectplan bestaat uit de haalbaarheidsstudie, de startdatum van het project, de omvang van het plan en een tijdsplanning. Indien gewenst kan de zorginstelling een haalbaarheidsstudie uit laten voeren middels de regeling «haalbaarheidsstudies kleinschalige zorg». De zorginstelling stelt hiervoor een kennisinstelling aan die de studie uitvoert. De aangestelde kennisinstelling dient aantoonbare ervaring te hebben met haalbaarheidsstudies op het gebied van zorg en bouw.

De kennisinstelling dient bij het onderzoek aandacht te besteden aan de vooraf opgestelde elementen welke terug dienen te komen in het rapport. Het gaat hierbij om elementen die ik belangrijk vind bij het opzetten van kleinschalige zorg. Het gaat onder andere om het zorgconcept (wordt er samen gekookt?), huiselijkheid (mogen eigen meubels mee?), organisatieomslag (hoe zorgt de instelling voor genoeg opgeleid personeel?), en bouw (betreft het nieuwbouw of bestaande bouw?). De haalbaarheidsstudie gaat ook in op de vraag naar kleinschalige zorg voor de lange termijn in de betreffende regio. Deze elementen zijn vastgelegd in het format voor de haalbaarheidsstudies. De opgestelde elementen moeten binnen elke haalbaarheidsstudie belicht worden, ongeacht of de zorginstelling het onderzoek uit laat voeren binnen de regeling haalbaarheidsstudies kleinschalige zorg of dat de zorginstelling op een andere manier aantoont dat de haalbaarheidsstudie is verricht.

### *Ad 2. Beoordelen projectplan kleinschalige zorg door zorgkantoren*

De zorginstelling stelt een projectplan kleinschalige zorg op. Het projectplan bestaat uit de haalbaarheidsstudie en geeft inzicht in de startdatum van het project, de omvang van het project, het aantal plaatsen verblijf dat men kleinschalig wil organiseren en in de manier waarop de instelling dit gaat realiseren en de tijdsplanning waarin dit plaatsvindt.

De instelling bespreekt het voornemen om kleinschalige zorg te gaan realiseren met het zorgkantoor en legt het projectplan kleinschalige zorg aan het zorgkantoor voor. Het zorgkantoor controleert of alle elementen verwerkt zijn in het rapport van de haalbaarheidsstudie. Ook beoordeelt het zorgkantoor het projectplan en gaat na of het projectplan past binnen het inkoopbeleid van het kantoor binnen de regio. Als het zorgkantoor instemt met het plan, wordt het projectplan door beide partijen ondertekend.

### *Ad 3. Indienen aanvraag bij de NZa*

Als het zorgkantoor instemt met het projectplan dient de zorginstelling samen met het zorgkantoor een aanvraag in bij de zorgautoriteit. De NZa heeft de volgende informatie nodig om de aanvraag te kunnen honoreren:

- de startdatum van het project
- het goedgekeurde en ondertekende projectplan
- de omvang van het plan: het aantal te realiseren plaatsen en het vergoedingsbedrag per te realiseren plaats.

Het ingediende plan dient hierover uitsluitend te geven.

De omvang van het plan wordt uitgedrukt in Q en P. Q staat voor het aantal te realiseren zorgplaatsen voor cliënten met een zorgindicatie ZZP VV5 of hoger en P staat voor het bedrag per cliënt dat voor het betreffende plan kan worden gevraagd. Dit bedrag is een tegemoetkoming in de kosten die het omzetten van een (gedeelte van een) instelling naar kleinschalige zorg en/of de opstartfase met zich meebrengen en is dus niet kostendekkend voor het projectplan.

Bij het vaststellen van P wordt onderscheid gemaakt naar de eerdergenoemde vier modellen:

- model a leidt tot een bedrag P van € 7 500,-;
- model b leidt tot een bedrag P van € 12 500,-;
- model c leidt tot een bedrag P van € 7 500,-;
- model d leidt tot een bedrag P van € 12 500,-.

De differentiatie in de toe te kennen bedragen is gemaakt op basis van het feit dat het stimuleren van plaatsen voor kleinschalige zorg in de wijk de voorkeur heeft boven het realiseren van kleinschalige zorg in grootschalige voorzieningen.

#### *Ad 4. Toekennen bedrag door NZa*

De NZa keurt de aanvraag goed als het projectplan en de aanvraag zijn ondertekend door zorginstelling én zorgkantoor. De NZa zal de aanvraag niet op de inhoud toetsen. Zoals hiervoor vermeld vindt deze toets plaats door het zorgkantoor. De NZa stelt daarbij eenmalig een bedrag vast op de wijze zoals hiervoor bepaald.

#### *Ad 5. Resultaat beleidsdoelstellingen*

De doelmatigheid en effectiviteit van het stimuleringsprogramma (van zowel de haalbaarheidsstudies als de NZa-beleidsregel) zal door VWS of door een extern ingehuurd partij worden geëvalueerd. De resultaten hiervan worden zowel tussentijds (eind 2010) als aan het eind van het programma (medio 2012) inzichtelijk gemaakt. Om effectief te kunnen toetsen wordt de NZa en de zorgkantoren gevraagd om informatie aan te leveren om deze evaluatie mogelijk te maken.

### **Zakelijke inhoud NZa-beleidsregel**

Om aanspraak te kunnen maken op de tegemoetkoming in de kosten van de transitie- en opstartfase ben ik voornemens om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing voor het ontwikkelen van een beleidsregel te geven. Een aanvraag voor een tegemoetkoming op grond van deze beleidsregel wordt getoetst en medeondertekend door de zorgkantoren. De looptijd van de NZa-beleidsregel is 1 januari 2009 tot 1 januari 2012. Initiatieven die starten of gestart zijn in deze periode kunnen aanspraak maken op de middelen uit de beleidsregel. Als start van een project wordt beschouwd het moment waarop een projectplan is vastgesteld op grond waarvan de organisatie de activiteiten in gang heeft gezet – of nog zal zetten – om tot daadwerkelijke omvorming (bestaande capaciteit) of realisatie (nieuwe capaciteit) te komen. Dit ter beoordeling van het zorgkantoor. Dit houdt in dat instellingen de middelen met terugwerkende kracht aan kunnen vragen tot 1 januari 2009. Dit geldt ook voor instellingen die tussen 1 januari 2009 en heden reeds een kleinschalig wooninitiatief hebben gerealiseerd. Omdat de middelen vanaf 1 januari 2009 beschikbaar zijn, is het niet mogelijk deze te verstrekken aan zorg-

instellingen waarbij het kleinschalige wooninitiatief voor deze datum is gerealiseerd.

De NZa keurt de aanvraag goed als het projectplan en de aanvraag zijn ondertekend door zorginstelling én zorgkantoor. De NZa zal de aanvraag niet op de inhoud toetsen. Zoals hiervoor vermeld vindt die toets plaats door het zorgkantoor. De uitvoering van de NZa-beleidsregel brengt dus nauwelijks extra administratieve lasten met zich mee.

### **Beschikbare middelen NZa-beleidsregel**

Voor het uitvoeren van de NZa-beleidsregel is in de jaren 2009, 2010 en 2011 een bedrag van maximaal respectievelijk € 18, € 24,8 en € 22,3 miljoen beschikbaar in het financieel kader. De middelen worden volgens het molenaarsprincipe verdeeld. Dat betekent dat het geld wordt verdeeld op volgorde van binnenkomst. Het molenaarsprincipe wordt toegepast zodat de aanvraag snel afgehandeld kan worden. Voor de toekenning van de middelen hoeft de NZa niet te wachten tot een inschrijvingstermijn is verstreken en het totaalbedrag van de aanvragen duidelijk is. Ook is het dan bij de aanvraag voor de zorginstelling vooraf duidelijk wat de omvang van de vergoeding zal zijn, indien de aanvraag wordt toegekend.

### **Uitvoering motie Jan de Vries/van Miltenburg**

Om uitvoering te geven aan de eerder genoemde motie en de administratieve last voor de zorginstelling zo laag mogelijk te houden, is onderzocht in hoeverre de zorginstelling kan aansluiten bij het opstellen van het businessplan dat de zorginstelling nodig heeft voor de financiering van zijn plannen. Nader onderzoek wijst uit dat de haalbaarheidsstudie belangrijke informatie oplevert die rechtstreeks voor het opstellen van het businessplan kan worden gebruikt.

Het verwerken van deze elementen in de haalbaarheidsstudie vraagt dus niet om een extra en grote administratieve last voor de zorginstelling, maar is een onderdeel van het onderzoek dat iedere zorginstelling vooraf toch al doet bij de start van een nieuw initiatief. Ik hecht er waarde aan de zorginstellingen in dit kader hierbij te ondersteunen.

Middels het stimuleringsprogramma wil ik zorginstellingen op een zo toegankelijk mogelijke manier ondersteunen in het realiseren van kleinschalige zorg door hen te faciliteren in het krijgen van inzicht van de impact die de introductie van kleinschalige zorg binnen hun organisatie zal hebben. Dit inzicht, vastgelegd in een haalbaarheidsstudie, vervult tevens gedeeltelijk de input die nodig is voor het opstellen van het businessplan en het projectplan. Daarnaast heb ik de toegang tot de middelen uit de te ontwikkelen NZa-beleidsregel zo eenvoudig mogelijk gemaakt.

Ik kies ervoor – in navolging van de genoemde motie – om de administratieve lasten voor zorginstellingen te minimaliseren. De administratieve last doet zich eenmalig voor op het moment waarop een beroep wordt gedaan op de middelen voor de haalbaarheidsstudie – die men toch al maakt in het kader van regulier beleid – en de NZa-beleidsregel. Omdat ik het belangrijk vind dat het stimuleringsprogramma geen extra werkzaamheden met zich mee brengt heb ik het aantal regels geminimaliseerd. Hierdoor krijgen zorginstellingen en zorgkantoren een grotere verantwoordelijkheid ten aanzien van het realiseren van initiatieven voor kleinschalige zorg.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd over de

inhoud van de aanwijzing aan de NZa en de wijze waarop ik uitvoering zal geven aan deze motie.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker