

Vergaderjaar 2005–2006

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 152

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 november 2005

1. Inleiding

Op 23 november 2004 (TK 2004–2005, 26 631, nr. 117) heb ik u geïnformeerd over de wijze van invoering van de functiegerichte bekostiging in de AWBZ. In deze brief ga ik in op de voortgang en het verdere verloop van dit traject. In het bijzonder zal het gaan over de vereenvoudiging die wordt aangebracht voor de intramurale bekostiging. De bekostiging zal worden gebaseerd op een beperkt aantal zorgzwaartepakketten. Hierover heb ik u op hoofdlijnen reeds geïnformeerd met mijn brief van 29 september jl. (TK 2005–2006, 26 631, nr. 147). Tevens wordt aangegeven hoe naast de bekostiging de hele keten van indicatiestelling, «contractering» van zorg in de cliënt/zorgaanbieder- en de zorgaanbieder/zorgkantoor-relatie en de verantwoording gaat werken. Ik zal hierbij bijzondere aandacht schenken aan de rol van het zorgplan.

Bij het invoeren van de nieuwe bekostigingsystematiek is het belangrijk om voor ogen te houden waarom deze majeure operatie is gestart. Het doel van de modernisering van de AWBZ is de omslag van aanbod- naar vraagsturing te bevorderen. Voor de cliënt betekent vraagsturing de mogelijkheid om te kiezen tussen een PGB of zorg in natura, te kiezen tussen verschillende zorgverleners en verschillende vormen van zorgverlening. Voor de aanbieder betekent vraagsturing de mogelijkheid om een divers door de cliënt gewenst en innovatief pakket aan zorg te ontwikkelen, een daarop afgestemde cliëntenkring op te bouwen en bekostigd te worden naar zorgzwaarte. Voor het zorgkantoor gaat het er vervolgens om, om aanbieders en arrangementen te contracteren die voldoen aan de wensen en zorgbehoeften van de cliënten enerzijds en anderzijds voldoen aan een doelmatige en kwalitatief verantwoorde besteding van middelen. Daarbij is het natuurlijk van belang dat de nieuwe bekostigings-systematiek de bureaucratische informatieverzameling in de uitvoering zo veel mogelijk tegengaat.

Zoals bekend is met het introduceren van functies¹ in de zorgketen ruimte gecreëerd voor vraagsturing. Functies hebben reeds hun intrede gedaan bij de aanspraken, de indicatiestelling, de toelating en de extramurale bekostiging. Zolang de bekostiging echter niet volledig is aangesloten blijft het hier echter gaan om een papieren ruimte.

Het heeft immers weinig zin om aan te geven dat binnen een functie alle activiteiten mogelijk zijn, als vervolgens de bekostiging nog via de gemiddelde tarieven van de oude intramurale beleidsregels loopt. Van zorgzwaartebekostiging is dan nog geen sprake. Bij de extramurale zorg is dit met de introductie van de beleidsregels extramurale zorgproducten voor de bekostiging al wel gebeurd. In deze brief ga ik dan ook vooral in op de invoering van de nieuwe zorgzwaartebekostiging voor de intramurale zorgverlening.

2. De vereenvoudiging van de zorgzwaartebekostiging in een notendop

In de intramurale AWBZ wordt aan ca. tweehonderdvijfentwintigduizend cliënten langdurige zorg verleend. Het zijn mensen met verschillende beperkingen. Een cliënt met ernstige somatische klachten verschilt bijvoorbeeld in de beperkingen die hij/zij ervaart sterk van een cliënt met ernstige psychogeriatrische klachten. Deze cliënten hebben verschillende beperkingen, maar velen van hen komen overeen waar het gaat om de hoeveelheid zorg die zij nodig hebben. Een voorbeeld:

Mevrouw De Vries met ernstige somatische beperkingen waardoor veel begeleiding en veel directe zorg, ca. 18 uur per week nodig is: Mevrouw van 80 jaar, weduwe, halfzijdig verlamd, afatisch (kan niet praten). Mevrouw wordt niet meer beter. De zorg richt zich op begeleiding van de achteruitgang. Moet geholpen worden bij alle sociale activiteiten. Mevrouw kan zich niet zelfstandig aankleden of wassen. Mevrouw zit in een rolstoel en kan niet zelf opstaan. Zij kan nog wel zelfstandig eten maar niet met mes en vork. Door de verlamming is er sprake van slikklachten. Het eten van mevrouw vraagt dan ook voorbereiding en deskundige begeleiding en hulp.

Mijnheer De Jong met ernstige psychogeriatrische beperkingen waardoor veel begeleiding en veel directe zorg, ca. 18 uur per week nodig is: Mijnheer van 82, ernstig dement, heeft geen besef van plaats, tijd en ruimte. Het dagritme wordt voor mijnheer gestructureerd omdat hij dit zelf niet meer kan. Mijnheer kan wel lopen maar omdat mijnheer de voeten niet meer goed optilt is het valgevaar groot. Ook voor mijnheer geldt dat hij niet meer beter wordt en de zorg zich richt op begeleiding van de achteruitgang. Mijnheer wordt vaak onrustig op bepaalde tijden wat samenhangt met zijn vroegere dagritme. Mijnheer kan – onder toezicht nog wel zelfstandig eten.

Bovenstaande beschrijving maakt duidelijk dat ondanks het feit dat mevrouw De Vries en mijnheer De Jong sterk verschillende beperkingen hebben, zij overeenkomsten vertonen waar het gaat om de omvang, de hoeveelheid zorg in uren die zij nodig hebben. Ook geldt voor beiden dat zij een structurele behoefte hebben aan zorg, op meerdere momenten per dag en niet op afspraak. Er is sprake van een beschermde woonsetting waar de zorg voortdurend in de nabijheid is en een wakende nachtdienst beschikbaar is.

Door de overeenkomsten in de hoeveelheid zorg die nodig is, de wijze waarop en de setting² waarin deze geleverd wordt, is het mogelijk om bij de indicatie én de bekostiging te volstaan met een globale indeling in een beperkt aantal zorgzwaartepakketten. Zowel voor mevrouw De Vries als voor mijnheer De Jong geldt dat zij een vergelijkbare zorgzwaarte kennen en in dit geval gemiddeld zo'n 18 uur directe en indirecte cliëntgebonden tijd nodig hebben. Beiden krijgen bij de indicatiestelling dan ook te horen

¹ We kennen in de AWBZ de functies verblijf, huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling.

² Met de setting waarin de zorg geleverd wordt, wordt volgens het Besluit Zorgaanspraken (BZA) bedoeld de plaats waar de zorg geleverd wordt; of er sprake is van een beveiligde of beschermende omgeving, een therapeutisch leefklimaat of 24-uurs-toezicht. De leveringsvoorwaarde is de wijze waarop de zorg geleverd wordt: op afspraak, op afroep, in de voortdurende nabijheid en met 24 uren toezicht.

dat ze recht hebben op zorgpakket X. Zorgpakket X kent gemiddeld 18 uur aan zorg met een bandbreedte van bijvoorbeeld 16 tot 20 uur zorg, waarbij het gaat om een niet gespecificeerde combinatie van persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en verpleging. Zorgpakket X is een globaal pakket, dit betekent dat er verderop in de keten – waar het gaat om het opstellen van het zorgplan en de directe zorgverlening – nog ruimte is om binnen het geïndiceerde zorgzwaartepakket recht te doen aan de verschillen tussen individuen en aan de wisseling van de zorgbehoefte door de tijd heen. Het hierna geschetste bekostigingssysteem dat werkt met zorgzwaartepakketten, is hierop gestoeld. Deze aanpak leidt er ook toe dat beter recht wordt gedaan aan de doelmatigheidsverschillen die ontstaan in de zorgverlening intramuraal en extramuraal. Zorgverlening in groepsverband vraagt immers een andere inzet van personeel dan extramurale individuele zorgverlening. Tegelijkertijd wordt, door te werken met zorgzwaartepakketten, geprobeerd de eenvoud van het huidige systeem te bewaren en administratieve lasten laag te houden, terwijl wel ruimte voor persoonlijke invulling en innovatie wordt gecreëerd en zorgzwaartebekostiging wordt geïntroduceerd.

3. De werking van het bekostigingssysteem

De bekostiging van intramurale zorg wordt gebaseerd op een beperkt aantal zorgzwaartepakketten. Ik streef naar maximaal 15 zorgzwaartepakketten. In deze zorgzwaartepakketten heb ik er voor gekozen de zorgtijd niet meer per functie te beschrijven, maar de verdeling van de geïndiceerde zorgtijd over de geïndiceerde functies door de cliënt in samenspraak met de zorgaanbieder te laten bepalen.

Een zorgzwaartepakket (ZZP) bestaat uit de cliëntprofielen waarvoor het zorgzwaartepakket geldt, een globale beschrijving van de zorg in termen van functies, de totale omvang van de zorg in uren en een beschrijving van de setting en leveringsvoorwaarde. Door het globaal formuleren van een zorgzwaartepakket wordt ruimte gegeven aan de cliënt om binnen de indicatie echt in samenspraak met de zorgverlener, vraaggestuurd, tot een passende zorginvulling te komen. Het opnemen van de cliëntprofielen bij het zorgzwaartepakket, vergroot de herkenbaarheid van cliënten in de keten. Voordeel is tegelijkertijd dat «nieuwe» cliëntgroepen/profielen op basis van de omvang van hun zorgbehoefte makkelijk ingepast kunnen in een bestaand zorgzwaartepakket en hier geen nieuwe bekostigingstitel voor gevormd hoeft te worden.

Voor de intramurale bekostiging wordt maximaal gebruik gemaakt van inzichten uit het IZA-traject. De zorgzwaartepakketten worden zo veel mogelijk samengesteld op basis van de in de afgelopen jaren in nauwe samenwerking met het veld ontwikkelde 51 IZA's (intramurale zorgarrangementen). Doorontwikkeling en verbetering van de bouwstenen van de zorgzwaartepakketten acht ik daarbij van groot belang om tot een goede inpassing en toekomstbestendige zorgzwaartepakketten te komen. Elk IZA is opgebouwd uit een omschrijving van een cliëntprofiel waarbij de aard (de verschillende benodigde functies) en omvang (uren per functie per week) van de zorg is omschreven alsmede de setting en leveringsvoorwaarde waarbinnen de zorg wordt geleverd.

Zoals uit het in de vorige paragraaf van deze brief beschreven voorbeeld van mevrouw De Vries en mijnheer De Jong is op te maken is het mogelijk en wenselijk om op basis van benodigde zorgomvang cliënten in één en hetzelfde zorgzwaartepakket te plaatsen. Op basis van dezelfde redenering is het ook mogelijk de ontwikkelde IZA's verder te clusteren op basis van het aantal uren benodigde zorg. IZA's met een overeenkomstige omvang in uren, een overeenkomstige zorgzwaarte, worden dan samengevoegd in

één zorgzwaartepakket, bijvoorbeeld het eerder genoemde fictieve pakket van gemiddeld 18 uur. Deze zorgzwaartepakketten kennen een breedte en overlappen in principe zo min mogelijk in uren.

Zorgzwaartepakket (ZZP)

- *beschrijving van de verschillende cliëntprofielen en grondslagen waarvoor het zorgzwaartepakket geldt*
- *globale beschrijving van de zorg in termen van functies*
- *omvang van de totale zorg in uren*
- *setting en leveringsvoorwaarde*

Integraliteit van het zorgzwaartepakket

Ik streef ernaar om zoveel mogelijk met integrale zorgzwaartepakketten te werken. Zowel alle activiteiten en kosten om het verblijf van de cliënt mogelijk te maken (hotel en welzijnsdiensten, zorginfrastructuur en huisvestingslasten), als de zorg, als de dagbesteding en behandeling zijn dan onderdeel van het zorgzwaartepakket.

Behandeling, welke onder te verdelen is in respectievelijk «basisbehandeling» (behandeling als onderdeel van de chronische zorg) en behandeling als tijdelijke en kortdurende specifieke interventie binnen een hersteltraject (gericht op het verminderen van iemands stoornissen), vraagt in dit kader nog aanvullend onderzoek. Tijdens de pilots, hierover later meer, die ik voornemens ben in 2006 uit te laten voeren, zal specifiek gekeken worden of en vervolgens op welke wijze het volstaat om behandeling integraal om te slaan over de zorgzwaartepakketten. Als blijkt dat integraliteit onvoldoende recht doet aan het karakter van de functie behandeling zal ik bezien of het wenselijk is om «behandeling als specifieke interventie» apart aan te geven in de indicatie en apart te bekostigen.

De afgelopen periode is volwaardige en volledige dagbesteding een van de speerpunten van mijn beleid geweest. Dit heeft geresulteerd in uitbreiding van de dagbestedingsplaatsen voor zowel de intramurale als extramurale populatie. Tegelijkertijd geeft de huidige vorm van bekostiging onvoldoende aanknopingspunten voor een transparante bekostiging van deze dagbesteding. Dagbesteding wordt vaak vanuit de restpost binnen het intramurale budget bekostigd, wat onvoldoende recht doet aan beleid om meer volwaardige en volledige dagbesteding te realiseren. Ik zal voor alle sectoren onderzoeken en later in de pilots ook toetsen of en hoe het in dit kader wenselijk is om enerzijds integrale zorgzwaartepakketten inclusief en exclusief dagbesteding te formuleren. Het zichtbaar houden van de dagbestedingscomponent in de integrale zorgzwaartepakketten vergemakkelijkt in mijn ogen ook de extramuralisering.

Maximumtarieven per zorgzwaartepakket en budgetneutraliteit

Aan alle zorgzwaartepakketten zal het CTG/ZAio voorlopig een maximumprijs koppelen. De tarieven die aan de zorgzwaartepakketten worden gekoppeld zijn afgeleid van de gemiddelde zorgkosten zoals die nu in de AWBZ waargenomen worden. Ik heb het CTG/ZAio gevraagd op basis van de gegevens uit het KPMG-kostprijsonderzoek, vooralsnog, sectoraal en per grondslag¹, maximumtarieven per zorgzwaartepakket op te stellen.

Dit betekent dat zorgzwaartepakketten voor de verschillende grondslagen een verschillende prijs kunnen krijgen. De keuze hiervoor is enerzijds inhoudelijk door recht te doen aan de huidige verschillen in de zorgverlening en zorgsamenstelling tussen sectoren en anderszijds pragmatisch om een geleidelijke invoering te kunnen bewerkstelligen. De zorg-

¹ Grondslagen zijn: somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem.

verlening aan cliënten met verschillende grondslagen en zorgzwaarten laat op dit moment immers vaak een verschillende inzet van deskundigheidsniveau's, een afwijkende zorgsamenstelling in functies of een afwijkende groepsgrootte en setting zien. Op termijn wil ik toewerken naar een situatie van geharmoniseerde tarieven waarbij oneigenlijke, niet te rechtvaardigen verschillen in de tariefopbouw tussen sectoren zullen verdwijnen. Door in de bekostigingswijze in omvang vergelijkbare, maar in tarief verschillende zorgzwaartepakketten naast elkaar te plaatsen, wordt mijn inzicht in deze huidige sectorverschillen vergroot. Een transparante opbouw van de tarieven acht ik daarnaast van belang om op termijn in het kader van mijn beleid rondom scheiden wonen zorg de huisvestingslasten van het wonen (de wooncomponent) uit de AWBZ te kunnen tillen. Tijdens het voortgezet AO van 13 oktober 2005 heb ik u toegezegd dat ik, gelijktijdig met de voortgangsrapportage van de februaribrief (TK 2004-2005, 27 659, nr. 52) u een plan van aanpak voor het scheiden van wonen en zorg zal toesturen (Motie van Miltenburg en Smits, TK 2005-2006, 27 659, nr. 60).

Ieder jaar zullen de tarieven technisch worden bijgesteld (loon- en prijsbijstelling). Daarnaast zal ik onderzoeken of het mogelijk is om eens per twee jaar een onderzoek te doen naar enerzijds de opbouw van het zorgzwaartepakket en de effectiviteit ervan in relatie tot de zorgbehoefte en anderzijds naar de doelmatigheid, de kostprijs en het tarief. Deze informatie kan mij ook dienen om te komen tot een harmonisatie van de tarieven. Ik zal het CTG/ZAio vragen de precieze invulling van het onderhoud van tarieven vorm te geven.

Uitgangspunt is dat het bekostigingssysteem bij overgang per sector budgettair neutraal wordt ingevoerd. Wel kan invoering van de intramurale bekostiging voor individuele instellingen tot herverdelingseffecten zowel in positieve en negatieve zin leiden. Om te voorkomen dat instellingen hierdoor in financiële problemen raken, zal ik het CTG/ZAio vragen om in 2006 te bezien of en welk herallocatietraject nodig is. Ik verwacht over de omvang van de herallocaties meer informatie te krijgen door de volgend jaar uit te voeren pilots.

Zoals ik heb toegezegd in het AO transparante en integrale tarieven (d.d. 15 september 2005, VAO 13 oktober 2005) zou ik in deze brief ook aandacht schenken aan de gevolgen van de vereenvoudigde bekostiging voor het kapitaallastentraject. Ik ben van mening dat bekostiging op zorgzwaartepakketten geen gevolgen heeft voor de uitwerking en planning van het kapitaallastentraject. Met de introductie van een normatieve huisvestingslastencomponent zal de normatieve vergoeding voor deze lasten integraal en transparant onderdeel van de tarieven van de zorgzwaartepakketten worden.

Aandacht voor cliënten met extreme zorgzwaarte

De bekostiging op zorgzwaartepakketten biedt uitkomst voor het overgrote deel (ruim 97%) van de huidige en toekomstige intramuraal verblijvenden in de AWBZ. Ik ben mij er echter terdege van bewust dat er nog wel rekening gehouden moet worden met een klein percentage cliënten dat vanwege extreme zorgzwaarte (en als gevolg daarvan met vaak extreme zorgkosten) niet in een regulier zorgzwaartepakket valt.

Ik zal het CTG/ZAio vragen om op basis van de opgedane ervaring met de huidige beleidsregel voor extreme zorgzwaarte voor de bekostiging van deze groep cliënten ook een beleidsregel te maken. Daarnaast zal ik met het CIZ bekijken hoe de indicatie van deze groep cliënten vormgegeven

kan worden. In dit traject zullen expertiseteams als de CCE een belangrijke rol krijgen.

Aansluiting extramurale bekostiging

Voor bekostiging van de extramurale zorg wordt in 2006 de situatie van 2005 voortgezet (beleidsregel extramurale zorg). In 2006 vindt besluitvorming plaats over de verdere vormgeving van de bekostiging extramuraal in samenhang met de bekostiging intramuraal. In 2006 zal ik onderzoeken hoe de bekostiging extramuraal er, in samenhang met de bekostiging intramuraal, in zijn eindmodel uit zal komen te zien.

4. Inrichting van de zorgketen

Indicatiestelling

De zorgketen start bij de zorgaanspraak. De indicatiestelling is er op gericht te bepalen of en in welke omvang iemand ten laste van de AWBZ recht op zorg heeft. In de indicatiestelling moet objectief bepaald worden welke en hoeveel zorg iemand feitelijk nodig heeft rekening houdend met de individuele feiten en omstandigheden van de persoon in kwestie. Om een doelmatige en doeltreffende zorglevering in de AWBZ te kunnen garanderen is het van belang dat de indicatiesteller in de indicatiestelling rekening houdt met de setting waarin en leveringsvoorwaarden waarop de zorg geleverd wordt. Intramurale zorglevering in een geclusterde setting (mensen delen voorzieningen met elkaar) vraagt immers om een andere zorglevering en inzet van personeel dan zorgverlening in de vaak niet geclusterde thuissituatie. Dit betekent dat ik van mening ben dat voor «verblijfsgeïndiceerden» een ander type indicatie gesteld kan worden dan voor niet-verblijfsgeïndiceerden. Waarbij, in het kader van de omslagpunten, waarover ik u eerder heb bericht (TK 2005–2006, 26 631, nr. 134), voor niet-verblijfsgeïndiceerden grenzen zullen worden gesteld aan de individuele zorg thuis. Door te werken met zorgzwaartepakketten in de indicatiestelling en de intramurale bekostiging zal in 2006 het traject rondom de omslagpunten verder gevoed worden. Ik verwacht u in 2006 op dit gebied dan ook een nieuwe stand van zaken te kunnen sturen. Voortbordurend op hetgeen beschreven is in de vorige paragraaf betekent dit dat de bepaling van het recht op zorg voor een verblijfsgeïndiceerde in de nieuwe systematiek zal gaan luiden in één van de ca. 15 zorgzwaartepakketten. Hierbij zal in de bepaling van de zorgomvang recht gedaan worden aan de levering van «optimale zorg» in de verblijfssetting. Indiceren in zorgzwaartepakketten betekent ook dat de indicatiestellers in 2006 toegerust zullen moeten worden om indicering in zorgzwaartepakketten in de praktijk per 1-1-2007 te kunnen realiseren. Hiertoe zal er een landelijke leidraad met beslisregels ontwikkeld moeten worden. Ik heb het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) gevraagd met mij mee te denken over hoe dit traject zodanig ingericht kan worden dat in 2007 gestart kan worden en in 2006 eventueel al in enkele pilotregio's geëxperimenteerd kan worden. Aangezien ik pas in 2006 zal bezien hoe het eindmodel voor de extramurale zorg eruit zal gaan zien, zal de formulering van het recht op zorg in het indicatiebesluit voor een niet-verblijfsgeïndiceerde vooralsnog niet veranderen ten opzichte van de huidige situatie.

Een indicatiebesluit voor inkomende zorg zal dan naar verwachting beschrijven:

- *algemene cliëntgegevens zoals naw-gegevens;*
- *overzicht van zijn/haar cliëntprofiel, beperkingen en grondslag;*
- *geldigheidsduur van de indicatie;*
en óf voor verblijfsgeïndiceerde:
- *het geïndiceerde zorgzwaartepakket; de inhoud van het zorgzwaartepakket wordt beschreven in de geïndiceerde functies en de totale zorgtijd met een bandbreedte.*

De verblijfsgeïndiceerde cliënt aldus krijgt bij zijn gang naar het CIZ op basis van zijn cliëntprofiel en beperkingenscores een zorgzwaartepakket geïndiceerd. Ik streef er naar dat dit indicatiebesluit, naast de beschrijving van het formele juridisch geformuleerde recht, ook een voor de cliënt begrijpelijke beschrijving of vertaling van zijn recht zal bevatten. De verblijfsgeïndiceerde cliënt weet vervolgens aan de hand van het indicatiebesluit dat hij/zij recht heeft op zorgverlening in een verblijfssetting en daar binnen gebruik kan maken van het aantal uren zorg waarvoor zijn zorgzwaartepakket staat.

Met dit indicatiebesluit in de hand zal de cliënt oftewel de zorgvrager vervolgens bij het passende en gewenste zorgaanbod oftewel de zorginstelling van zijn keuze terecht willen komen. De cliënt kan hier zelf naar op zoek gaan, maar in veel gevallen zal het zorgkantoor de cliënt begeleiden of bemiddelen bij de weg naar een passend aanbod. Het zorgkantoor kan bijvoorbeeld de cliënt adviseren over «wat men zoal binnen het zorgzwaartepakket kan krijgen» of een ondersteunende rol hebben door het bieden van keuzeondersteunende informatie. Ook de cliëntenondersteuners (MEE-organisaties) kunnen hier een rol in de advisering vervullen. Het is daarnaast wel van belang dat de cliënt ook informatie heeft over de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg in een instelling. Informatie over cliënttevredenheid, de kwaliteit van zorg, de groeps- maar ook de kamergrootte in een locatie etc. van een bepaalde instelling kunnen hierbij een rol spelen. Deze en soortgelijke informatie kan de cliënt vinden in de kwaliteitskaarten welke nu ontwikkeld worden. De cliënt kiest vervolgens uit de diverse instellingen de instelling van zijn keuze.

Ik merk hierbij op dat ik in het voorgaande om pragmatische overwegingen nog uit ga van de term verblijfsgeïndiceerde en daarmee de functie verblijf. In het kader van een aantal beleidsmatige trajecten, waaronder ook de bekostiging, buig ik mij over de vraag of de functie verblijf wel de goede noemer heeft aangezien er wellicht eerder sprake is van verschillende gradaties van wonen op kosten van de AWBZ. In het kader van de trajecten rondom het stimuleren van de extramuralisering, scheiden wonen zorg en de discussie rondom het realiseren van de full package (TK 2003–2004, 29 538, nr. 1) onderzoek ik op dit moment of er een alternatief denkbaar is dat beter recht doet aan de verschillende gradaties van wonen. Mocht dit leiden tot wijzigingen in de functie verblijf dan neem ik dit uiteraard mee in het parallel lopende traject rond de bekostiging en de indicatiestelling in zorgzwaartepakketten. Op dit moment moet ik in echter op basis van de huidige invulling van de aanspraak op verblijf uitgaan van het onderscheid tussen een verblijfsgeïndiceerde en een niet-verblijfsgeïndiceerde.

Aansluitend aan het herinrichten van de functie verblijf zal ik ook verkennen hoe de inzet van de basisgedachte van zorgzwaartepakketten kan bijdragen aan het inrichten en bekostigen van de full package en hiermee samenhangend de omslagpunten. Ik streef ernaar om de full package gelijktijdig met de nieuwe zorgzwaartebekostiging in te voeren. Ik ga er hierbij vanuit dat door te werken met zorgzwaartepakketten relatief eenvoudig de full package afgeleid kan worden door de wooncomponent in mindering te brengen op het normbedrag van het desbetreffende zorgzwaartepakket. Ik verwacht dat dit positieve gevolgen heeft voor het scheiden van wonen en zorg en hiermee op de extramuralisering. Het gaat dan bijvoorbeeld om het aanbieden van een passend pakket aan ouderen met gevorderde dementie die behalve in de traditionele verblijfssetting ook in woonclusters passende zorg zouden kunnen ontvangen terwijl zij zelf huur betalen.

Nadere uitwerking van de indicatie van de cliënt in de daadwerkelijk te leveren zorg (activiteiten en daarmee omvang per functie) gebeurt in het zorgplan. Bij inzorgname van de cliënt bij de aanbieder van zijn/haar keuze, stellen de cliënt en de aanbieder samen een zorgplan op. Zo'n zorgplan omvat algemene en contactgegevens van de cliënt en zijn/haar vertegenwoordigers, maar ook de omvang van de zorg vertaald in doelen en concrete activiteiten. Ook kan er bijvoorbeeld in opgenomen worden wanneer het zorgplan bijgesteld zal worden. Na ondertekening van het zorgplan door de cliënt en de instelling, volgt de melding van aanvang zorg in de AZR (de levering van het zorgzwaartepakket wordt dan geregistreerd). Gedurende de geldigheid van de indicatie of zolang als dat de cliënt zorg in de bewuste instelling wenst te ontvangen, ontvangt de cliënt zorg volgens het zorgplan.

Het zorgplan krijgt in het systeem van zorgzwaartepakketten een belangrijke functie om de positie van de cliënt verder te versterken. Het zorgplan zorgt voor de «checks and balances» in het systeem. Ik wil het zorgplan dan ook verplicht stellen. In dit zorgplan wordt immers de door de aanbieder te leveren prestatie nader geconcretiseerd. Dit betekent dat het zorgplan in overleg tussen de cliënt en de aanbieder het in globale termen beschreven indicatiebesluit «vertaalt» naar doelen en concrete activiteiten. Het zorgplan verschaft de cliënt duidelijkheid over het zorgaanbod en de zorgomvang die hij/zij feitelijk binnen zijn/haar indicatie zal krijgen. Het zorgplan wordt wanneer nodig bijgesteld op basis van de wensen en de tevredenheid van de cliënt over de geleverde en benodigde zorg. Hiermee heeft het zorgplan niet alleen de functie van «behandel- of ondersteuningsplan» maar dient ook als «contract» tussen zorgaanbieder en cliënt.

Inkoop, verantwoording en controle

Op basis van de keteninformatie over het aantal en het soort geïndiceerde zorgzwaartepakketten onder andere uit de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) en de toekomstige vraagverwachting zal het zorgkantoor jaarlijks een passende verzameling zorgzwaartepakketten inkopen. Op basis van de informatie over de prijs, de best mogelijke zorginvulling van de verschillende zorgzwaartepakketten, de kwaliteit van de zorglevering en mede gelet op de cliënttevredenheid in een instelling koopt het zorgkantoor een hoeveelheid zorgzwaartepakketten bij een bepaalde instelling in.

Informatie over de «best practises» en informatie uit het document «maatschappelijke verantwoording»¹ kunnen behulpzaam zijn in dit traject. De gemaakte productieafspraken gaan voor de intramurale zorg over het volume in aantal zorgurenpakketten van een bepaalde soort (Q), de prijs van de pakketten (P) en de te leveren kwaliteit. De voorgenomen afschaffing van de contractplicht in de gehele AWBZ per 1 juli 2006, zal zorgkantoren in belangrijke mate ook daadwerkelijk de ruimte geven om de best mogelijke zorg in te kopen en vraagsturing mogelijk te maken.

Op basis van deze productieafpraak krijgt de zorgaanbieder bevoorschotting. De zorgaanbieder declareert vervolgens aan het eind van elke periode binnen de productieafpraak het aantal door hem geleverde zorgzwaartepakketten op basis van de afgesproken prijs per zorgzwaartepakket. De realisatie van de productie wordt globaal in aantallen pakketten van een bepaald type bijgehouden ondermeer op basis van de AZR-melding aanvang zorg door de aanbieder. Er is dus, tenzij op eigen initiatief van een instelling in het kader van haar interne bedrijfsvoering,

¹ Het document «maatschappelijke verantwoording» is bedoeld om als zorginstelling verantwoording af te leggen naar alle direct betrokkenen over doelstellingen, hoe die verwezenlijkt worden en wat is bereikt. Het document omvat oa. visie, corporate governance en prestaties van de instelling. Ook is het de bedoeling om de uitkomsten van de discussie rond de normen van verantwoorde zorg, waaronder kwaliteit en cliënttevredenheid, integraal onderdeel te laten uitmaken van het jaardocument. In de maatschappelijke verantwoording wordt alle verantwoordingsinformatie gebundeld.

geen sprake van een urenregistratie voor de realisatie en verantwoording. Het zorgkantoor controleert vervolgens steekproefsgewijs in de vorm van de materiële controle of de geleverde zorg rechtmatig was en of de geleverde (en gedeclareerde) zorg voldoet aan hetgeen in het zorgpakket afgesproken was. Als er bijvoorbeeld in de productieafspraken was afgesproken dat er door een instelling behandeling geleverd zou worden als onderdeel van de pakketten en die wordt structureel niet geleverd dan zal het zorgkantoor deze ook niet willen betalen en de instelling hierop willen aanspreken. Het College Toezicht Zorginstellingen (CTZ) ziet vervolgens toe op de controle door de zorgkantoren. Ik zal het CTZ vragen de toezichtsaspecten van de voorgenoemde controles nader in kaart te brengen. Daarnaast verandert er natuurlijk niets in de rol van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) als het gaat om de verantwoording over de kwaliteit.

De verantwoording tussen aanbieder en cliënt over de geleverde zorg in relatie tot het afgesproken zorgplan vindt periodiek plaats, waarna eventueel bijstelling van het zorgplan volgt. Verkend zal worden of het zorgplan ook een rol kan krijgen bij de definitieve afrekening en verantwoording. Ik denk hierbij aan het door de cliënt aan het eind van het door middel van een handtekening te laten tekenen voor het feit dat de gewenste zorg geleverd is. Door het zorgplan als een contract te beschouwen kan dit contract ook de basis zijn voor de cliënt om te bepalen of zijn «recht op zorg» juist is ingevuld. Dit betekent dat de wettelijke taak van het zorgkantoor eenvoudiger kan worden uitgevoerd. Ik ga er vanuit dat als de cliënt tevreden is met de ontvangen zorg en de inspectie geen opmerkingen heeft over de zorgverlening er voldoende waarborgen zijn dat de zorg daadwerkelijk op een wenselijke wijze tot stand is gekomen. Overige materiële controle (naar rechtmatigheid van de geleverde zorg en naar geleverde inhoud ten opzichte van het afgesproken pakket) dient dan nog beperkt en steekproefsgewijs plaats te vinden, zoals ook nu het geval is. Dit alles leidt tot een minimale administratieve lastendruk.

5. Relatie met andere beleidsontwikkelingen in de AWBZ

Invoering van de bekostiging op zorgzwaartepakketten in de keten heeft ook gevolgen voor een aantal andere beleidsontwikkelingen in de AWBZ. Extramuralisering, de full-package discussie, omslagpuntenbenadering, doelgroepen en keteninformatie en innovatie kwamen in dit kader al kort aan bod. Hier wil ik nog nader ingaan op de AZR en de doelgroepinformatie.

AZR en doelgroepinformatie

Het gebruik van zorgzwaartepakketten voor de intramurale bekostiging betekent ook dat alle registratiesystemen toegerust moeten worden om zorgzwaartepakketten te kunnen bevatten. Dit geldt ook voor de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Ik heb het College voor Zorgverzekeringen gevraagd om de AZR zodanig in te richten dat keteninformatie over de zorgzwaartepakketten per grondslag beschikbaar komt. Dit is van belang om een goede afstemming van vraag of aanbod te kunnen blijven garanderen. Keteninformatie in zorgzwaartepakketten per grondslag (sector) is daarnaast van belang voor een doelmatige zorginkoop en levert beleidsinformatie.

Ik wil hier graag ook ingaan op uw vragen naar informatievoorziening rond doelgroepen in de AWBZ. Enerzijds verzamel ik structurele informatie, anderzijds laat ik ad hoc onderzoek verrichten. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ staat genoemd wie aanspraak kan maken op zorg ten

laste van de AWBZ voor de zeven functies die ook in de intramurale bekostiging aan de orde zijn. Dit is vastgelegd in de zeven grondslagen, die staan vermeld bij de functies in het Besluit zorgaanspraken AWBZ3. Deze grondslagen worden, zoals hierboven al gememoreerd, geregistreerd in het AZR-systeem. Dat betekent dat er structurele informatie beschikbaar is via het AZR over de grondslagen van de AWBZ-cliënten. Uiteraard zijn deze gegevens te combineren met andere gegevens die via AZR worden verzameld (zoals leeftijd, geslacht).

Daarnaast kan het voorkomen dat een bepaalde groep mensen, die gebruik maakt van de AWBZ op een bepaald moment beleidsmatig aandacht behoeft. Die groep kan en zal ongetwijfeld steeds anders van karakter zijn. De ene keer gaat het wellicht om een hele kleine groep die zeer gespecialiseerde zorg nodig heeft, de andere keer over een grote groep. Als het beleidsmatig aan de orde is, zal ik met betrekking tot een dergelijke groep specifiek onderzoek laten uitvoeren.

6. Invoering

De in deze brief beschreven bekostiging van de intramurale zorg zal per 1 januari 2007 worden ingevoerd. Het jaar 2006 zal volledig in het teken staan van de voorbereiding. Hiertoe zal ik met alle betrokkenen een plan van aanpak opstellen. Het tempo en de vorm waarin de bekostiging naar zorgzwaartepakketten wordt ingevoerd zal daarin aan de orde komen. Hiertoe beraad ik mij nu over de wenselijkheid en haalbaarheid van een ingroeimodel dan wel scenario waarin alle sectoren gelijktijdig over zullen gaan.

Ook het communicatietraject naar alle betrokkenen toe zal onderdeel uitmaken van het plan van aanpak. Ik acht het voor het slagen van dit traject namelijk van het grootste belang dat de partijen die met de nieuwe systematiek te maken krijgen goed voorbereid worden op de invoering en op de hoogte zijn van de gevolgen die de invoering voor hen met zich meebrengt, zodat ook zij hun voorbereidingen op een juiste wijze kunnen treffen. Goede communicatie is hierbij essentieel.

Onderdeel van de voorbereiding is het uitvoeren van een aantal pilots in nog nader te benoemen regio's. In deze pilots zal niet alleen de bekostiging aan de orde komen, maar zal ook de beoogde indicatiestelling naar zorgzwaartepakketten en het gebruik van het zorgplan worden toegepast. De resultaten uit de pilot wil ik gebruiken om betrokken partijen meer inzicht te geven in de gevolgen van de nieuwe bekostigingssystematiek. Zo verwacht ik onder meer dat de pilots inzicht kunnen geven over de budgettaire effecten van de nieuwe bekostigingssystematiek voor aanbieders en als input kunnen dienen voor het door het CTG/ZAio op te stellen overgangstraject. Tevens zullen in deze pilots de mogelijkheden tot reductie van overbodige administratieve lasten worden verkend.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp