

Vergaderjaar 2005–2006

**26 631**

**Modernisering AWBZ**

**29 515**

**Kabinetsplan aanpak administratieve lasten**

**Nr. 175**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 15 mei 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 19 april 2006 overleg gevoerd met staatssecretaris Ross-van Dorp van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 23 december 2006 inzake aanpassing beleidsvisie en beleidsregels WTZi (27 659, nr. 71);**
- **de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 23 januari 2006 inzake brandbrief CIZ (VWS-06-119);**
- **de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 30 januari 2006 inzake plan van aanpak zorgzwaartebekostiging (26 631, nr. 162);**
- **de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 7 februari 2006 inzake tarifiering jong-dementerenden (25 424, nr. 65);**
- **de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 21 maart 2006 inzake indicatiestelling (29 515, nr. 134);**
- **de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 22 maart 2006 inzake wettelijke status CIZ (26 631, nr. 167);**
- **de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 5 april 2006 over de stand van zaken m.b.t. zorgzwaartebekostiging/indicatiestelling (26 631, nr. 169);**
- **de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 18 april 2006 over tussenproducten zorgzwaartebekostiging (26 631, nr. 170).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

### Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Vietsch** (CDA) is een grote voorstander van zorgzwaarte-financiering, waarbij de budgetten afhankelijk zijn van de zorg die de cliënten nodig hebben. Het onderzoek van het CTG naar de tarieven die nodig zijn voor de vereiste zorgkwaliteit, wordt dit voorjaar afgerond en doorkruist dus het traject van de zorgzwaartefinanciering, terwijl is afgesproken dat de invoering daarvan budgettair neutraal moet verlopen. Hoe wordt daarmee omgegaan? En wat betekenen de grote verschillen tussen de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de ggz voor de zorgzwaarte-

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), onder-voorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Kraneveldt (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GroenLinks), Koşer Kaya (D66) en Van der Sande (VVD).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Veendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Koomen (CDA), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GroenLinks), Bakker (D66) en Nijs (VVD).

financiering? Vooral binnen de gehandicaptenzorg is er overigens onvoldoende differentiatie naar zorgzwaarte.

Het plan van aanpak bevat geen duidelijk toekomstbeeld. De technische briefing heeft geen duidelijkheid verschaft, bijvoorbeeld over de positie van de zorgovereenkomst en over de vraag of sprake is van een uren- of geldbudget. Zonder eenduidig toekomstbeeld is het lastig om groen licht te geven. Daarom moet volgens de CDA-fractie eind mei of begin juni een projectplan gereed zijn dat de toekomstige financieringswijze eenduidig beschrijft. Dat plan moet per sector geëvalueerd worden door de betreffende brancheorganisatie en cliëntenorganisatie, door Zorgverzekeraars Nederland en door het CTG. Op basis daarvan kan de Kamer dan een besluit nemen over invoering van de zorgzwaartefinanciering per 1 januari 2007.

Zorgzwaartefinanciering mag niet leiden tot extra bureaucratie. Door de zorgovereenkomst kan het tijdschrijven in de thuiszorg eindelijk afgeschaft worden en de aanwezigheidsregistratie moet niet langer leiden tot budgetreductie.

Er moet rekening worden gehouden met de keuzevrijheid van de cliënt. Zorg in natura en een persoonsgebonden budget moeten allebei mogelijk zijn en er moet gekozen kunnen worden tussen het medische zorgmodel en de mensgerichte zorgvisie en het geïntegreerd wonen in de wijk en het wonen op een instellingsterrein of in een groot complex. De keuzevrijheid wordt beperkt door het financiële kader dat de staatssecretaris voor ogen staat. Het budget moet afhangen van de onafhankelijke indicaties: als een cliënt een indicatie heeft voor zorg, moet de AWBZ die zorg betalen volgens de geldende CTG-tarieven. De polisvoorwaarden van de AWBZ, een volksverzekering, vormen immers een eenduidige indicatiestelling waaraan een geldbedrag gekoppeld is. Dat kan leiden tot overschrijding of onderschrijding van het vooraf geschatte budget.

De CDA-fractie is voor een vast geldbudget (en dus niet voor een urenbudget) dat intra- en extramuraal kan gelden. Gaat de staatssecretaris uit van het totale geldbudget dat nu in de PGB's wordt gebruikt en schaft zij deelregistratie van uren en dergelijke af?

De keuze van de cliënt voor een instelling is belangrijker dan de keuze van het zorgkantoor. Een zorgkantoor is slechts een afdeling van een particuliere zorgverzekeraar met een monopoliepositie voor de AWBZ in een regio. Inkoop door het zorgkantoor regelt alleen de bevoorschotting. Zorgkantoren moeten volgens de CDA-fractie op basis van kwaliteit en dus niet op basis van de prijs met zorgaanbieders onderhandelen en mogen geen extra winst maken door instellingen minder budget te geven, maar moeten voldoende betaald krijgen via een vast percentage van de omzet, zoals dat ook nu geregeld is.

Onafhankelijke indicaties door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) houden de AWBZ betaalbaar. Mandatering van het CIZ door gemeenten is een gekunstelde constructie, want de gemeenten hebben verder niets meer met de AWBZ te maken. Welke voordelen zijn er verbonden aan een positie van het CIZ als agentschap of als zbo? De CDA-fractie maakt er overigens bezwaar tegen dat de mantelzorg naast de gebruikelijke zorg als onderdeel van de indicatie wordt genoemd.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66) is tevreden over het feit dat de zorg meer wordt georganiseerd rondom de cliënt in plaats van rondom de zorgaanbieders of het systeem, zodat hij meer keuzemogelijkheden krijgt binnen het geïndiceerde pakket. Over de uitvoering en invulling heeft zij echter enkele vragen. Het uitgangspunt dat de indicatiestelling leidend is voor de zorgpakketten, is niet te verenigen met een budgettair neutrale invoering van de zorgzwaartefinanciering. Dat laatste betekent immers dat de bovengrens van de indicatie wordt bepaald door de financiële ruimte en niet door de zorgbehoefte van de cliënt.

Het heeft veel voordelen om de invulling van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) over te laten aan het veld, maar daaraan kleven ook gevaren. Hoe wordt voorkomen dat een te hoge prijs wordt betaald voor de genomen flexibiliteit en dat de eenheid in de sector verloren gaat? Hoe worden de prestaties van de zorginstanties met elkaar vergeleken en hoe wordt ervoor gezorgd dat de ZZP's blijven kloppen met de bestaande praktijk en dat de branche niet minder transparant wordt?

De indicatiestelling op basis van ZZP's dient helder en inzichtelijk te zijn, zodat de cliënt weet waarop hij recht heeft en met zorgaanbieders kan onderhandelen op basis van een globaal indicatiebesluit. Er moeten criteria vastgesteld worden op basis waarvan een indicatie afgegeven wordt. Die criteria moeten ook aan de cliënt kenbaar worden gemaakt. Het is vreemd dat de cliëntenorganisaties nauwelijks zijn betrokken bij de ontwikkeling van de ZZP's. Pakt de staatssecretaris het overleg met die organisaties zo snel mogelijk op?

Zorgkantoren controleren of de op de rekening vermelde zorg overeenkomt met de geïndiceerde zorg, maar dat zegt niets over de geleverde zorg. Zij hebben onvoldoende mogelijkheden om controle uit te oefenen op de kwantiteit en kwaliteit van de geleverde zorg. Daarom moet ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die wel over de benodigde instrumenten en bevoegdheden beschikt, op dit punt een controlerende rol krijgen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) wijst erop dat alleen invoering van een persoonsvolgend budget echte vraagsturing tot stand brengt, want dan kan een cliënt overstappen naar een andere aanbieder zodat hij niet op een wachtlijst komt. Het is dan ook teleurstellend dat de staatssecretaris alleen aangeeft dat invoering van een persoonsvolgend budget in de toekomst wellicht mogelijk is. Het doel van zorgzwaartefinanciering is steeds geweest dat voor zorggebruikers duidelijk is op welke intramurale zorg zij recht hebben. Het voorliggende plan bevordert echter vooral de bestuurlijke transparantie, maar niet de gewenste transparantie op klantniveau. Bovendien beperkt het de keuzevrijheid van de klant in hoge mate, want de indicatiesteller bepaalt of iemand recht heeft op intramurale of extramurale zorg. Het is ongewenst dat de indicatiesteller wordt betrokken bij de nieuwe financieringsstructuur. De VVD-fractie vraagt de staatssecretaris dan ook met klem om van het voorliggende plan af te zien, ook omdat het CIZ eindelijk begint te functioneren en behoefte heeft aan een paar jaar zonder veranderingen.

De VVD-fractie geeft nog steeds de voorkeur aan het huidige model, waarbij het zorgkantoor middels de omslagpunten bepaalt of iemand recht heeft op de geïndiceerde zorg via extramurale arrangementen of zich beter kan laten opnemen. Het optimisme in december over de snelle uitvoerbaarheid van een nieuw zorgzwaartesysteem was gebaseerd op een plan van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), maar het voorliggende voorstel wijkt daar op belangrijke punten van af. Het opvallendst is de herintroductie van de intramurale zorgarrangementen (IZA's). Vorig jaar zag de staatssecretaris van de invoering van IZA's af omdat zij te omslachtig en voor de cliënt niet duidelijk zijn, te veel bureaucratie veroorzaken en het systeem te duur kunnen maken. Iedereen was het er toen over eens dat een sober systeem met een kleiner aantal pakketten de voorkeur verdient en voorkomt dat tussentijds steeds nieuwe indiceringen nodig zijn.

Cliënten die soms al decennialang intramurale zorg ontvangen, willen met de instellingen goede, voor hen zelf controleerbare afspraken kunnen maken over de zorg waarop zij recht hebben. De cliëntenorganisaties waren tevreden over het eerdere plan van ZN en zijn slechts in geringe mate betrokken bij de totstandkoming van het voorliggende plan. Is de staatssecretaris bereid om binnen vier weken een nieuw plan van aanpak voor de invoering van een op het eerdere plan van ZN gebaseerd

eenvoudig systeem aan de Kamer voor te leggen, waarin duidelijke afspraken worden gemaakt en dat gesteund wordt door de cliëntenorganisaties, de koepelorganisaties en ZN?

Mevrouw **Kant** (SP) meent dat het ministerie en het veld hebben gekozen voor een verkeerde oplossing van het probleem en niet meer in staat zijn om die keuze te heroverwegen. In plaats van een noodzakelijke beperking van de bureaucratie ten gunste van daadwerkelijke zorgverlening neemt de bureaucratie juist toe. Die bureaucratie wordt ingegeven door misplaatst wantrouwen in de werknemers in de zorgsector, die juist hun uiterste best doen om hun werk zo goed mogelijk te verdelen over de zorgbehoevenden. Er is een duidelijke parallel met de invoering van de diagnose-behandelcombinaties, die veel rompslomp heeft veroorzaakt en niet heeft geleid tot de beschikbaarheid van de benodigde zorg. De werkelijke oorzaak van het probleem is dat de financiën nooit meegegroeid zijn met de zorgzwaarte en de zorg die geboden moet worden. Zorginstellingen moeten dus op basis van betere parameters worden gefinancierd, want het uitgangspunt is dat iedereen recht heeft op fatsoenlijke zorg. Budgettaire neutraliteit is in dat kader een absurd uitgangspunt. Het voorliggende plan bevat nog diverse andere knelpunten, bijvoorbeeld de geringe bandbreedte van de zorgpakketten, de noodzaak van herindicatie bij elke wijziging en de nadruk op uren in plaats van op de zorgbehoefte van cliënten. Wat is de visie van de staatssecretaris daarop? In diverse gevallen is de indicatie van alle bewoners van een instelling, waarschijnlijk om financiële redenen, plotseling gewijzigd zonder dat de betrokkenen daar iets over te zeggen hebben. Is de staatssecretaris daarvan op de hoogte en wat vindt zij daarvan? Klopt het bericht dat het CIZ bij spoedzorg geen indicatie met terugwerkende kracht kan geven? Die terugwerkende kracht is dan toch juist nodig?

Als mensen die in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven of thuiszorg hebben, op vakantie willen, zijn er problemen bij het aanpassen van de zorg. Zij kunnen voor die korte periode geen dubbele indicatie en geen indicatie voor respijtzorg (tijdelijke overname van zorg om de mantelzorger even vrijaf te geven) krijgen. Bovendien kan de situatie op vakantie heel anders zijn, waardoor de indicatie voor die periode aangepast moet worden.

Er zijn enorm veel klachten over indicaties door het CIZ. Wat gaat de staatssecretaris daaraan doen? Er zijn bijvoorbeeld nog steeds situaties waarin het CIZ stelt dat iemand geen zorg nodig heeft omdat hij mantelzorg heeft.

Het CIZ gaat onder het ministerie van VWS vallen, terwijl het juist de bedoeling was om het dicht bij de mensen, in de wijken, te positioneren. Kan in een regio een experiment worden uitgevoerd waarbij wijkverpleegkundigen en huisartsen de indicaties geven, in eerste instantie wellicht alleen voor de ouderenzorg? Dan zal blijken of dat een beter systeem is met minder bureaucratie en betere zorg.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks) constateert dat het plan van aanpak weer een schoolvoorbeeld is van ingewikkeld taalgebruik. Is de staatssecretaris bereid om zich ervoor in te zetten dat dergelijke stukken voortaan beter leesbaar zijn?

De toetssteen bij de beoordeling van het plan is de mate waarin het zorgpakket helderheid biedt aan de cliënt, die moet weten op welke zorg hij recht heeft. In het zorgpakket staat echter alleen het aantal uren zorg waarop een cliënt recht heeft. Volgens de staatssecretaris heeft de cliënt op die manier keuzevrijheid bij het samenstellen van een ideale zorgmix. Die keuzevrijheid is echter ook mogelijk als de uren worden uitgesplitst in functies. De cliënt weet dan hoe het aantal uren tot stand is gekomen en kan in overleg met de instelling tot een andere invulling komen dan de

standaardberekening. De berekening moet inzichtelijk zijn, zeker voor de cliënt, en moet direct gekoppeld zijn aan de cliënt. De toezegging over een persoonsvolgend budget is dus veel te mager.

Helderheid voor de cliënt betekent ook dat onnodige herindicaties vermeden moeten worden. Onnodige bureaucratie moet verdwijnen. De vijftien zorgpakketten in het voorliggende voorstel hebben echter zo'n kleine bandbreedte dat waarschijnlijk voortdurend opnieuw geïndiceerd moet worden.

De staatssecretaris wil meer financiering op maat krijgen omdat cliënten verschillende zorgbehoeften hebben. Als de indicatie bepalend is, kan echter niet tegelijkertijd een financieel plafond worden gehanteerd door uit te gaan van budgettaire neutraliteit. Het lijkt erop dat de zorgpakketten zijn gebaseerd op het budget, terwijl zij juist moeten worden samengesteld op basis van de benodigde zorg voor de cliëntengroepen. Bovendien zal wellicht blijken dat meer geld nodig is voor de zwaardere zorgbehoeften. Waar moet dat geld vandaan komen als blijkt dat er niet minder geld nodig is voor cliënten met minder zware zorgbehoeften?

Mantelzorg mag niet worden afgetrokken van de zorg waarop iemand recht heeft, want dat zou de vrijwilligheid van de mantelzorg onder druk zetten. De mantelzorg moet zonder bureaucratie of herindicatie zo nodig omgezet kunnen worden in professionele zorg of respijtzorg.

Een ander belangrijk doel van de modernisering van de AWBZ was het breed onderschreven streven naar vermaatschappelijking. Dan is het vreemd dat voor individueel verblijf een bijzondere indicatie vereist is, omdat groepsverblijf de standaard is. Er zou juist sprake moeten zijn van een keuzemogelijkheid.

De behoefte aan een financiering die maatwerk levert omdat verschillende cliënten verschillende behoeften hebben, wordt breed onderschreven. De staatssecretaris heeft echter niet gezorgd voor één voorstel met een breed draagvlak. Daarom hebben ZN, de cliëntenorganisaties en de aanbieders kritiek. Waarom zijn de cliëntenorganisaties nauwelijks betrokken bij een proces dat moet leiden tot een betere positie van de cliënt?

Veel hangt af van de resultaten van de lopende pilots, maar het lijkt erop dat het proces stagneert en dat invoering per 1 januari 2007 praktisch onmogelijk is.

Mevrouw **Smits** (PvdA) herinnert eraan dat de modernisering van de AWBZ moest zorgen voor flexibilisering en een meer vraaggericht systeem. Het voorliggende plan bevat te veel onzekerheden en verkeerde keuzes. Niemand is er blij mee, hoewel er al jaren behoefte is aan een nieuw systeem. Het moet dus anders en beter. Gelet op alle onzekerheden, is invoering per 1 januari 2007 niet haalbaar.

De indicatiestellers werken hard en hebben veel goed werk verricht, maar er is nog steeds sprake van veel willekeur en onduidelijkheden. Het CIZ, dat nog niet zo lang functioneert, is nog niet op orde, maar nu wil de staatssecretaris de hele zaak alweer omgooien op het punt van indicaties voor verblijf. Belangrijker dan deze organisatorische onzekerheden is het feit dat de indicatiestellers moeten werken met onduidelijke en soms tegenstrijdige begrippen. Het is bijvoorbeeld onduidelijk of het begrip «verblijf» ook van toepassing is op allerlei nieuwe ontwikkelingen en initiatieven. De indicatiestellers hebben ook te maken met onduidelijke richtlijnen vanuit het ministerie die soms strijdig zijn met de politieke afspraken tussen de Kamer en de staatssecretaris, bijvoorbeeld op het punt van de keuzemogelijkheid bij de inzet van het persoonsgebonden budget. Het is zorgwekkend dat niet wordt gewerkt aan het opheffen van deze onduidelijkheden, terwijl nu toch weer een nieuwe systeemwijziging gebaseerd wordt op een onduidelijk begrip zoals «verblijf». Wie bepaalt wat «verblijf» inhoudt en wanneer men daarvoor in aanmerking komt? Het plan leidt tot twee verschillende indicatiesystemen voor intra- en extramurale zorg, terwijl de grenzen tussen die twee vormen van zorg in

de praktijk vervagen. Door de eis van budgettaire neutraliteit is er in de praktijk geen keuzevrijheid bij het al of niet verzilveren van een indicatie voor verblijf, omdat het beschikbare geld aan een maximum is verbonden. Bovendien is het voorliggende plan ondoorgrondelijk omdat niemand weet wat er in de ZZP's zit, welke tarieven erbij horen en wat de consequenties zijn. Waarom gaat de staatssecretaris niet uit van één indicatiesysteem? Als zoveel onduidelijkheid blijft bestaan, kan niet worden volgehouden dat er sprake is van keuzevrijheid. Het nieuwe systeem is ook niet flexibeler en vraaggericht, maar wordt aangestuurd door financiële overwegingen.

Een consequentie van de nieuwe indicatiestelling is dat de kloof die soms wordt gesignaleerd tussen benodigde en aangeboden zorg, wordt toege- dekt. Dat is geen goede ontwikkeling, want het signaleren van de zorg- kloof moet het begin zijn van een politiek debat over de inrichting van de zorg en over de vraag wat kwalitatief goede zorg is.

De status van het zorgplan is onduidelijk. In de stukken staat dat er pas financiering is als het zorgplan ondertekend is, maar inmiddels is duidelijk geworden dat dat niet haalbaar is en verkeerd zou uitwerken.

Het toegezegde overzicht van de huidige toeslagen aan de hand van de zorgzwaarte is nog niet geleverd, maar is, net als het CTG-onderzoek, essentieel voor de standpuntbepaling. Misschien vormen die toeslagen al een systeem van zorgzwaartefinanciering dat redelijk voldoet. Als de informatie over de huidige gang van zaken nog niet eens op orde is, kan niet worden besloten tot een wijziging van het systeem die per 1 januari 2007 moet ingaan.

Voordat de PvdA-fractie een standpunt inneemt over het nieuwe systeem, moet de staatssecretaris duidelijkheid verschaffen over het «full package»- systeem, de huidige tarieven, het persoonsvolgend budget, de wijze waarop de cliënten- en brancheorganisaties en de zorgkantoren bij het proces worden betrokken, de betekenis van het begrip «verblijf», de relatie tussen keuzevrijheid en de tarieven en de financiering van de zorg- pakketten voor demente ouderen. Wat vindt de staatssecretaris van het aanbod van ZN om uit te gaan van een systeem van voor cliënten duide- lijke zorgpakketten die een omschrijving geven van goede kwalitatieve zorg? Zo wordt een visie op de zorg en ondersteuning voor bepaalde groepen in het systeem gebracht, terwijl de staatssecretaris zich nu bezig- houdt met systeemdenken zonder haar visie op de inhoud van de zorg duidelijk te maken.

### **Antwoord van de staatssecretaris**

De **staatssecretaris** wijst erop dat het systeem van zorgzwaarte- financiering een logisch gevolg is van de modernisering van de AWBZ in de afgelopen jaren, die ertoe heeft geleid dat in plaats van het zorgaanbod de vraag van de cliënt centraal staat. Vanaf het begin van die modernise- ring is gesproken over een rechtvaardiger verdeling van de beschikbare middelen voor de intramurale zorg. Daar is deze overgang van een bekos- tiging op basis van het aantal bedden en van gelijke bedragen per cliënt naar een bekostiging die aansluit bij de zorgzwaarte en de specifieke zorgbehoefte van de cliënt, dan ook op gericht.

Deze operatie is budgettair neutraal en heeft betrekking op de huidige AWBZ-populatie met een verblijfsindicatie. Die verblijfsindicatie verandert op zich niet, maar wel wordt zichtbaar gemaakt tot welke zorgzwaarte- categorie men behoort. Elke instelling ziet straks dus hoe de zorgzwaarte in de instelling is verdeeld en wat dat betekent voor de financiering.

Vanaf 1 januari 2007 is sprake van een ingroeimodel: vanaf dan vinden alle nieuwe indicaties plaats in de vorm van een ZZP. De invoering vindt dus geleidelijk plaats: het nieuwe systeem wordt wel in de hele AWBZ ingevoerd, maar er wordt onderscheid gemaakt tussen de bestaande intramurale indicaties en de nieuwe indicaties. Er moet voldoende

aandacht zijn voor sectorale verschillen. In sectoren waar dat wenselijk is, kunnen versneld herindicaties worden toegepast, zodat de totale AWBZ-populatie in maximaal vijf jaar in zorgzwaartecategorieën is ingedeeld. Het heeft deskundigen anderhalf jaar gekost om destijds de ongeveer 50 IZA's te ontwikkelen. In tegenstelling tot die IZA's is in de zorguren-pakketten geen sprake meer van afzonderlijke klassen per functie, maar van één urenpakket voor alle functies. Er wordt met alle betrokken partijen onderzocht of via vereenvoudiging van het systeem gewerkt kan worden met minder dan 50 pakketten, want onnodige herindicaties moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Ten behoeve van een budgettair neutrale herverdeling over de zittende populatie moet het echter wel mogelijk blijven om groepen zorgbehoevenden goed van elkaar te onderscheiden, zodat passende ZZP's worden toegekend. De staatssecretaris zegt toe dat voor het AO op 22 juni duidelijk is of eventuele overlappingen tussen de ZZP's weggehaald kunnen worden om de zorgzwaartecategorieën zo helder mogelijk te definiëren. De bij de pakketten behorende tarieven worden overigens pas in november formeel vastgesteld, maar het eerste overleg daarover vindt al begin september plaats. De instellingen hebben dus voldoende tijd om zich voor te bereiden op de nieuwe situatie. Een goed systeem van zorgzwaartebekostiging is essentieel voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Omdat er nog onvoldoende systematische informatie over de relatie tussen doelmatigheid en kwaliteit is, zijn de resultaten van het CTG-onderzoek naar de verpleeghuiszorg van groot belang. Die resultaten komen in juni beschikbaar en worden betrokken bij de vaststelling van de tarieven van de ZZP's. Als onafhankelijk en objectief wordt vastgesteld dat de tarieven niet meer passen bij een kwalitatief goede zorg, moet dat dus gevolgen hebben voor het macrobudget. Niet budgettaire neutraliteit, maar een bekostiging die de cliënt op een goede manier volgt, is immers het doel.

Wanneer ook de andere sectoren beschikken over normen voor verantwoord zorg, voert het CTG hetzelfde onderzoek naar die sectoren uit. Ook de uitkomsten daarvan kunnen te zijner tijd betrokken worden bij de tariefstelling, hoewel het systeem dan al functioneert. Harmonisatie van de tarieven voor dezelfde soort zorg is niet nodig om al met een eerlijke verdeling van de middelen van start te gaan. Voor die harmonisatie is meer tijd nodig. Eerst moet het nieuwe systeem voor de gehele AWBZ zorgvuldig worden neergezet. Wanneer dat eenmaal is ingevoerd, kunnen zo nodig verbeteringen op het punt van tarieven worden doorgevoerd. De staatssecretaris heeft alle vertrouwen in het nieuwe systeem en is ervan overtuigd dat het per 1 januari 2007 kan worden ingevoerd; daarvoor bestaat ook draagvlak in het veld. Zij zegt toe dat zij de Kamer binnen vier weken een projectplan zendt, evenals een stappenplan dat gericht is op inwerkingtreding van het nieuwe systeem per 1 januari 2007. Zij neemt haar eigen verantwoordelijkheid serieus: ook al worden alle betrokken partijen zeer nauw bij de planvorming betrokken, er hoeft niet per se over alle onderdelen van het plan overeenstemming met hen te worden bereikt als de uitvoerbaarheid van het plan daardoor in gevaar zou komen. Bovendien zou het dan veel langer duren voordat er een eensluidend plan is. Omdat alle partijen hun eigen insteek hebben, moeten nu eenmaal op bestuurlijk niveau knopen worden doorgesneden. De partijen zullen ongetwijfeld zelf aan de Kamer laten weten wat zij vinden van het plan. De staatssecretaris zegt toe dat zij de Kamer de huidige beleidsregels zal toezenden. Het huidige systeem van toeslagen is omslachtig, want daarbij moet de instelling zelf een aanvraag indienen. Bovendien zijn de parameters ondoorzichtig, zowel voor de aanbieder als voor de cliënt. Met het nieuwe bekostigingssysteem neemt de bureaucratie af, want er blijven slechts twee beleidsregels over. Door de invoering van zorgzwaartepakketten die één op één zijn verbonden aan de cliënt is er dus persoonsvolgend budget: als de cliënt naar een andere instelling verhuist, verhuist het desbetreffende budget mee. De ZZP's zullen de verschillende cliënt-

groepen goed beschrijven en bieden dus ruimte voor maatwerk en voor de wensen en behoeften van cliënten. Naast het aantal uren worden de functies aangeduid, maar er wordt niet tot op het niveau van minuten gedetailleerd omschreven hoeveel tijd precies bij iedere functie hoort, want dat zou leiden tot tijdschrijven aan het bed. Er is dus maximale ruimte voor het maken van afspraken. De transparantie neemt toe doordat de ZZP's een direct verband leggen tussen de cliënt en zijn zorgkosten en doordat de gehele keten dezelfde parameter, namelijk het ZZP, gebruikt. De ZZP's zullen begrijpelijk zijn voor cliënt, zorgverlener en zorginkoper. Samen met cliëntenorganisaties en ZN wordt bovendien een consumentengids gemaakt die duidelijk zal maken wat de pakketten bieden. Het indicatiebesluit over het ZZP is voor de cliënt immers de basis voor het overleg met de zorgaanbieder over het zorgplan. Het zorgplan wordt verplicht voor alle intramurale cliënten en is gebaseerd op de afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder over de dagelijkse zorgverlening. De goede bedoeling mag echter niet stranden in bureaucratie, tijdschrijven en jurisdisering van relaties. Het zorgplan moet de cliënt en de zorgverlener inzicht en vertrouwen geven in de zorg die binnen de kaders van het indicatiebesluit kan worden geleverd. Voor de zomer wil de staatssecretaris een besluit nemen over de precieze vormgeving van het zorgplan en over de manier waarop het verplicht wordt gesteld. Op dit moment wordt onderzoek gedaan naar het gebruik van zorgplannen in de huidige praktijk en over de consequenties van een negatief oordeel van de cliënt over de uitvoering van een zorgplan. Deskundigen uit de praktijk en cliëntenorganisaties worden actief bij dit onderzoek betrokken.

De indicatiestelling blijft onafhankelijk en objectief. Het enige wat per 1 januari 2007 verandert, is dat de indicatie de omvang van de zorg omschrijft in de vorm van een ZZP in plaats van in functies en klassen. Aan het ZZP hangt een maximumtarief. Vanaf dat moment wordt in de extramurale zorg op een andere manier geïndiceerd dan in de intramurale zorg. Ook het regime voor eigen bijdragen verschilt. Het zal dus meer tijd vergen om tot één indicatiesysteem voor de intra- en extramurale zorg te komen. Het gaat nu om een eerlijkere verdeling van de middelen voor de intramurale zorg aan de hand van de zorgzwaarte.

In april en mei voert het CIZ bij 9000 cliënten in zes regio's pilots met het nieuwe bekostigingssysteem uit. De resultaten zijn richtinggevend voor de definitieve beslisregels en werkprocessen voor de indicatiestelling, die in de tweede helft van 2006 worden geïmplementeerd in de reguliere werkwijze in de CIZ-regio's. Dan wordt ook aan elk urenpakket een prijs gekoppeld.

Mensen met een verblijfsindicatie behouden de mogelijkheid om thuis te blijven wonen. Ook in die zin is dus sprake van een persoonsvolgend budget. De bekostiging van de thuis geleverde zorg en ondersteuning wordt bepaald door het ZZP en de mogelijkheden van de zorgverlener om dat pakket thuis bij de cliënt te leveren. Er wordt uitgegaan van het «full package»-principe: alle zorg die men intramuraal zou krijgen, kan men ook extramuraal in natura krijgen. Het omslagpunt daarbij is dat de extramurale zorg niet duurder mag zijn dan de zorg die men intramuraal zou krijgen. De thuis verleende zorg wordt betaald vanuit de AWBZ, met uitzondering van de huisvestingskosten, die door de cliënt worden betaald.

In 2007 worden voorbereidingen getroffen om het mogelijk te maken dat het aan het ZZP verbonden bedrag wordt overgedragen aan de cliënt in de vorm van een persoonsgebonden budget, met een correctie voor de overhead- en kapitaallasten. Dan kunnen zij zelf bepalen bij welke aanbieders zij hun zorg inkopen.

Bij de zorgzwaartebekostiging krijgt een zorgaanbieder voor een cliënt met een zware zorgvraag meer geld dan voor een cliënt met een lichte zorgvraag. De zorgvraag van de cliënt bepaalt dus de hoogte van het

budget van de aanbieder. Als er mensen in de instelling komen met een zwaarder type zorg, komt het daarvoor benodigde geld mee.

De rol van het inkoopkantoor verandert in 2007 niet. Het zorgkantoor is dus verantwoordelijk voor de optimale inzet van de beschikbare middelen en het onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en het volume van de te verlenen zorg. Wel wordt de per ZZP vastgestelde maximumprijs de basis voor de zorginkoop. Voor het jaar 2007 houdt de staatssecretaris vast aan haar afspraken met de brancheorganisaties van zorgaanbieders over de contracteerruimte, maar cliënten die met een zwaarder zorgtype binnenkomen, krijgen een daarbij passende en geen gemiddelde bekostiging mee.

Na 1 januari 2007 moeten verdere stappen worden gezet, met name een AWBZ-brede koppeling van normen voor verantwoorde zorg aan de ZZP's om te voorkomen dat bij de inkoop alleen wordt gekeken naar de prijs en niet naar de kwaliteit. Aan die koppeling wordt momenteel hard gewerkt. Als verdere beperking van het aantal pakketten nodig of nuttig blijkt te zijn, behoort ook dat tot de mogelijkheden. Kapitaallasten moeten integraal onderdeel worden van de prijs van de pakketten.

Voor het CIZ wordt zowel de vorm van een agentschap als de vorm van een zbo onderzocht. Dat zijn echter opties voor de langere termijn. Voorlopig is het CIZ een privaatrechtelijke zbo. Het CIZ wordt aangestuurd door de staatssecretaris, maar qua uitvoering is het CIZ lokaal gepositioneerd. Bij de indicatie mag mantelzorg niet worden gezien als gebruikelijke zorg. Indien nodig wordt de indicatiesystematiek op dat punt aangepast.

In de thuiszorg is tijdschrijven nodig voor het bepalen van de eigen bijdrage. In de voortgangsrapportage over de AWBZ gaat de staatssecretaris nader in op de eigen bijdrage.

Er wordt een richtlijn opgesteld voor situaties waarin mensen die in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven of thuiszorg hebben, op vakantie willen. Deze richtlijn zal voor het AO van 22 juni gereed zijn.

Het zorgkantoor mag gedurende veertien dagen zonder indicatiebesluit spoedeisende hulp inzetten. Het CIZ geeft dan binnen die periode een indicatie af. Dat besluit hoeft dus geen terugwerkende kracht te hebben; dat zou alleen maar tot extra administratieve lasten leiden.

Er is momenteel een CTG-beleidsregel die op het punt van de bekostiging uitgaat van groepswonen. Die beleidsregel houdt in dat cliënten met zware zorg kunnen samenwonen met anderen en een extra toeslag voor individuele huisvesting kunnen krijgen. Het zou zeer kostbaar zijn om voor iedereen die binnen de verpleeghuiszorg in groepsverband woont, een individuele bekostiging vast te stellen. Het belangrijkste uitgangspunt blijft het leveren van kwalitatief goede zorg aan de hand van de ook in die sector in ontwikkeling zijnde normen voor verantwoorde zorg.

### **Nadere gedachtewisseling**

Mevrouw **Vietsch** (CDA) vindt het onduidelijk wat de door de staatssecretaris voor 1 januari 2007 beoogde wijziging concreet inhoudt en welke gevolgen die wijziging heeft, bijvoorbeeld voor de eigen bijdragen.

In de IZA voor demente bejaarden is het aantal benodigde zorguren onderschat. Daar moet dus nog eens goed naar gekeken worden.

Doordat de zorgkantoren, die in de regio een monopolistische positie hebben, een lagere prijs bij zorgaanbieders mogen bedingen, dreigt het gevaar dat zij onvoldoende letten op de zorgkwaliteit.

Mevrouw **Smits** (PvdA) constateert dat de staatssecretaris de zorgzwaartefinanciering beschouwt als instrument om binnen de traditionele instellingen de middelen te herverdelen. Dat beperkte en ontoereikende uitgangspunt negeert de veranderingen die gaande zijn in de AWBZ, zoals de nieuwe afgrenzing in verband met de Zorgverzekeringswet en de WMO. Daarnaast zijn er veel (terechte of onterechte) klachten over de

kwaliteit, wordt momenteel geformuleerd wat verantwoorde zorg inhoudt en is er grote behoefte aan herformulering van de vereiste ondersteuning en zorg voor specifieke doelgroepen binnen de AWBZ. De indicatiestellers hebben moeite met begrippen als «verblijf» en «doelmatigheid» en het is onduidelijk waarom er verschillende indicatiesystemen moeten komen voor de intra- en extramurale zorg. Er moet dus een breder, inhoudelijk debat over het systeem worden gevoerd, maar de staatssecretaris gaat niet in op al deze punten. Daardoor is onduidelijk of haar plannen goed genoeg zijn. Die plannen kunnen nu dus niet gesteund worden.

Mevrouw Smits heeft geen behoefte aan een overzicht van de huidige beleidsregels, maar wil weten welke tarieven nu voor de verschillende groepen worden gehanteerd, hoe groot die groepen zijn, of de dagbesteding in het nieuwe systeem wordt opgenomen, wat de status van het zorgplan is, wat de aanwezigheidsregistratie, de groepsgrootte en het «full package» inhouden en wat er gaat gebeuren met de eigen bijdragen. Die informatie is nodig om het nieuwe systeem te kunnen beoordelen. Hopelijk gaat de staatssecretaris in de toegezegde stukken die de Kamer binnen vier weken ontvangt, wel op deze punten in.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) meent dat cliënten en uitvoerders de werkelijkheid anders ervaren dan de staatssecretaris. Net als mevrouw Van Miltenburg snappen zij het plan niet en hebben zij er geen vertrouwen in. Zij vinden ook niet dat zij nauw betrokken zijn bij de planvorming. Voor de uitvoerbaarheid van het plan moet de staatssecretaris dus opnieuw met het veld gaan praten, want het plan moet door alle betrokken partijen gesteund worden.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks) spreekt haar teleurstelling uit over het feit dat het, hoewel nu voor de derde keer wordt geprobeerd om samen met het veld tot een uitvoerbaar plan te komen, ernaar uit ziet dat het weer niet gaat lukken. Ook voor haar is het volstrekt onhelder wat de staatssecretaris precies voor ogen staat. Het is toch bijvoorbeeld onmogelijk om de introductie van verschillende zorgpakketten los te koppelen van de toepassing van normen voor verantwoorde zorg? Er moet sprake zijn van een plan dat niet alleen op papier, maar ook in de werkelijkheid goed werkt. De staatssecretaris heeft haar brief herhaald en is nauwelijks ingegaan op de vragen, bijvoorbeeld waarover de cliënt precies moet onderhandelen met de zorgaanbieder. De momenteel lopende pilots zijn heel belangrijk, want daaruit moet blijken of de doelstelling van de staatssecretaris wordt verwezenlijkt.

De **staatssecretaris** wijst erop dat zij in het volgende AO duidelijkheid kan geven over verschillende uitvoeringsaspecten die nu nog onduidelijk zijn. Haar doelstelling is echter helder: via een op 1 januari 2007 in te voeren indicatie en bekostiging op basis van de zorgzwaarte van de cliënten moet budgettair neutraal een eerlijke herverdeling van toegekende middelen plaatsvinden tussen instellingen in dezelfde branche. Daarnaast wordt een zorgplan wettelijk verplicht gesteld. Zij heeft al toegezegd dat zij de Kamer binnen vier weken een helderder projectplan en een stappenplan op weg naar 1 januari 2007 voorlegt en dat de Kamer voor het volgende AO de resultaten van de pilots en informatie over het aantal ZZP's ontvangt. De betrokken ambtenaren zullen de nog resterende vragen bij de Kamerleden inventariseren, zodat die vragen betrokken kunnen worden bij het projectplan.

In de pilots wordt ook gekeken naar de bandbreedte tussen zorgzwaartegroepen. Daaruit zal dus ook blijken of het aantal voor de zorg van demente bejaarden benodigde uren wordt onderschat. Wellicht verschilt het aantal zorguren voor somatische patiënten en voor psychogeriatrische patiënten nauwelijks van elkaar. Dan moet worden bepaald of op grond van de zorginhoud toch onderscheid tussen die groepen moet worden

gemaakt bij de indicatiestelling en het aantal uren. Over bandbreedtes kan worden gediscussieerd, maar niet ten koste van de helderheid en de transparantie van de indicatie en bekostiging.

Met de zorgkantoren is afgesproken dat bij de zorginkoop niet alleen naar de prijs, maar ook naar de kwaliteit van de zorg moet worden gekeken. Daartoe moeten de zorgkantoren aan de hand van de normen voor verantwoorde zorg inzicht hebben in de kwaliteit van de instelling. Later zal ook de beoordeling van de zorgplannen door de cliënten de zorgkantoren duidelijk maken of cliënten tevreden zijn over een instelling.

De bedoeling van het nieuwe systeem is dat de cliënten beter tot hun recht komen en dat meer maatwerk wordt geleverd aan de hand van hun zorgbehoefte. Daarom moet de zorgzwaarte van de huidige populatie van instellingen zo snel mogelijk zichtbaar worden gemaakt. De instellingen doen hier graag aan mee, want hierdoor weten zij veel concreter welk soort personeel en welke middelen moeten worden ingezet.

Er is in dit proces veel overleg gevoerd met de betrokken partijen, want het nieuwe systeem moet zoveel mogelijk draagvlak hebben. Dat overleg wordt voortgezet, maar heeft vooral betrekking op de uitvoerbaarheid en niet op de doelstelling. Het systeem is nu eenmaal heel ingewikkeld. Er wordt naar gestreefd om het systeem zo eenvoudig mogelijk te maken. De staatssecretaris heeft vertrouwen in de uitvoerbaarheid van het systeem; anders zou zij het niet voor haar rekening nemen. In dat kader zijn de pilots heel belangrijk. De consumentengids moet in begrijpelijke taal worden geformuleerd.

Er wordt al gewerkt met vastgestelde zorgbehoefte in uren en functies, maar met het nieuwe systeem wordt die vaststelling beter toegesneden op de specifieke behoefte. De formulering van normen voor verantwoorde zorg is weliswaar een apart traject, maar die normen moeten wel aan het systeem worden gekoppeld, want daardoor wordt het systeem nog beter. Voor de verpleeg- en verzorgingshuizen kan die koppeling snel plaatsvinden; hopelijk geldt dat ook voor alle andere branches.

De herverdeling van middelen vindt niet alleen plaats binnen instellingen, maar ook tussen instellingen. Het is de bedoeling dat nieuwe voorzieningen voor specifieke doelgroepen met een zware zorgbehoefte, zoals ADL-woningen en Thomas-huizen, gewoon binnen de AWBZ gefinancierd worden en ook gestimuleerd worden. De dagbesteding wordt ook in het nieuwe systeem opgenomen.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Blok

Adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Clemens