

Vergaderjaar 2005–2006

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 177

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juni 2006

Tijdens het AO met de vaste commissie VWS op 19 april jl. over indicatiestelling en zorgzwaartebekostiging, is verduidelijking gevraagd op de aanpak van de invoering van zorgzwaartebekostiging in de intramurale zorg AWBZ per 1 januari 2007. Over de noodzaak en het belang om de keten van indicatiestelling, zorginkoop, zorgverlening, bekostiging en verantwoording te definiëren in herkenbare producten en daarop afgestemde financiering bestaat brede overeenstemming. Een verduidelijking is wenselijk gebleken op de manier om daartoe te komen en de betekenis ervan voor verschillende partijen. Die verduidelijking wil ik geven door de aanpassingen in de gehele keten van de «intramurale» zorgverlening te beschrijven. Ook geef ik voor de verschillende onderdelen de stand van zaken weer.

Ik zal verder afzonderlijk ingaan op het invoeringstraject, en op de moties die tijdens het VAO op 27 april zijn ingediend (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2005–2006, nr. 77, blz. 4759–4764). Op uw verzoek heb ik u bij brief van 17 mei jl. (TK 2005–2006, 26 631, nr. 176) tevens geïnformeerd over de huidige bekostiging van intramurale zorg in de AWBZ.

1. Begripsverduidelijking

Mij is gebleken, dat in het debat verwarring kan ontstaan over een aantal begrippen. Daarom wil ik die graag vooraf toelichten.

Zorgzwaartepakketten en IZA's

Het zorgproduct waarvoor een cliënt wordt geïndiceerd noem ik een zorgzwaartepakket. Het bestaat uit een beschrijving van het type cliënt, de aanduiding van het totale aantal uren zorg dat nodig wordt geacht en uit een kwalitatieve beschrijving waaruit die zorg bestaat of kan bestaan¹. In bijlage 1 is een voorbeeld opgenomen². Aan een dergelijk pakket hangt

¹ Deze beschrijving in een zorgzwaartepakket is toegevoegd op advies van cliëntenorganisaties.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

tevens een (maximale) prijs. Eerder in het traject is gesproken over intramurale zorgarrangementen (IZA's).

IZA's zijn de basisbouwstenen die na uitgebreid onderzoek zijn opgesteld. Aanvankelijk heb ik voorgesteld een aantal IZA's te clusteren tot pakketten die wat betreft het aantal uren met elkaar overeenkomen. Het feit dat een dergelijk pakket dan meerdere prijzen zou kennen is verwarrend gebleken. Daarom is verder afgezien van clustering. Ik ga uit van zorgzwaartepakketten die *en één* aanduiding voor het aantal uren *en één* prijs kennen. Deze zijn nog steeds gebaseerd op de IZA's maar inmiddels na overleggen met partijen op onderdelen aangepast.

Persoonsgebonden budget en persoonsvolgend budget

Ik maak onderscheid tussen het persoonsvolgende budget en het persoonsgebonden budget. Dat onderscheid zit niet in de mate van cliëntgebondenheid, maar in het feit of nog sprake is van zorg in natura met een zorgplicht voor de verzekeraar, of niet.

Als iemand kiest voor een persoonsgebonden budget (pgb) gaat het geld via het zorgkantoor direct naar de budgethouder die zelf opdrachtgever of werkgever is van zijn hulpverleners. Hij krijgt zijn pgb op zijn rekening gestort en organiseert zijn eigen zorg (huurt zijn hulpverleners in, sluit contracten met ze af, betaalt ze en legt verantwoording af over de besteding). Een pgb is mogelijk voor alle functies met uitzondering van behandeling en de wooncomponent.

Bij een persoonsvolgend budget blijft sprake van zorg in natura. Aan het recht op zorg wordt een bedrag gekoppeld dat met de cliënt meeverhuist. De klant hoeft, in tegenstelling tot het persoonsgebonden budget, het budget niet zelf te beheren en hij wordt ook geen werkgever. Het geld gaat via het zorgkantoor naar de aanbieder, inclusief de wooncomponent als de klant in een intramurale instelling verblijft en exclusief de wooncomponent als de klant zijn eigen woonlasten betaalt. In bijlage 2 heb ik het voorbeeld «de heer Janssen» beschreven waarin de keuzevrijheid van de cliënt na een indicatie voor verblijf wordt toegelicht.¹

Het begrip verblijf

Het persoonsvolgend budget biedt de mogelijkheid voor de cliënt om «verblijfszorg» thuis te ontvangen. In het spraakgebruik wordt dat wel «volledig pakket» (of «full package») genoemd. Of een cliënt aanspraak kan maken op het volledige pakket wordt bepaald door de behoefte van een cliënt aan een beschermende woonomgeving, aan een therapeutisch leefklimaat of aan permanent toezicht. Deze zorg kan ook thuis verstrekt worden als dat redelijkerwijs mogelijk is natuurlijk.

2. Aanpassingen in de keten

De keten van indicatiestelling, zorginkoop, zorgverlening, bekostiging en verantwoording in de AWBZ wordt aangepast door de invoering van zorgzwaartebekostiging. De keten ziet er na de maatregelen die ik zal nemen als volgt uit:

Indicatiestelling

2.1 Cliënten worden geïndiceerd voor een totaalpakket aan zorg dat doelmatig en doeltreffend is gezien de aard en omvang van de zorg die nodig is in verband met de objectief vastgestelde beperkingen.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De taal in de keten van indicatiestelling tot verantwoording is die van de zorgzwaartepakketten. Om uitvoering te geven aan de motie Vietsch (TK 2005–2006, 26 631, nr. 171) zijn alle zorgzwaartepakketten de afgelopen maand mei per doelgroep nogmaals tegen het licht gehouden in overleggen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de betreffende brancheorganisaties van zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordigers. Hierbij zijn – conform het verzoek uit de motie – het voorstel van ZN en de voorgestelde indeling in zorgzwaartepakketten vergeleken met de indeling in pakketten zoals eerder voorlopig was vastgesteld. Inmiddels is overeenstemming bereikt over de indeling met betrokken partijen. Voor alle zorgzwaartepakketten geldt dat ze eind juni 2006 definitief worden vastgesteld rekening houdend met de uitkomsten van zowel de pilot indicatiestelling als de pilot bekostiging. Dit houdt in dat zowel de indeling, het aantal pakketten, het gemiddelde aantal uren per zorgpakket als de bandbreedte dan definitief worden vastgesteld. In bijlage 3 heb ik een stand van zaken-overzicht opgenomen van de verschillende zorgzwaartepakketten per doelgroep.¹

Bij de indicatiestelling maak ik onderscheid tussen het onderzoek naar de beperkingen en mogelijkheden van een cliënt (het CIZ gebruikt daarbij de ICF classificatie als basis) en het vaststellen van de aanspraak op zorg en ondersteuning die daaruit voortvloeit. Door de invoering van zorgzwaartepakketten treden er geen wijzigingen op in de wijze waarop de beperkingen van een cliënt in beeld worden gebracht. De indicatiesteller voert onderzoek uit naar de beperkingen van de cliënt aan de hand van een landelijk uniform protocol. De zorgbehoefte van de cliënt wordt afgeleid van de aandoeningen, stoornissen en beperkingen van de cliënt.

De aanspraak op een volledig zorgzwaartepakket wordt zoals gezegd bepaald door de behoefte van een cliënt aan een beschermende woonomgeving, aan een therapeutisch leefklimaat of aan permanent toezicht. Aan de hand van de pilot indicatiestelling (zie bijlage 4) worden deze criteria verder verduidelijkt¹. Op basis van het totale beperkingenbeeld van de cliënt bepaalt het CIZ wat dit betekent voor de manier waarop aan die cliënt de zorg geleverd kan worden. Dat zijn de leveringsvoorwaarden. Er zijn vier typen leveringsvoorwaarden: zorg op afspraak, zorg op afroep, zorg in de nabijheid en permanent toezicht. De leveringsvoorwaarde die iemand nodig heeft is, afhankelijk van de mate waarin de cliënt zelf het initiatief kan nemen voor de noodzakelijke zorglevering, diens zorg (on)planbaar is, de cliënt zelf kan alarmeren en de zorg kan afwachten (zie bijlage 5).

Momenteel wordt bij het vaststellen van de noodzakelijke zorg de aanwezigheid van mantelzorg meegewogen. In sommige gevallen leidt dit ertoe dat voor de cliënt geen aanspraak op een volledig pakket wordt vastgesteld, bijvoorbeeld omdat de mantelzorg voorziet in toezicht en/of beschermende woonomgeving. Eerder heb ik aangegeven dat de mantelzorg afzonderlijk zichtbaar wordt in het individuele indicatiebesluit. Dat zal per 1 januari 2007 gebeuren. Dit onder voorbehoud van de mogelijkheid om deze vorm van indicatiestelling te registreren per die datum. In de loop van 2007 worden vervolgens ook de beslisschema's bij het CIZ aangepast.

Om deze vorm van indicatiestelling mogelijk te maken wordt het zorgindicatiebesluit (ZIB) komend najaar aangepast en per 1 januari 2007 ingevoerd.

2.2 De zorgzwaartepakketten, het zorgaanbod en het individuele zorgpakket zijn voor de cliënt herkenbaar en begrijpelijk

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Door de invoering van zorgzwaartepakketten is er een directe koppeling tussen een zorgzwaartepakket en de individuele cliënt. Het cliëntgebonden zorgzwaartepakket moet begrijpelijk zijn. Voor de cliënt moet het duidelijk zijn welk zorgaanbod past binnen het geïndiceerde zorgzwaartepakket. Voor een begrijpelijke omschrijving van het zorgzwaartepakket komt vanaf november 2006 een consumentengids beschikbaar. In deze gids wordt per zorgzwaartepakket een voor iedereen begrijpelijke omschrijving van het cliëntprofiel en van het zorgaanbod (in kwalitatieve termen en met een kwantitatieve onderbouwing als illustratie/richtsnoer) gegeven. De consumentengids wordt ontwikkeld door verschillende cliëntenorganisaties, ZN en VWS.

Bij de instellingen die hebben meegedaan aan de pilot wordt – op suggestie van cliëntenvertegenwoordigers – getoetst bij individuele cliënten (of hun vertegenwoordigers) of zij zich herkennen in het cliëntenprofiel dat door de instelling is «gescoord». De informatie die uit deze toetsvragen beschikbaar komt helpt bij het opstellen van de consumentengids en bij de afbakening van de pakketten.

Dagbesteding en behandeling

2.3 Binnen de zorgzwaartepakketten worden dagbesteding en behandeling (voorzover die behandeling onderdeel is van de AWBZ) afzonderlijk onderscheiden. Voor dagbesteding bestaat de mogelijkheid om deze apart te indiceren en als herkenbare component binnen een pakket te bekostigen.

Bij de indicatiestelling wordt bepaald of dagbesteding in het pakket zit of niet. De reden daarvoor is gelegen in het feit dat dagbesteding soms uit andere voorzieningen wordt bekostigd. Bijvoorbeeld lichamelijk gehandicapte jongeren kunnen begeleid werk hebben, en dan is dagbesteding gefinancierd uit de AWBZ niet aan de orde en dus geen onderdeel van het pakket. In het geval van de zorgzwaartepakketten voor de V&V zal het in (uitzonderingen daargelaten) niet voorkomen dat dagbesteding vanuit andere voorzieningen wordt geboden (ter vervanging van werk of onderwijs). Per zorgzwaartepakket is de hoeveelheid dagbesteding (indien in de indicatie is bepaald dat dit onderdeel uitmaakt van het pakket) genormeerd.

2.4 Het geïndiceerde zorgzwaartepakket is persoonsvolgend. Cliënten krijgen op grond van hun indicatie de mogelijkheid om het geïndiceerde zorgzwaartepakket te ontvangen en te besteden waar men dat wil (ook thuis!), uiteraard onder de conditie dat het aanbieden van zorg op die plek redelijkerwijs mogelijk is. Het zorgkantoor keert aan de door de cliënt uitgekozen zorgaanbieder de overeengekomen prijs uit.

Zorgzwaartebekostiging maakt het makkelijker om te kiezen voor een zorgaanbieder van eigen voorkeur en om te wisselen van zorgaanbieder. Een geïndiceerd zorgzwaartepakket is cliëntvolgend en er is een persoonsvolgend budget aan gekoppeld dat naar de zorgaanbieder van keuze gaat. Het is nodig om dagbesteding apart op te nemen in het indicatiebesluit en te bekostigen.

Voorts kan elke cliënt met zijn zorgaanbieder afspraken maken over het aanbieden van bepaalde onderdelen van de zorg in onderaannemerschap. Het is dus niet zo dat het hele zorgzwaartepakket persé door één aanbieder moet worden geleverd.

Het is mijn voornemen mogelijk te maken dat zorginstellingen aan cliënten die zijn aangewezen op een volledig pakket, de zorg en onder-

steuning op de plek van hun eigen keuze aan kunnen bieden, bijvoorbeeld thuis of in een geclusterde setting waar men zelf de woonlasten betaalt. Het moet met andere woorden mogelijk zijn dat mensen met een indicatie voor een volledig pakket het pakket aangeboden kunnen krijgen zonder de wooncomponent. Zorgzwaartebekostiging op deze wijze vormgegeven faciliteert dan ook nieuwe vormen van intensieve zorg die in een geclusterde setting plaatsvinden waar mensen zelf hun woonlasten betalen, bijvoorbeeld bij sommige projecten voor kleinschalig wonen met dementie, of bij geextramuraliseerde of geclusterde projecten in de gehandicaptenzorg (ADL clusterwoningen).

Om deze vorm van het volledige pakket in de praktijk vorm te geven, zal ik het Besluit Zorgaanspraken, de eigen bijdrage regeling en toelatingsbeleid voor instellingen dit najaar daartoe aanpassen. Ook zullen de prijzen van de zorgzwaartepakketten worden vastgesteld die zijn gecorrigeerd voor de wooncomponent. Dit is momenteel onderwerp van overleg met diverse betrokkenen.

Zorginkoop

2.5 De zorgzwaartepakketten worden door de zorgkantoren c.q. de verzekeraars gecontracteerd. Zij zullen de pakketten inkopen die landelijk zijn vastgelegd voor de betreffende sector of doelgroep (in totaal: 49 pakketten). Zij komen met de zorgaanbieders tot afspraken over de passende mix van pakketten, prijs en kwaliteit.

Het zorgkantoor contracteert zorgzwaartepakketten. Als in de loop van het jaar blijkt dat de samenstelling van de gecontracteerde inkoop afwijkt van de behoefte, kan lopende het jaar herziening plaatsvinden. De huidige systematiek van de regionale contracteerruimte voorziet daartoe per jaar in drie contracteerrondes.

Vanuit hun wettelijk geregelde taak maken zorgkantoren afspraken met aanbieders over volume, prijs en kwaliteit van de pakketten, in het licht van de totale zorgvraag. Daarbij kijkt het zorgkantoor ook naar de beste invulling van elk zorgzwaartepakket (kwaliteit). Daarnaast is er ruimte voor innovatie van zorgarrangementen. De zorgkantoren zijn ook belast met toetsing van geleverde en gedeclareerde zorg (krijgen klanten «waar voor het geld»).

Zorgverlening

2.6 Op basis van het indicatiebesluit sluiten cliënt (of diens vertegenwoordiger) en de instelling die de zorg gaat leveren een overeenkomst tot zorgleverantie. Aan die overeenkomst zullen eisen worden gesteld, die voor alle instellingen verplicht worden. In die overeenkomst staat in ieder geval dat de kwaliteit van de zorg zal voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg; dat er binnen x weken een zorgplan wordt opgesteld; dat de geleverde zorg moet bijdragen aan de doelen die in het zorgplan worden opgenomen; dat de overeenkomst periodiek wordt geëvalueerd. Het sluiten van een dergelijke overeenkomst is wettelijk verplicht. Door in de voorschriften rond de zorgovereenkomst tevens een bepaling op te nemen over de opstelling van het zorgplan, is tevens het zorgplan zelf verplicht geworden. Zonder een dergelijke overeenkomst zal geen vergoeding aan de zorgverlener kunnen worden verstrekt.

In de huidige praktijk worden zowel overeenkomsten voor zorglevering als zorgplannen vastgesteld. Eerder is aangegeven dat zorgplannen wettelijk verplicht worden gesteld en dat bezien zou worden of deze plannen ook een rol in de verantwoording kunnen spelen. Dat laatste is inmiddels niet verstandig gebleken. Het zou te veel spanning zetten op de zorgrelatie tussen cliënt en professional, terwijl die relatie juist in belangrijke mate op onderling vertrouwen gebaseerd moet zijn. Toch wil ik het oordeel van cliënten over de geleverde zorg effect geven. Ik werk dan ook toe naar een situatie waarin zorgkantoren bij het maken van productieafspraken of het verdelen van de groeiruimte het oordeel van cliënten op instellingsniveau, zoals dat bijvoorbeeld tot uitdrukking komt in de CAPHS, standaard meewegen.

In het zorgplan wordt de indicatie geconcretiseerd. Met dit document kan de cliënt daadwerkelijk gaan sturen op de invulling van zijn zorg. Ik kies er dan ook voor om het zorgplan een steviger basis te geven via de zorg-overeenkomst. Daarmee maak ik een expliciet onderscheid tussen de algemene overeenkomst van zorgverlening en het op de persoon toegesneden zorgplan. Door wettelijke eisen te stellen aan de inhoud van de zorgovereenkomst, bijvoorbeeld over het opstellen van een actueel, doelgericht zorgplan, heeft de cliënt straks een basis om op terug te vallen indien de zorg niet voldoet aan de afspraken die in het zorgplan zijn gemaakt.

Om in de zorgovereenkomst een relatie met de normen voor verantwoorde zorg te leggen is het nodig dat die normen er daadwerkelijk zijn. Niet in alle sectoren zijn al normen voor verantwoorde zorg opgesteld. Wel hebben alle partijen zich bereid verklaard dergelijke normen op te stellen.

Verantwoording

2.7 De verantwoording over de geleverde zorg door de zorginstelling zal vanaf 2007 plaatsvinden in terminologie van de zorgzwaartepakketten en dus niet de aan de zorgzwaartepakketten ten grondslag liggende functies en klassen. Daardoor kan de benodigde informatie-uitwisseling tussen zorgkantoren en zorginstellingen beperkt blijven.

Het zorgkantoor kan de informatie van de zorginstellingen vergelijken met de binnengekomen indicatiestellingen om na te gaan of de verzekerde de zorg krijgt die is geïndiceerd. Het zorgkantoor kan op basis daarvan ook bepalen in hoeverre de zorginstelling de afgesproken productie realiseert. Daarnaast moet het zorgkantoor net als nu via controles vaststellen of de zorg daadwerkelijk is geleverd. Het gaat er bij deze controles om via steekproeven, verbandcontroles, enquêtes onder cliënten zekerheid te verkrijgen of de cliënt zorg heeft gekregen op basis van een zorgplan dat tegemoet komt aan de indicatiestelling. Ik heb het College toezicht zorgverzekeringen gevraagd mij in september 2006 nader te informeren over deze verantwoordingsaspecten.

Bekostiging

2.8 De instelling ontvangt per klant aan wie een zorgzwaartepakket wordt geleverd een bij de contractering overeengekomen bedrag dat aan een maximum is gebonden. Aan de zorgzwaartepakketten is een maximumprijs verbonden dat wordt vastgesteld en onderhouden door CTG/ZAio.

De maximumprijzen van de zorgzwaartepakketten worden bepaald op basis van de pilots die nu worden geëvalueerd uitgaande van budgettaire neutraliteit per sector. De pilots, uitgevoerd door circa honderd instellingen met samen circa 20 000 cliënten, geven een representatief beeld van de verdeling van de huidige populatie over de vastgestelde zorgzwaartepakketten (zie bijlage 4)¹. Op grond hiervan zullen door CTG/ZAio de maximumprijzen in november van dit jaar worden vastgesteld. Uitgangspunt is dat de normatieve huisvestingslasten op 1 januari 2008 worden geïntegreerd in de prijscomponenten van de zorgzwaartepakketten.

Los hiervan wordt momenteel onderzoek gedaan naar de relatie tussen kwaliteit van de zorg en de doelmatigheid in de verpleeghuissector. Het onderzoek dat wordt uitgevoerd door CTG/Zaio is medio juni beschikbaar.

Eigen bijdrage

2.9 Indien cliënten de zorg inclusief de diensten- en kapitaalslastencomponent aanvaarden (klassiek «intramuraal» dus, mits daarvoor geïndiceerd natuurlijk) betalen ze de huidige «intramurale» eigen bijdrage. Indien zij de zorg thuis ontvangen of het onderkomen op een andere manier zelf betalen, betalen zij een daarop aangepaste eigen bijdrage.

Voor verzekerden die met het persoonsvolgend budget het op hen van toepassing zijnde pakket aan verblijfszorg endiensten thuis ontvangen, zal de bijdrage van artikel 14 Bijdragebesluit zorg gaan gelden. Hiertoe zal het Bijdragebesluit zorg worden gewijzigd. De bijdrage van artikel 14 is de bijdrage die een verzekerde die in een instelling verblijft, verschuldigd is indien hij nog een eigen huishouden heeft. Deze bijdrage geldt nu onder meer voor een verzekerde die in een instelling verblijft en een thuiswonende partner heeft of die zijn eigen huishouden nog moet aanhouden omdat hij slechts tijdelijk is opgenomen. Het is dus aangewezen deze bijdrage ook te hanteren voor de thuiswonende verzekerden die zorg met een persoonsvolgend budget ontvangen.

3. Extreme of bijzondere zorgzwaarte

Het systeem van zorgzwaartebekostiging is ontwikkeld voor de reguliere cliënten. De ontwikkelde zorgzwaartepakketten beschrijven circa 95% van de cliënten. Voor de cliënten met een zeer omvangrijke of bijzondere zorgvraag wordt een aparte regeling toegepast om het systeem niet onnodig te belasten.

Voor deze groepen wordt – min of meer gelijk aan de huidige systematiek van de toeslagenregeling voor personen met een extreme zorgzwaarte – een regeling ontworpen door CTG/ZAio. Deze regeling zal voorzien in een toeslag voor specifieke groepen, onder voorwaarde van externe beoordeling door een deskundige instantie zoals CCE. Deze toeslag wordt toegepast op de zorgzwaartepakketten. Op basis van de pilot bekostiging en bij het vaststellen van de zorgzwaartepakketten eind juni zal bepaald worden voor welke groepen een dergelijke regeling nodig is. CTG/ZAio zal deze regeling in november 2006 bekend maken.

4. Invoering en overgangstraject

Het jaar 2007 is het jaar waarin de invoering start. Dat betekent dat in dat jaar de indicatiestelling is afgestemd op zorgzwaartepakketten, en dat zorgkantoren en zorgaanbieders afspraken over omvang en kwaliteit van de te leveren zorg maken in termen van

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

zorgzwaartepakketten. In dit overgangsjaar zijn de financiële effecten van de invoering voor zorgaanbieders nihil.

Dit najaar zullen zorgaanbieders zich voorbereiden op de invoering van dit systeem. De eerste stap is gericht op het toerusten van zorgaanbieders en zorgkantoren voor het maken van productieafspraken in termen van zorgzwaartepakketten. Daarvoor zullen de zorgaanbieders eerst zicht moeten hebben op hun huidige cliënten in termen van zorgzwaartepakketten. Zorgaanbieders zullen daarvoor de huidige cliënten (peildatum: oktober 2006) aan een zorgzwaartepakket koppelen. Dat gebeurt aan de hand van een instrument dat vanuit het Ministerie van VWS per 1 augustus 2006 beschikbaar komt. Op basis van deze koppeling van cliënten aan zorgzwaartepakketten zullen zorgaanbieders een voorstel maken voor de productieafspraken met zorgkantoren voor het jaar 2007. Daarbij kunnen afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en de prijs van de zorgzwaartepakketten.

Voor de bekostiging in 2007 geldt het uitgangspunt dat een zorgaanbieder (bij een constant aantal plaatsen en afgezien van extra aanbod uit de groeimiddelen) een totale omzet aan gecontracteerde zorg heeft die gelijk is aan het budget voor het jaar 2006. Dat geeft in het eerste jaar van de invoering zorgzwaartebekostiging de benodigde (financiële) rust voor de instellingen. Met die omzet komt de instelling tot een herverdeling van beschikbare middelen over mensen met lichtere en hogere zorgzwaarte. Ook kan de instelling vermelden dat – volgens geobjectiveerde «scores» – de som van de pakketten lager dan wel hoger uitkomt dan budget-2006 (bij gelijke aantallen cliënten); die opgave heeft voor het jaar 2007 nog geen financiële gevolgen.

Ik ben nog met partijen in overleg over de afbouw van het verschil in de jaren daarna. Met ZN en ActiZ heb ik overeenstemming om vanaf 2008 de verdere afbouw van het verschil aan het lokale overleg over te laten. VGN geeft de voorkeur aan een vaste afbouw in 4 tot 5 jaar.

5. Moties

Naar aanleiding van het VAO op 27 april jl. zijn door de Tweede Kamer vier moties aangenomen over zorgzwaartebekostiging. De motie van het lid Vietsch c.s. (2005–2006, 26 631, nr. 171) met het verzoek om het plan van aanpak zorgzwaartebekostiging met het plan van ZN uit te werken heb ik met deze brief en het voorafgaande intensieve overleg met ZN uitgevoerd. Voor de moties van het lid Van Miltenburg c.s. (2005–2006, 26 631, nr. 172 en 173) over de introductie van een full package en de invoering van een persoonsvolgend budget, verwijs ik naar de betreffende passages in deze brief. De motie van het lid Koşer Kaya (2005–2006, 26 631, nr. 174) met het verzoek om in overleg te treden met cliëntenorganisaties en deze te betrekken bij de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten heb ik uitgevoerd. Dit heeft er toe geleid dat de structuur en inhoud van de pakketten zal worden aangepast. Daarnaast is apart overleg gevoerd met de cliëntenorganisaties over het opstellen van een consumentengids over de zorgzwaartepakketten en de voorstellen gericht op het zorgplan. In het voorgaande heb ik de stand van zaken beschreven. Op twee punten verschil ik van mening met de verschillende cliëntenorganisaties. Cliëntenorganisaties zijn van mening dat de indicatiestelling en bekostiging gescheiden dienen te blijven. Voorts is van men van mening dat de indicatiestelling door het CIZ voor het volledige pakket van AWBZ-zorg geformuleerd dient te blijven in functies en klassen. Beide zaken zijn in tegenspraak met de door mij geformuleerde beleidsuitgangspunten voor de bekostiging.

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