

Vergaderjaar 2006–2007

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 193

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 oktober 2006

Op 13 juni 2006 heb ik met u gesproken over de invoering van zorgzwaartebekostiging in de AWBZ (kamerstuk 26 631, nr. 183). Tijdens dat overleg heb ik met u afgesproken de Tweede Kamer regelmatig te informeren over de voortgang van de invoering. Inmiddels zijn weer de nodige stappen gezet. Met deze voortgangsrapportage informeer ik u over de stand van zaken en over de vervolgstappen in 2006 en 2007.

Zorgzwaartebekostiging: in vogelvlucht

Prestatiebekostiging naar zorgzwaarte en persoonsvolgend

Zorgzwaartebekostiging is een onderdeel van de modernisering van de AWBZ dat een doelmatige inzet van middelen combineert met kwalitatief goede, langdurige zorg voor mensen. Het is prestatiebekostiging naar zorgzwaarte voor mensen die zijn aangewezen op een volledig pakket aan AWBZ-verblijfszorg. Het systeem versterkt de positie van de cliënt: het geïndiceerde en te bekostigen zorgpakket is direct verbonden aan een cliënt en niet zozeer aan een instelling. Het pakket en het daaraan verbonden budget is persoonsvolgend.

Zorgzwaartepakketten voor de hele keten

Ruggengraat van het systeem zijn de 45 zorgzwaartepakketten. Deze pakketten zijn geordend naar de verschillende doelgroepen voor langdurige verblijfszorg: verpleging&verzorging (10), gehandicaptenzorg (28) en geestelijke gezondheidszorg (7). In elk pakket wordt een cliëntgroep beschreven met daarbij een aanduiding van de omvang van de zorg in een gemiddeld aantal uren per week.

Zorgzwaartepakketten worden gebruikt in de gehele keten: voor de indicatiestelling, zorginkoop, bekostiging, registratie en verantwoording. Er is hierdoor één taal door het hele systeem. Dat maakt het simpeler en vergroot de transparantie voor alle partijen over de afgesproken, te leveren en geleverde zorg.

Voor elk zorgzwaartepakket wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit

(NZa) een maximumprijs vastgesteld. Zorgkantoor en zorgaanbieder maken vervolgens afspraken over de daadwerkelijke hoogte van de prijs per pakket.

Zorgzwaartepakketten beschrijven de meest voorkomende groepen mensen die een volledig pakket AWBZ-verblijfszorg ontvangen. Uitzondering vormen de mensen met een extreme of bijzondere zorgzwaarte. Voor deze specifieke groep komt er een aparte «extreme zorgzwaarte»-regeling.

Invoering in 2007 geleidelijk en beheerst

De zorgzwaartebekostiging wordt per 1 januari 2007 ingevoerd. Ik heb in samenspraak met alle betrokken partijen gekozen voor een behoedzame aanpak in 2007. In het eerste jaar zijn er nog geen financiële consequenties voor zorgaanbieders en cliënten door de invoering van zorgzwaartebekostiging. De nadruk ligt op het in kaart brengen van de zorgzwaarte van de cliënten die op dat moment verblijfszorg ontvangen. Daarnaast wordt het jaar 2007 benut om voor elk van de 45 zorgzwaartepakketten passende tarieven/maximumprijzen te ontwikkelen, binnen de randvoorwaarde van een budgettair neutrale invoering per sector. Op die manier krijgen partijen in 2007 voldoende tijd en informatie om zich voor te bereiden op (de effecten van) zorgzwaartebekostiging in de jaren daarna.

Activiteiten gericht op invoering in 2007

Korte terugblik: pilots en voorlichting

Begin 2006 zijn de voorbereidingen op de invoering gestart. Zoals ik al eerdere meldde¹ is dat in twee trajecten uitgevoerd. Ten eerste gericht op de bekostiging: door honderd instellingen met in totaal 19 000 cliënten zijn gegevens verzameld over de mate waarin de ontwikkelde zorgzwaartepakketten alle relevante cliëntgroepen beschrijven. Ook is in deze pilot de inhoud, de omvang en afbakening van de ontwikkelde zorgzwaartepakketten getoetst. Mede op basis van deze gegevensverzameling is het voor de NZa mogelijk om in november 2006 voorlopige maximumprijzen te bepalen.

Het tweede traject betrof een pilot uitgevoerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Deze was gericht op het testen van de aanpassingen in de indicatiestelling door het gebruik van zorgzwaartepakketten. In vijf regio's hebben 100 indicatiestellers aan de hand van 7 000 dossiers getest of indicatiestelling naar zorgzwaartepakketten mogelijk en werkbaar is. Deze pilot is succesvol afgerond en was voor het CIZ aanleiding om de vervolgstappen in de invoering te zetten.

Daarnaast is de afgelopen maanden veel aandacht besteed aan de voorlichting van alle betrokken partijen, in het bijzonder zorginstellingen, zorgkantoren en cliëntorganisaties. In september 2006 zijn er vijf regionale bijeenkomsten georganiseerd met ruim 2 000 deelnemers; voornamelijk zorgaanbieders, maar ook vertegenwoordigers van zorgkantoren en cliëntorganisaties. In oktober is er een vervolg op deze regionale bijeenkomsten: in alle 32 zorgkantoorregio's zijn voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd voor alle zorginstellingen voor een nadere technische toelichting op de invoering.

Van de informatie, die via de website www.zorgzwaartebekostiging.nl beschikbaar is, wordt veel gebruik gemaakt: in september waren er meer dan 6 000 bezoekers.

Eind september heeft het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ, thans: NZa) de toezichttoets zorgzwaartebekostiging intramurale AWBZ (zie bijlage 3)² uitgebracht. Het CTZ ziet vanuit toezichtoptiek geen grote belemmeringen voor de invoering van zorgzwaartebekostiging. Wel stipt zij het belang aan van o.a.: een goed werkende en betrouwbare AWBZ-

¹ Brief van 2 juni 2006 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 26 631, nr. 177).

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

brede zorgregistratie (AZR), een goede afbakening tussen de verschillende zorgzwaartepakketten en de invoering van de zorgovereenkomst / het zorgplan (later in deze rapportage kom ik daarop terug).

2007: opgave zorgzwaarte onderdeel van de productieafspraken 2007

De planning voor de geleidelijke invoering van zorgzwaartebekostiging is de afgelopen maanden verder gedetailleerd (in bijlage 1 is de planning opgenomen). Uitgangspunt voor de invoering is om deze beheerst, zorgvuldig maar tegelijk ook niet langer dan nodig te laten verlopen. Om die reden is er voor gekozen in één jaar alle cliënten die verblijfszorg ontvangen en alle instellingen die deze zorg aanbieden deze stap te laten maken. Ik heb samen met alle betrokkenen niet gekozen voor een aanpak waarbij gedurende meerdere jaren twee bekostigingssystemen naast elkaar bestaan. Dit zou een te grote administratieve belasting betekenen voor met name zorgaanbieders gedurende meerdere jaren achtereen.

2007 is het jaar waarin de overgang wordt gemaakt van het huidige bekostigingssysteem¹ naar zorgzwaartebekostiging. In dat jaar worden de budgetten van de zorginstellingen nog gebaseerd op de huidige bekostigingsregels (inclusief de toeslagen die op dit moment bestaan voor bijzondere cliëntgroepen verdeeld naar sectoren) en zal de verantwoording ook luiden in deze oude termen. Maar in de productieafspraken voor het jaar 2007 zullen de instellingen ook een opgave doen van de zorgzwaarte van de cliënten die dan in zorg zijn. Dat betekent concreet dat de productieafspraken over het jaar 2007 bestaat uit twee delen:

- Deel I is gebaseerd op de oude bekostigingsparameters;
- Deel II is gebaseerd op de indeling in zorgzwaartepakketten.

Zorgzwaartemeting door zorgaanbieders

Het bepalen van de zorgzwaarte van alle cliënten die nu verblijfszorg ontvangen zal als volgt verlopen. Zorgaanbieders gaan van 1 november 2006 tot 15 januari 2007 de zorgzwaarte van alle cliënten in beeld brengen ten behoeve van de bekostiging. Dat gebeurt aan de hand van een landelijk, door het Ministerie van VWS ter beschikking gesteld, meetinstrument. Alle zorgaanbieders zullen op één wijze de zorgzwaarte van de cliënten inventariseren. Dit meetinstrument, het zorgzwaartescoreprogramma is grotendeels gebaseerd op vragenlijsten die het CIZ hanteert. Elke cliënt wordt daardoor verbonden aan een zorgzwaartepakket. Deze opgave van de zorgaanbieder wordt gevalideerd en gecontroleerd, onafhankelijk en objectief, door het CIZ. Dat gebeurt steekproefsgewijs vanaf maart tot en met augustus 2007.

De gevalideerde scores zorgen er – samen met nieuwe (her)indicaties – voor, dat in september 2007 de zorgzwaarte van de aldaar verblijvende cliënten kan worden vastgesteld. Deze opgave is mede bepalend voor de productieafspraken 2008 en het vaststellen van de mogelijke op- en afbouw van het budget van de instelling vanaf 2008.

Aanpassing indicatiestelling

De indicatiestelling naar zorgzwaartepakketten zal vanaf 2007 gebeuren. De indicatiestelling voor mensen die in aanmerking komen voor een volledig pakket AWBZ-verblijfszorg zal in 2007 verwijzen naar een zorgzwaartepakket. Het indicatiebesluit zal dan de volgende informatie bevatten:

- Algemene cliëntgegevens;
- De grondslag (bijv. somatisch);
- Geïndiceerde functies (bijv. verblijf en ondersteunende begeleiding);
- Omvang van de geïndiceerde zorg/zorgzwaartepakket;
- Geldigheidsduur van de indicatie.

Belangrijkste verandering ten opzichte van de huidige werkwijze is, dat

¹ In mijn brief van 17 mei 2006 (Tweede Kamer, 2006–2006, 26 631, nr. 176) heb ik het huidige systeem toegelicht.

niet per geïndiceerde functie de omvang in klassen/uren wordt weergegeven, maar voor het gehele zorgzwaartepakket één uren omvang wordt bepaald. De cliënt kan in de dagelijkse praktijk schuiven tussen de functies, zonder dat daar een herindicatie voor nodig is.

Het CIZ heeft deze aanpassing in de werkwijze in het voorjaar van 2006 in de pilots succesvol getest. Circa honderd indicatiestellers, verspreid over Nederland, hebben op basis van circa 7 000 dossiers de nieuwe werkwijze in een praktijkproef getoetst. Hier was sprake van schaduwdraaien.

Cliënten die op dat moment in behandeling waren bij het CIZ hebben niets ondervonden van deze proef. Naar aanleiding van deze proef is binnen het CIZ gestart met de voorbereiding van de invoering van deze vorm van indicatiestelling. Deze voorbereiding heeft betrekking op:

- opleiden van alle CIZ-medewerkers zodat elke medewerker bekend is met en kan werken met zorgzwaartepakketten in de indicatiestelling;
- aanpassen van de registratiesystemen van het CIZ met het oog op de vernieuwde indicatiebesluiten en met het oog op het berichtenverkeer AZR;
- aanpassen van de beslissingsondersteunende systemen voor medewerkers van het CIZ.

Gezien het belang van de cliënt, het belang van een zorgvuldige voorbereiding en het belang van een technisch volwaardig systeem van indicatiestelling, heb ik in samenspraak met het CIZ besloten om deze vorm van indicatiestelling per 1-4-2007 in te voeren.

Conversie van scores naar indicaties

Op 15 januari 2007 hebben alle zorgaanbieders de cliënten die verblijven in hun instellingen verbonden aan een zorgzwaartepakket. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), maar ook ActiZ, hebben bepleit dat de uitkomsten hiervan ook gebruikt worden om de verblijfscliënten in 2007 een nieuw indicatiebesluit te geven in termen van een zorgzwaartepakket. Voordeel van een dergelijke aanpak is dat daarmee alle cliënten een indicatiebesluit hebben die actueel is en gekoppeld kan worden aan de bekostiging.

Ik sta positief tegenover een dergelijke benadering. Uiteraard onder de voorwaarde dat dit zorgvuldig gebeurt. Een voorwaarde die ook is gesteld door de cliëntorganisaties. Om deze reden wil ik deze conversie van scores naar indicaties in eerste instantie toepassen voor de groep verblijfscliënten die op dit moment geen rechtsgeldige indicatie heeft. Door deze conversie krijgt deze groep cliënten van het CIZ een rechtsgeldig indicatiebesluit in termen van een zorgzwaartepakket. Het CIZ gebruikt hiervoor de gegevens van de zorgzwaartemeting uitgevoerd door zorgaanbieders en streeft ernaar dit, in combinatie met de CIZ-controle op deze gegevens, in 2007 uit te voeren. In februari 2007, wanneer de zorgaanbieders klaar zijn met de zorgzwaartemeting van hun verblijfscliënten, is er een actuele lijst van het aantal verblijfscliënten dat niet beschikt over een rechtsgeldig indicatiebesluit.

Aansluitend daarop wordt een vergelijkbare actie uitgevoerd voor de resterende cliënten met een rechtsgeldig indicatiebesluit, onder voorwaarde van de toestemming die cliënten geven aan hun zorgaanbieder voor [1] het aanvragen namens hen van een indicatie bij het CIZ en [2] het doorgeleiden naar het CIZ van de zorgzwaartegegevens voor de indicatiestelling.

Zorgzwaartepakketten

De zorgzwaartepakketten beschrijven een volledig pakket aan AWBZ-zorg. In elk zorgzwaartepakket is de omvang van de componenten woonzorg (verblijf, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, verpleging en activerende begeleiding), dagbesteding en behandeling zichtbaar gemaakt.

45 zorgzwaartepakketten vastgesteld

Samen met deskundigen van zorgaanbieders, cliëntorganisaties en zorgkantoren zijn de zorgzwaartepakketten op basis van de ervaringen uit de pilots nog eens tegen het licht gehouden. Dat heeft geleid tot:

- verdere verbetering van de omschrijving van de zogenoemde cliëntprofielen ofwel de kenmerken van de groep cliënten waarop het pakket van toepassing is. De afbakening van de cliëntgroepen is daardoor verbeterd, waardoor mogelijke overlap tussen zorgzwaartepakketten wordt voorkomen;
- toets op de omvang van de zorgzwaartepakketten wat betreft het aantal uren.

Er zijn 45 zorgzwaartepakketten, met de volgende onderverdeling naar sectoren/groepen cliënten:

- 10 voor de verpleging en verzorging
- 7 voor de geestelijke gezondheidszorg
- 28 voor de gehandicaptenzorg.

In bijlage 2 zijn de 45 zorgzwaartepakketten opgenomen¹.

De zorgzwaartepakketten voor de verpleging&verzorging en die voor de gehandicaptenzorg zijn medio juli 2006 overgedragen aan de NZa met het verzoek om per pakket een maximumprijs vast te stellen gebaseerd op het beschikbare budgettaire kader voor de betreffende sector. Na aanvullend overleg met de brancheorganisaties voor zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland en cliëntorganisaties heb ik de zorgzwaartepakketten voor de langdurige GGZ begin oktober vastgesteld en overgedragen aan de NZa met een soortgelijk verzoek.

Voorlopige maximumprijzen in 2007 per zorgzwaartepakket

Door de NZa worden eind november 2006 voorlopige maximumprijzen vastgesteld per zorgzwaartepakket. Deze prijzen worden gebaseerd op de huidige financiële kaders per sector (inclusief de middelen die beschikbaar zijn voor toeslagen). Zoals hiervoor al aangegeven worden de instellingsbudgetten in 2007 nog niet gebaseerd op deze tarieven, maar op basis van de huidige bekostigingsregels.

Ik vind het van belang om al eind 2006 voorlopige informatie over de hoogte van de tarieven beschikbaar te stellen. Dat geeft zorginstellingen – in combinatie met het verkregen inzicht in de zorgzwaarte van de verblijvende cliënten – al enige informatie over de mogelijke financiële effecten van deze bekostigingswijze. Dat geeft instellingen tegelijk tijd en ruimte om in 2007 daarop vooruit te lopen en eventuele maatregelen voor te bereiden.

De definitieve maximumprijzen worden in november 2007 vastgesteld. Aan de hand daarvan en de vastgestelde zorgzwaarte van de zittende cliënten worden per instelling (het tempo van) de op- of afbouw van het budget vastgesteld.

Dagbesteding

Voor de cliënten die verblijven in een instelling in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg heb ik besloten om voor dagbesteding bij de indicatiestelling de mogelijkheid te bieden deze «aan» of «uit» te zetten. Uitgangspunt is dat voor elke cliënt sprake is van dagbesteding;

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

voor de cliënten die AWBZ-gefinancierde dagbesteding ontvangen wordt dit betrokken in de indicatiestelling en de vergoeding van het zorgzwaartepakket. Voor de groep cliënten die overdag naar school of werk gaan is er geen sprake is van dagbesteding gefinancierd uit de AWBZ. Daarom zal de dagbesteding voor deze groep niet bij de indicatiestelling worden betrokken. Dit betekent voorts dat bij de prijs van het zorgzwaartepakket geen rekening wordt gehouden met de component dagbesteding. In de zorgzwaartepakketten voor mensen met een licht verstandelijke handicap is geen dagbesteding opgenomen; uitgangspunt is hier dat deze groep cliënten gedurende de dag naar school of werk gaan. Een andere uitzondering vormen de zorgzwaartepakketten voor de behandelcentra voor mensen met een die sterk gedragsgestoord zijn met een licht verstandelijke handicap.

In de zorgzwaartepakketten voor de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is rekening gehouden met een volwaardige dagbesteding. Vanuit de gehandicaptenzorg zijn zorgen geuit over de beoogde bekostiging van dagbesteding voor bewoners van gezinsvervangende tehuizen (GVT-bewoners), die in de zorgzwaartebekostiging als verblijfszorg wordt aangemerkt. In het bijzonder zijn er zorgen over de hoogte van de vergoeding voor dagbesteding voor deze groep mensen. In de huidige bekostigingsmethodiek – in tegenstelling tot dagbesteding voor intramurale cliënten – wordt de dagbesteding bekostigd op basis van extramurale tarieven. Voor andere cliënten in de gehandicaptenzorg die verblijfszorg krijgen, wordt de dagbesteding bekostigd uit het budget dat voor de verblijfszorg beschikbaar is; dagbesteding is daarbinnen niet apart geoormerkt. De huidige tarieven van dagbesteding voor intramuraal en extramuraal sluiten niet op elkaar aan. In de zorgzwaartebekostiging zal de dagbesteding voor de groepen cliënten die verblijven in een instelling voor gehandicaptenzorg worden gebaseerd op één tarief.

De VGN wil graag de tarieven voor dagbesteding intramuraal en extramuraal harmoniseren en de prijs voor de dagbesteding in de zorgzwaartepakketten baseren op de hogere extramurale tarieven. Met de VGN ben ik voorstander van harmonisatie van tarieven, maar ik wil daarbij het uitgangspunt van budgettair neutrale invoering van de zorgzwaartebekostiging niet los laten. De VGN is bezorgd dat dit leidt tot kwaliteitsverlies van de dagbesteding. Volgens haar zouden de problemen alleen opgelost kunnen worden als er meer middelen voor de harmonisatie van de dagbestedingstarieven ter beschikking komt. Met de VGN heb ik afgesproken dat er in 2007 onderzoek zal plaatsvinden naar realistische tarieven (wat is de juiste prijs voor kwalitatief goede dagbesteding) per zorgzwaartepakket voor dagbesteding. Omdat in 2007 de huidige bekostigingsregels nog leidend zijn is er alle ruimte om in 2007 onderzoek te doen naar de toereikendheid van tarieven voor dagbesteding en mogelijkheden van harmonisatie van tarieven. Uit de zorgzwaartemeting die plaatsvindt in de periode van 1 november 2006 en 15 januari 2007 komt daarnaast veel informatie beschikbaar die het mogelijk maakt om per (soort) instelling een vergelijking te maken tussen het huidige budget en het nieuwe budget na invoering van zorgzwaartebekostiging.

Behandeling

In een aantal zorgzwaartepakketten voor cliënten met een lichte zorgzwaarte (bijvoorbeeld verblijvend in een verzorgingshuis, gezinsvervangend tehuis, instelling voor beschermd wonen e.d.) is geen normtijd voor behandeling opgenomen. In de prijs van deze pakketten is echter wel enige ruimte opgenomen voor de inzet van specifieke deskundigheid op de achtergrond, ten behoeve van het adviseren en bijstaan van medewerkers in het uitoefenen van hun taken. In deze zorgzwaartepakketten is dus geen sprake van een indicatie die behandeling als bedoeld in artikel 8 van

het Besluit Zorg Aanspraken omvat, maar van bekostiging van incidenteel gebruik van één of meerdere voor de verblijfsinstelling werkzame deskundigen of adviseurs.

Voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is in de zorgzwaartepakketten een voorziening opgenomen voor de op genezing gerichte behandeling aan cliënten die langer dan 365 dagen verblijven in een instelling. Vanaf 2008 zal de zorg voor deze cliënten na 365 dagen worden bekostigd uit de AWBZ; daarvoor wordt deze bekostigd uit de Zorgverzekeringswet (ZVW). Voor deze groep cliënten, aangeduid als voortgezet verblijf, is behandeling ook mogelijk in alle GGZ-zorgzwaartepakketten.

Zicht op effecten voor instellingen en cliënten in 2007

Door de gekozen aanpak en planning van de invoering zullen de precieze effecten van de invoering van de zorgzwaartebekostiging in het najaar van 2007 zichtbaar worden. Het zal dan met name gaan om de financiële effecten op de omvang van de budgetten van de instellingen.

Bijzondere, innovatieve woon-zorgvormen blijven mogelijk

Door zorgzwaartebekostiging blijft het mogelijk om bijzondere, innovatieve zorgvoorzieningen te realiseren. Daarmee doel ik onder andere op de kleinschalige woonvoorzieningen zoals deze de afgelopen jaren zijn ontstaan, bijvoorbeeld de Thomashuizen, de ADL-woningen en de kleinschalige woonzorgcomplexen voor ouderen. In het geval dat de cliënten die in aanmerking komen voor een volledig pakket aan AWBZ-zorg, i.c. een zorgzwaartepakket, kiezen voor een woonvorm waarin zij zelf de woonlasten betalen dan is dat mogelijk. De beoogde regeling voor verblijfszorg thuis voorziet daarin. Wat betreft het toekennen van een zorgzwaartepakket in de vorm van een persoonsgebonden budget heb ik tijdens het algemeen overleg met de Tweede Kamer op 13 juni 2006 aangegeven dat ik dat zorgvuldig wil voorbereiden.

De CVZ-subsidieregeling voor ADL-clusters heb ik verlengd tot en met 2007. Deze vorm van zorgverlening heeft zich bewezen en daarom acht ik een overgang naar de reguliere AWBZ-bekostiging gepast. Dat zal gebeuren vanaf 2008. Een deel van de bewoners van de ADL-clusters zullen bij invoering van zorgzwaartebekostiging in aanmerking komen voor een volledig pakket AWBZ-zorg in de vorm van een zorgzwaartepakket. Ik wil betrokken zorgaanbieders (waar onder Fokus) voldoende tijd geven zich hierop voor te bereiden en om die reden blijft de regeling nog een jaar doorlopen. De komende maanden wordt een analyse uitgevoerd over de gevolgen van de invoering van zorgzwaartebekostiging voor de betrokken cliënten en zorginstellingen.

Cliënten met een bijzondere of omvangrijke zorgzwaarte

Van belang is ook de bekostiging van de zorg voor cliënten met een bijzondere of omvangrijke zorgzwaarte, waarvoor vaak binnen instellingen gespecialiseerde afdelingen bestaan. Bij de ontwikkeling van de verschillende zorgzwaartepakketten is het streven geweest om zoveel mogelijk recht te doen aan de verschillen tussen en overeenkomsten van diverse groepen mensen die zorg nodig hebben. De kenmerken van de cliënt zijn daarbij leidend geweest en niet het beschikbare zorgaanbod. De bijzondere en/of omvangrijke zorgbehoefte van groepen cliënten die in het huidige systeem worden bekostigd door specifieke toeslagen, zullen na invoering van zorgzwaartebekostiging veelal bekostigd kunnen worden op basis van de vastgestelde tarieven voor één van de zorgzwaartepakketten. Zo zullen specifieke cliëntgroepen (coma, ademhalingsondersteuning, Korsakov, Huntington, doofblinden, sterk gedragsgestoord e.d.) op basis van de vastgestelde zorgzwaartepakketten en de daaraan te verbinden

tarieven worden bekostigd. Dat maakt het nog steeds mogelijk om gespecialiseerde afdelingen voor deze groep cliënten aan te bieden.

In de situatie dat de zorg voor een cliënt met een bijzondere of extreme zorgzwaarte niet bekostigd kan worden op basis van één van de 45 zorgzwaartepakketten, dan is daarvoor een aparte «extreme zorgzwaarte»-regeling beschikbaar die wordt opgesteld door de NZa.

Wettelijke regeling voor het zorgplan

In het zorgplan maken zorgverlener en cliënt – binnen de kaders van het indicatiebesluit – afspraken over de dagelijkse, praktische zorgverlening. Het hebben van, en meepraten over een zorgplan is een cruciaal onderdeel van het systeem zorgzwaartebekostiging. Een cliënt kan nu zijn zorgplan niet afdwingen. Veel instellingen werken met een document dat ze zorgplan noemen – maar dat is het vaak niet, of lang niet voor alle cliënten. Het wettelijke recht op een zorgplan, of de plicht er één te maken, geeft de cliënt iets concreets om op terug te vallen als de aanbieder geen zorg levert die aansluit bij het zorgzwaartepakket en de wensen van de cliënt daarbinnen.

Uit onderzoek is mij gebleken dat instellingen worstelen met het gebruik van zorgplannen: weinig instellingen werken met zorgplannen die voldoen aan de eisen die eraan gesteld mogen worden. Eenzelfde soort conclusie trekt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de Staat van de Gezondheidszorg 2006. De Inspectie vindt het, net als ik, van groot belang dat snel verbetering optreedt in het betrekken van patiënten bij het opstellen, vaststellen en evalueren van hun zorgplan.

Ik ontwikkel op dit moment een regeling die zorgaanbieders direct aanspreekt om op transparante wijze, in overleg met de cliënt, te werken met zorgplannen. Daarbij streef ik ernaar om de bepalingen over het zorgplan onder het wettelijk kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen te brengen. Daarmee sluit ik aan bij de normen voor verantwoorde zorg, zoals die reeds in de verpleging en verzorging gelden. Daar is regie over het eigen leven door middel van een eigen zorgplan een belangrijke norm. Dit betekent dat de handhaving op het gebruik van zorgplannen meeloopt in het reguliere kwaliteitstoezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast blijf ik belang hechten aan een professioneler gebruik van de zorgovereenkomst dan nu het geval is. Cliënten zijn nu eenmaal een contractspartij wanneer zij een relatie aangaan met een zorgaanbieder, en kunnen in die hoedanigheid óók sturen. Om die reden start ik, in overleg met de branche- en cliëntorganisaties een traject om een model zorgovereenkomst te maken.

Consumentengids in 2007 voor iedereen beschikbaar

Om de cliënt goed toe te rusten op een keuze voor een zorginstelling en daarna bij het maken van afspraken met de zorgverlener over de precieze invulling van de dagelijkse zorg en ondersteuning, is het van belang dat de cliënt kan beschikken over informatie en waar nodig ondersteuning en advies.

Wat betreft de informatie heb ik het initiatief van ZN en de NPCF ondersteunt voor het maken van een zogenoemde consumentengids. De voorbereidingen voor het publiceren van de consumentengids zijn afgelopen zomer gestart en zullen eind november leiden tot het beoogde eindresultaat: een gids waarin cliënten en alle mogelijke betrokkenen een goede uitleg en toelichting krijgen over de inhoud en mogelijk gebruik van een zorgzwaartepakket. De gids geeft per zorgzwaartepakket een toelichting op de inhoud van het zorgzwaartepakket (cliëntprofiel, betekenis van het aantal uren) en beschrijving op hoofdlijnen van het zorgaanbod dat in de

regel bij een dergelijk pakket hoort. De gids is opgesteld onder verantwoordelijkheid van cliëntenorganisaties, ZN en VWS. De inhoud van de gids is getoetst bij deskundigen vanuit zorginstellingen en bij cliënten; per sector/doelgroep (verpleging&verzorging, lichamelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten, zintuigelijk gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg) zijn deskundigen- en cliëntenpanels gehouden. Om er voor te zorgen dat de gids ook daadwerkelijk de cliënt bereikt, worden vele verschillende kanalen en organisaties benut om de gids te verspreiden. Via internet zal dat voornamelijk gaan via www.kiesbeter.nl.

Kortom, de invoering van de zorgzwaartebekostiging loopt:

- de 45 zorgzwaartepakketten zijn vastgesteld;
- in november 2006 worden de voorlopige maximumprijzen bepaald;
- vanaf 1 november 2006 gaan alle zorginstellingen die verblijfszorg bieden de zorgzwaarte van hun cliënten bepalen;
- de productieafspraken worden gemaakt in oude bekostigingstermen en in zorgzwaartepakketten;
- in 2007 wordt de indicatiestelling omgezet naar zorgzwaartepakketten;
- in 2007 krijgen cliënten zonder rechtsgeldige indicatie een indicatie die luidt in een zorgzwaartepakket;
- eind november 2006 is de consumentengids gereed;
- het zorgplan wordt wettelijk verplicht.

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

Januari 2006	Plan van aanpak zorgzwaartebekostiging	Afgerond
Maart–april 2006	Gegevensverzameling t.b.v. bekostiging onder 100 instellingen met 19 000 cliënten	Afgerond
April–juni 2006	Pilot indicatiestelling door CIZ: 5 regio's en 7 000 cliënten	Afgerond
Juni–Juli 2006	Zorgzwaartepakketten V&V en GZ aangepast en vastgesteld naar aanleiding van nader onderzoek en CIZ-pilots	Afgerond
September 2006	Start voorbereiding consumentengids zorgzwaartepakketten	Loopt
	Regionale informatiebijeenkomsten met ca. 2 100 deelnemers.	Afgerond
Oktober 2006	15 september definitieve versie ZZP-scoreprogramma, inclusief handleiding	Afgerond
	Zorgzwaartepakketten GGZ aangepast en vastgesteld Toezichttoets CTZ/NZa	Afgerond
November 2006	Instructiebijeenkomsten voor zorgaanbieders per zorgkantoor.	Loopt
	Plan van aanpak CIZ-controle van scoring door zorgaanbieders	
December 2006	1 november. Start ZZP-score door zorgaanbieders met peildatum 1-11-06. Tot 15 januari 2007.	Loopt
	Voorlopige maximumprijzen van de zorgzwaartepakketten vastgesteld door NZa	
Januari 2007	Eind november. Consumentengids gereed	Loopt
	Eerste offerte zorgaanbieders aan zorgkantoor voor productieafspraken 2007 (in oude termen/te leveren dagen)	
Februari 2007	Voortgangsbijeenkomst scoring per zorgkantoor	Loopt
	Opgave zorgzwaartescores door zorgaanbieders bij zorgkantoren	
Maart 2007	Verspreiding consumentengids onder alle relevante organisaties van cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders.	Loopt
	Bespreking productieafspraken 2007 tussen zorgkantoor en zorgaanbieder (periode 15 januari–15 februari).	
Maart–augustus 2007	Budgetformulier ingediend bij NZa. Bestaat uit 2 delen.	Loopt
	<ul style="list-style-type: none"> • Deel I is gebaseerd op de oude bekostigingsparameters • Deel II is gebaseerd op de indeling in zorgzwaartepakketten. 	
April 2007	Controle ZZP-scores onder leiding van CIZ	Loopt
Juli 2007	Indicatiestelling naar zorgzwaartepakketten. Verspreiding consumentengids onder individuele cliënten.	Loopt
	2e ronde productieafspraken 2007, verwerking mutaties (uitstroom/instroom) en uitkomsten controle CIZ	
September 2007	Zorgzwaarte cliëntpopulaties per instelling vastgesteld	Loopt
Oktober 2007	3e ronde productieafspraken 2007	Loopt
November 2007	Maximumprijzen van de zorgzwaartepakketten vastgesteld door NZa	Loopt
	Definitieve vaststelling herallocatiebedragen	Loopt