

Vergaderjaar 2006–2007

**26 631**

## **Modernisering AWBZ**

**Nr. 202**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 december 2006

In het Algemeen Overleg over de modernisering van de AWBZ van 7 december heb ik u toegezegd voor de begrotingsbehandeling een aantal onderwerpen schriftelijk toe te lichten.

#### **Reikwijdte gebruikelijke zorg**

Mevrouw Van Miltenburg heeft haar zorgen geuit over het oprekken van de definitie van gebruikelijke zorg in de indicatiestelling. De definiëring van gebruikelijke zorg is echter niet gewijzigd. In het geval dat gebruikelijke zorg betrekking heeft op wat van kinderen wordt verwacht, gaat het alleen om thuiswonende kinderen. De inzet van thuiswonende kinderen heeft betrekking op huishoudelijke taken, afhankelijk van de leeftijd van het kind. Verder kan het, alleen in geval van *volwassen* thuiswonende kinderen, betrekking hebben op ondersteunende begeleiding. Persoonlijke verzorging valt dus buiten hetgeen op titel van gebruikelijke zorg wordt verwacht van thuiswonende kinderen. Bijgevoegd vindt het antwoord van VWS op het rapport van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) over de conceptbeleidsregels van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).<sup>1</sup>

#### **Indicatiestelling ex AAW-ers**

Mevrouw Kant heeft gevraagd hoe het staat met het indiceren van de groep ex AAW-ers. Het traject van herindicatie door het CIZ van de groep ex AAW-ers is eind 2004 gestart en medio 2005 afgerond. Bij het CIZ resteert de afhandeling van enkele beroepszaken.

#### **Achterstanden bij indicatiestelling**

Mevrouw Kant heeft ook gevraagd hoe het staat met achterstanden bij de indicatiestelling. Het CIZ bewaakt op regionaal niveau nauwgezet de productieontwikkeling en kan ingeval van achterstanden snel gericht actie

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

ondernemen. Aangezien het om grote aantallen indicaties gaat is soms niet te voorkomen dat de reguliere werkvoorraad snel oploopt tot een achterstand.

Dat laat onverlet dat voor cliënten die met spoed zorg nodig hebben, de noodzakelijke zorg ingezet kan worden.

Voor de inzet van spoedzorg is immers geen indicatiebesluit vereist. Het CIZ heeft de achterstand die in het tweede kwartaal was ontstaan teruggebracht door inzet van extra personeel.

### **Afwijzen indicatieaanvragen**

In de 11e voortgangsrapportage modernisering AWBZ is een alinea opgenomen over het afwijzen van indicatieaanvragen door het CIZ. Mevrouw Agema heeft gevraagd op basis waarvan een indicatieaanvraag kan worden afgewezen.

Het CIZ kan een indicatieaanvraag om verschillende redenen geheel of gedeeltelijk afwijzen. Het kan zijn dat de zorgvraag van verzekerde (deels) betrekking heeft op wat binnen de AWBZ geldt als gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar. Het kan ook voorkomen dat de voor de AWBZ aanspraak vereiste grondslag in geval van een bepaalde aandoening, beperking, handicap of problematiek bij verzekerde niet aanwezig is. Tot slot kan het voorkomen dat andere voorzieningen dan de AWBZ in de zorgvraag van verzekerde kunnen voorzien.

### **Mogelijke fraude met het persoonsgebonden budget**

Mevrouw Agema wil graag uitleg over het mogelijke misbruik met het persoonsgebonden budget (pgb).

Met geen enkele subsidie of uitkering is misbruik 100% te voorkomen. Mensen die gebruik maken van het pgb zijn langdurig afhankelijk van zorg. Wanneer zij hun budget ergens anders aan zouden besteden dan aan AWBZ zorg, hebben ze daar zelf het meeste last van. Ik weet, gebaseerd op ervaringen van het CVZ, dat misbruik van het pgb nauwelijks voorkomt.

### **Marktwerking in de AWBZ**

Mevrouw Koşer Kaya vroeg naar de notitie over marktwerking in de AWBZ.

Eerder heb ik toegezegd met een dergelijke notitie te komen. Dat wil ik koppelen aan de kabinetsreactie op het Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) over de toekomst van de AWBZ. Daarin zijn verregaande voorstellen gedaan om marktwerking in de uitvoering van de AWBZ te bevorderen. Na een eerste reactie in mijn brief van 9 juni (TK 2005–2006, 30 597, nr. 1) heb ik u bouwstenen toegezegd voor besluitvorming door een nieuw kabinet. Dat was in de veronderstelling dat er eerst in mei 2007 verkiezingen zouden zijn. Het mocht niet zo zijn. Door de vervroegde verkiezingen en het vervroegd demissionair raken van het kabinet is het AO over de eerste kabinetsreactie op het IBO rapport komen te vervallen. U ontvangt separaat een brief waarin ik verslag doe van wat de ontwikkeling van bouwstenen in versneld tempo heeft opgeleverd. Een standpunt over marktwerking in de AWBZ neem ik daar niet in op. Ik acht dat een zaak van het volgende kabinet.

### **AWBZ brede Zorgregistratie**

Van uw kant zijn kritische opmerkingen over de invoering van de AWBZ brede Zorgregistratie (AZR) gemaakt. Ook ik ben kritisch over de AZR. Toch staat één ding voor mij vast: we moeten in de zorg hoe dan ook

werken met digitaal berichtenverkeer. De indicatie moet «gematched» worden met de feitelijke zorgverlening om te kunnen beoordelen of het zorgkantoor invulling geeft aan zijn zorgplicht.

Dat is des te belangrijker naarmate we de zorg vanuit de cliënt benaderen. Willen we de diversiteit die daarmee gepaard gaat, koppelen aan een ordelijk administratief verkeer, dan kan dat alleen maar digitaal. De AZR is niet één groot softwaresysteem. De AZR is in feite een set van afspraken over elektronische standaarden waarmee berichten worden uitgewisseld. Als iedereen zich aan deze standaarden en specificaties houdt (eenheid van taal) kan er digitaal worden gecommuniceerd. Verschillende partijen kunnen eigen systemen hanteren zolang deze systemen maar gebaseerd zijn op dezelfde standaarden en specificaties. Het is zelfs begrijpelijk dat partijen verschillende systemen hanteren, omdat het systeem moet passen in het eigen bedrijfsvoeringssysteem. Als ergens een systeem niet op orde is, dan is dat de verantwoordelijkheid van de betreffende partij zelf. Er kan niet worden gesproken van een inferieur basissysteem. Ik heb er in het verleden niet toe willen overgaan – en ik wil dat ook nu niet – om één systeem voor heel Nederland te dicteren. Daarmee zou ik te veel treden in de bedrijfsvoeringverantwoordelijkheid van aanbieders, indicatieorganen en zorgkantoren. Hoe dan wel?

#### *a. Centrum Indicatiestelling Zorg*

De eerste schakel in de keten van het berichtenverkeer is de indicatiestelling. Door de centralisatie is dat relatief eenvoudig door mij aan te sturen. Er is maar één CIZ. Het CIZ is op dit moment geëquipeerd om de AZR te gebruiken volgens de nu geldende standaarden voor het versturen van indicatiebesluiten. Tegelijkertijd is het CIZ bezig zijn bedrijfsvoeringssysteem op één leest te schoeien. Ik ben van mening dat het CIZ een geweldige prestatie levert door de systemen van 80 regionale organen onder verantwoordelijkheid van gemeenten om te vormen tot één systeem. Dat bevordert de eenduidigheid, de doorloopsnelheid en de bestuurbaarheid van het indicatieproces. Allemaal zaken waar terecht door de Kamer aandacht voor wordt gevraagd.

Ik heb er begrip voor dat het CIZ de nieuwe specificaties van de AZR vanwege de invoering van de zorgzwaartebekostiging pas goed kan toepassen wanneer het proces van uniformering van het basissysteem is afgerond. Dat heeft er toe geleid dat het CIZ de toepassing van deze nieuwe specificaties (de zogenaamde 2.1 release) per 1 april 2007 kan starten. Het CIZ heeft daarbij bedrijfsvoeringstechnisch gezien professionele keuzes voorgelegd die ik heb gerespecteerd.

#### *b. Zorgkantoren*

De tweede schakel in de keten is het zorgkantoor. De aansturing daarvan is lastiger. We hebben het over 32 regionale kantoren die door 12 verschillende verzekeraars worden aangestuurd. Zij kiezen hun eigen bedrijfsvoeringssystemen. De AZR wordt daarin als specifieke toepassing gebruikt. Zorgverzekeraars Nederland heeft hier de coördinerende functie. Ook daar is goed werk verricht. Bij de zorgkantoren is de AZR inmiddels op orde. Zij zijn in staat om de indicatiebesluiten van het CIZ enerzijds en de meldingen van aanbieders anderzijds digitaal te ontvangen en aan elkaar te koppelen. Zij zijn ook gereed om de nieuwe berichten die nodig zijn voor de zorgzwaartebekostiging «uit te lezen» (de genoemde release 2.1). Omdat het verkeer tussen CIZ en zorgkantoren wel op orde is, werkt de zorgtoewijzingsfunctie van AZR wel. Dat is winst. Ook om die reden vind ik niet dat de AZR als geheel niet zou werken.

### c. Zorgaanbieders

De derde schakel in de keten zijn de zorgaanbieders. De diversiteit is daar nog groter. We hebben het over circa 3 000 instellingen. Het is niet mijn verantwoordelijkheid om de bedrijfsvoering van deze instellingen aan te sturen. We kennen in Nederland nu eenmaal niet het systeem van de nationale gezondheidszorg. Zodra een zorgaanbieder iemand met een geldig indicatiebesluit in zorg neemt, moet dat volgens de AZR standaarden worden gemeld aan het zorgkantoor. Dat veel aanbieders ermee kunnen werken, blijkt wel uit het feit dat zij wel in staat zijn om via de AZR cliënten met een indicatie te benaderen en eventueel in zorg te nemen. Die kant van de AZR gebruiken aanbieders als belangrijk marketing-instrument. Dat doen zij uit een overigens te respecteren «eigen belang» als zorgorganisatie.

Door op die manier te werken, hoeft het zorgkantoor niet voor elke cliënt een zorgaanbieder te zoeken. Een groot deel van de zorgtoewijzing (80%) gebeurt automatisch. Waar het aan schort, is dat de aanbieders de terugmelding niet consequent doen. Omdat dat deel van de keten niet 100% werkt, werkt de wachtlijstfunctie van de AZR niet optimaal. Dit bepaalt in belangrijke mate het kritische beeld over de AZR.

Voor zover aanbieders softwarematige problemen hebben, is dat geheel de verantwoordelijkheid van die instellingen zelf. Zij zijn zelf opdrachtgever voor het maken en aanpassen van hun software voor AZR toepassingen. De focus is er daarom op gericht de aanbieders consequent via de AZR te laten melden dat iemand in zorg is genomen. Deels gebeurt dat door inspanningen van de verschillende brancheorganisaties. Zij hebben hun leden opgeroepen actief aan de «vulling» van de AZR mee te werken. De vrijblijvendheid wil ik er echter afhalen. Daarom wordt het gebruiken van de AZR standaarden verplicht via de voorschriften die gelden voor de administratieve organisatie en interne controle van zorgaanbieders (regeling AO/IC). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet daarop toe en kan bestuurlijke boetes geven indien men zich hier niet aan houdt. Zoals ik tijdens het AO heb gesteld, zullen aan boetes natuurlijk verwijtbare zaken ten grondslag moeten liggen. Een belangrijke prikkel voor de instellingen is voorts, dat er met de invoering van de zorgzwaartebekostiging sprake is van prestatiefinanciering. Dat in tegenstelling tot de nu geldende instellingsfinanciering, gebaseerd op de bedden capaciteit van een instelling. Terugmelding van de geleverde prestatie («ik heb iemand in zorg genomen») wordt belangrijk om überhaupt productie gefinancierd te krijgen. In de contracten met de zorgkantoren wordt vastgelegd dat men voor het berichtenverkeer de AZR moet gebruiken. Zo niet, dan kan een deel van de bevoorschotting worden opgeschort.

Alles overziende ben ik kritisch over de AZR en begrijp ik de opmerkingen die daar over zijn gemaakt. Anderzijds ben ik niet van mening dat sprake is van een geheel niet functionerend systeem. Er is sprake van een zich ontwikkelend systeem, dat steeds aan nieuwe beleidsontwikkelingen wordt aangepast. De twee functies van de AZR, zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer, kunnen naar mijn mening in 2007 goed worden gerealiseerd.

Met een verdere uitbreiding van de functionaliteit wordt wat mij betreft in lijn met de opmerkingen die mevrouw Van Miltenburg daarover maakte, pas op de plaats gemaakt.

### **Bijzondere groepen en de zorgzwaartebekostiging**

Anders dan in het huidige bekostigingssysteem, is het met de zorgzwaartebekostiging eenvoudiger om recht te doen aan de soms omvangrijke zorgvraag van bijzondere groepen cliënten.

Zo zullen specifieke groepen cliënten (jong dementerenden, doofblinden, coma, ademhalingsondersteuning, Korsakov, et cetera) op basis van de vastgestelde zorgzwaartepakketten en de daaraan te verbinden tarieven worden bekostigd. Ik noem een aantal voorbeelden van specifieke cliëntgroepen en het profiel van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) dat bij deze groepen past:

- mensen met Huntington en mensen met ademhalingsondersteuning: zorgzwaartepakket 8 voor de verpleging&verzorging, 27 uur per week (intensieve zorg, met de nadruk op verzorging/verpleging);
- jong dementerenden: zorgzwaartepakket 5 voor de verpleging&verzorging, 18 uur per week (beschermd wonen met intensieve dementiezorg);
- palliatief-terminale zorg: zorgzwaartepakket 10 voor de verpleging-&verzorging, 30 uur per week (beschermd verblijf met intensief palliatief-terminale zorg);
- cliënten in het reumaverpleeghuis: zorgzwaartepakketten 6 of 8 voor de verpleging&verzorging; pakket 6 (18 uur cliëntgebonden tijd per week) en pakket 8 (27 uur cliëntgebonden tijd per week).

Door de zorgzwaartemeting zoals deze momenteel wordt uitgevoerd door zorgaanbieders in het kader van de invoering van zorgzwaartebekostiging is vanaf februari 2007 veel informatie beschikbaar over de verschillen tussen de huidige bekostiging voor specifieke doelgroepen en de bekostiging in termen van zorgzwaartepakketten. Dan gaat het met name om de vraag of de maximumtarieven voldoende zijn voor deze groepen. De NZa zal op basis hiervan beslissen over de reikwijdte van een regeling voor extreme zorgzwaarte.

### **Volledig pakket thuis (full package)**

Uit uw opmerkingen begrijp ik dat er nog onduidelijkheden zijn over het volledig pakket thuis wanneer een cliënt met een verblijfsindicatie ervoor kiest thuis te blijven wonen. Met het volledig pakket thuis krijgt de cliënt de mogelijkheid te kiezen voor een compleet pakket zorg en diensten zonder gebruik te maken van zijn aanspraak om ook ten laste van de AWBZ te wonen.

Onduidelijkheid bleek te bestaan over de functie huishoudelijke verzorging nu die aanspraak komt te vervallen met de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ook nu is het echter al zo dat huishoudelijke verzorging integraal deel uitmaakt van de aanspraak op verblijf. Dat is na invoering van de zorgzwaartebekostiging niet anders. Het zorg- en dienstenpakket is zowel bij verblijf in een instelling als bij volledige zorg thuis identiek. De concrete invulling in het zorgplan kan echter verschillen als partijen dit overeenkomen.

### **Zorgovereenkomst versus zorgplan**

Als het gaat om de afweging tussen zorgplan en zorgovereenkomst, vind ik het van belang om allereerst te benadrukken waarom een zorgplan in het systeem van de zorgzwaartebekostiging nodig is. De cliënt krijgt te maken met een globalere indicatie dan nu, die geen onderverdeling geeft in functies en klassen. De concrete invulling van het indicatiebesluit in afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder zorgt voor meer maatwerk, maar dan moet de cliënt wel een afdwingbaar instrument hebben dat hem regie geeft. Het zorgplan is dat instrument, omdat daarin de indicatie concreet wordt vertaald naar de dagelijkse zorgverlening.

In eerste instantie leek de privaatrechtelijke zorgovereenkomst, die iedere cliënt nu reeds bij aanvang van de zorg sluit, voldoende aanknopingspunten te bieden om tot een wettelijke regeling over het gebruik van zorgplannen te komen. Door het stellen van wettelijke eisen aan de inhoud van zo'n zorgovereenkomst, zoals de eis dat de zorgaanbieder zich

via die overeenkomst verplicht tot het maken van een zorgplan, zou de positie van de cliënt worden versterkt. Deze variant heeft de voorkeur van cliëntenorganisaties omdat zij van mening zijn dat de cliënt via het privaatrecht een betere uitgangspositie heeft om nakoming van de afspraken af te dwingen. Bovendien vrezen zij dat het zorgplan onderdeel wordt van de verantwoording, waardoor het een spanning oproept over dit – vertrouwelijke – document tussen zorgaanbieder en cliënt.

Bij de uitwerking van deze variant ben ik tegen een drietal hindernissen aangelopen. Ten eerste is het in de praktijk lastig om aan te geven waar de grens ligt tussen die onderwerpen die in een zorgovereenkomst moeten worden vastgelegd, en de inhoud van het zorgplan. Uit jurisprudentie blijkt dat het zorgplan toch het bepalende document is in de bewijslast, indien er een geschil is tussen een cliënt en een zorgaanbieder over de verleende zorg. Een zorgovereenkomst, waarin algemene afspraken staan, heeft dan weinig toegevoegde waarde in een civielrechtelijke procedure waarin nakoming van de afspraken over de dagelijkse zorgverlening wordt geëist. Een directe wettelijke regeling over het zorgplan ligt, met dit doel in het achterhoofd, meer voor de hand.

Ten tweede moet een zorgovereenkomst, net als de geneeskundige behandelingsovereenkomst, vanwege het privaatrechtelijke karakter een plaats krijgen in het Burgerlijk wetboek. Afgezien van het feit dat aanpassing van het Burgerlijk wetboek over het algemeen niet snel verloopt, kan wetgeving op dit terrein niet los worden gezien van de huidige discussie over een Zorgconsumentenwet. Het maken van een regeling over een zorgovereenkomst zou logischerwijs opgaan in eventuele wetgeving rondom een Zorgconsumentenwet, en dus moeten wachten op besluitvorming rondom dit thema. Ik vind dat er daardoor een onacceptabel gat ontstaat tussen het moment waarop de zorgzwaartebekostiging wordt ingevoerd, en het moment waarop de cliënt een afdwingbaar instrument krijgt.

Indien het zorgplan wettelijk wordt geregeld zou een dergelijk groot gat niet ontstaan omdat bepalingen over het zorgplan via een – snellere – algemene maatregel van bestuur kunnen worden ondergebracht bij het wettelijk kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Daarmee wordt hetzelfde bereikt, namelijk het introduceren van een afdwingbaar instrument voor de cliënt. Overigens is de argumentatie om over te gaan tot een wettelijke regeling van het zorgplan binnen het kader van de Kwaliteitswet breder dan uitsluitend de zorgzwaartebekostiging. Daarop ben ik in de laatste voortgangsrapportage kort ingegaan en in het navolgende punt zal ik daar nog wat langer bij stilstaan.

De derde reden om op dit moment af te zien van wetgeving over de zorgovereenkomst is gelegen in het streven naar deregulering. Er is weinig bekend over het gebruik van zorgovereenkomsten. Gevolg daarvan is dat er weinig is geïnvesteerd in andere manieren om het gebruik van goede zorgovereenkomsten te stimuleren, zoals het maken van een modelovereenkomst die is afgestemd om het systeem van zorgzwaartebekostiging, of het inzetten op de rol die zorgkantoren daarbij kunnen spelen. Deze mogelijkheden overslaan en direct overgaan tot wetgeving is niet gebruikelijk.

Over het gebruik van zorgplannen is wel veel feitenmateriaal beschikbaar. In mijn opdracht heeft Prismant in het voorjaar van 2006 onderzoek gedaan naar het gebruik van zorgplannen.

Bij de *Inventarisatie gebruik zorgplannen in de langdurige zorg* gaven vrijwel alle aanbieders (circa 95%) aan te werken met zorgplannen en daar de cliënt bij te betrekken. De onderzoekers zelf geven in hun beschouwing echter aan dat instellingen worstelen met het gebruik van zorgplannen: «[...] slechts heel weinig instellingen bleken zorgplannen te hebben die voldeden aan de eisen die eraan gesteld mogen worden». De nuance die de onderzoekers aanbrengen, sluit aan bij de jaarlijkse onderzoeken van

de Stichting Cliënt en Kwaliteit, waarin 49% van de verpleeghuisbewoners en 31% van de verzorgingshuisbewoners zegt dat het zorgplan niet in overleg met hen is vastgesteld. 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. Deze conclusies worden getrokken in de context van de Kwaliteitswet, en ik vind het een logische stap om een wettelijke status voor het zorgplan in dat kader onder te brengen. Daarmee sluit ik aan bij de normen voor verantwoorde zorg, zoals die reeds in de verpleging en verzorging gelden.

Los van deze hindernissen heeft zich een ontwikkeling voorgedaan in de zorgzwaartebekostiging die leidde tot heroverweging. Door het loslaten van de koppeling tussen zorgplan enerzijds en financiering en verantwoording anderzijds, werd het minder vanzelfsprekend om de zorg-overeenkomst te kiezen bij het versterken van de positie van de cliënt in de zorgzwaartebekostiging.

### **Mogelijkheid beperken omvang van de zorg door zorgkantoor**

Vragen zijn gesteld over signalen dat zorgkantoren in hun zorginkoop beperkingen aan de hoeveelheid te leveren zorg opleggen uit het oogpunt van doelmatigheid.

Op grond van artikel 34 van de AWBZ zijn zorgkantoren verplicht om hun werkzaamheden doelmatig uit te voeren en de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige verzekerde zorg en uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn. Een van de wijzen waarop zorgkantoren invulling geven aan deze wettelijke verplichtingen is het doelmatig inkopen van zorg. Daarbij dient scherp gekeken te worden naar de prijs/kwaliteit verhouding bij toegelaten aanbieders van zorg. Daarmee worden de zorg-aanbieders aangespoord tot het doelmatig leveren van zorg wat betreft kosten en volume.

In het huidige indicatiesysteem wordt geïndiceerd in functies en klassen. Dit draagt bij aan een meer vraaggerichte sturing van de geïndiceerde zorg. Het geeft namelijk aanbieders de mogelijkheid kleine veranderingen in de noodzakelijke omvang van de zorg voor een individuele cliënt te kunnen opvangen binnen de indicatie. Het maximum van een indicatie is niet automatisch een recht. De uiteindelijke omvang van de zorg wordt gezamenlijk door de aanbieder en cliënt bepaald, binnen de gestelde indicatie. De omvang van de klassen is destijds gekozen op basis van de gebruikelijke zorgpatronen.

Zorgkantoren maken met aanbieders afspraken over volume, prijs en kwaliteit van de te leveren zorg. Het is doelmatig om binnen die productieafspraken ook afspraken te maken over de gemiddelde omvang van de zorg verleend binnen een klasse. Dit kan verantwoord gebeuren aan de hand van onder meer landelijke kerncijfers en historische gegevens van de regio. Zo'n afspraak tast niet het recht aan van de individuele cliënt. Het zorgkantoor heeft immers geen invloed op de afgegeven indicatie. Maar het dwingt de aanbieder wel tot een kritische beoordeling, binnen de indicatie, van de noodzakelijke omvang van de zorg.

De NZa heeft brancheorganisatie ActiZ er onlangs op gewezen het passend te achten dat zorgkantoren bij de zorginkoop rekening houden met het gegeven dat cliënten gemiddeld genomen zorg ontvangen in de omvang van het klassengemiddelde. Dit met de aantekening dat dit geen normering voor de zorg van de cliënt kan betekenen!

## **Wachtlijsten in de AWBZ**

Een aantal Kamerleden, waaronder mevrouw Joldersma en mevrouw Koşer Kaya, maakt zich zorgen over de problematische wachtlijst van circa 4 000 personen die naar voren komt uit de rapportage van het College voor Zorgverzekeringen. Zij vroegen de groep nader te omschrijven en aan te geven wat voor deze groep wordt gedaan.

Uit het CVZ-rapport is op te maken dat bijna iedereen van de personen met een indicatie voor verblijf (in 2005: circa 230 000 indicaties) tijdig passende zorg krijgt.

Van de personen op de wachtlijst met een indicatiebesluit voor verblijf, krijgt 90 tot 95% overbruggingszorg waarmee in de zorgbehoefte wordt voorzien. Vooral ouderen blijven bij nader inzien liever thuis wonen, maar blijven uit voorzorg op de wachtlijst staan. Er resteert echter een groep van 4000 personen waarvoor dat niet goed mogelijk is. Het betreft hier vooral dementerende ouderen en jeugdige licht verstandelijk gehandicapten, veelal met een gedragsstoornis. Deze personen hebben een indicatie voor verblijf en behandeling.

Naar aanleiding van deze wachtlijstanalyse heeft het CVZ de zorgkantoren gevraagd in hun zorgbemiddeling meer aandacht aan deze specifieke groepen te besteden. Volgens opgave van de zorgkantoren krijgen de personen op de problematische wachtlijst nagenoeg allemaal overbruggingszorg. Het betreft zorg thuis, in een crisisopvang of in een verzorgingshuis wanneer het ouderen betreft. Deze zorg wordt echter als niet toereikend gekwalificeerd, omdat de gewenste behandeling niet beschikbaar is. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat er in de directe nabijheid van de cliënt onvoldoende verpleeghuiscapaciteit beschikbaar is voor de behandeling van dementerende ouderen.

Voor het oplossen van de problematische wachtlijst zijn in eerste instantie de zorgkantoren en de zorgaanbieders verantwoordelijk. Voor deze groep dienen zorgkantoren en zorgaanbieders extra inspanningen te leveren. Het gaat om intensief contact tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Veelal betreft het bovenregionale afstemming omdat het zorgaanbod in de regio beperkt beschikbaar is. Daarnaast wordt ingezet op vroegdiagnostiek en vroegbehandeling van met name de jeugdige licht verstandelijk gehandicapten. Om tegemoet te komen aan de groeiende vraag vanuit deze groepen is er in de regio tal van bouwinitiatieven gestart om het zorgaanbod te vergroten. Daarbij moeten we er rekening mee houden dat het realiseren van extra intramurale capaciteit tijd kost. Vooruitlopend op deze extra intramurale behandelcapaciteit wordt ambulante of poliklinische behandeling aangeboden.

Mijn rol bij de oplossing is in eerste instantie faciliterend. Ik blijf verzoeken van de zorgkantoren voor uitbreidingen van de intramurale capaciteit honoreren. In de huidige financiering is het overigens al zo dat er voor behandeling van specifieke groepen speciale toeslagen zijn (bijvoorbeeld de toeslag voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten). Voorts blijf ik de voortgang van de wachtlijst monitoren. In het voorjaar van 2007 komt het CVZ met een nieuwe wachtlijstrapportage met de situatie op 1 januari 2007. Op basis van deze rapportage bekijk ik of aanvullende acties nodig zijn.

## **Onderwijs en kinderen met een beperking**

De heer Vendrik vroeg mij extra budget beschikbaar te stellen voor onderwijs voor kinderen met een beperking in de zorgzwaartepakketten.

Al heel lang wordt er gewerkt aan meer mogelijkheden in het onderwijs voor kinderen met een beperking. Ondanks de leerplicht konden veel kinderen hier geen beroep op doen omdat het onderwijs voor hen niet voldoende toegerust was. Er is een intensieve samenwerking opgezet tussen de ministeries van OCW en VWS die zicht richt op het ontwikkelen

van onderwijszorgarrangementen. Scholen en instellingen – voor kinderen met een verstandelijke beperking, met psychiatrische problematiek of meervoudige problematiek – sloegen de handen ineen en ontwikkelden een geïntegreerd aanbod voor groepen die geen onderwijs kunnen volgen zonder deskundige ondersteuning<sup>1</sup>. In die periode is ook gewerkt aan de Regeling Leerlinggebonden Financiering (rugzak) die vanaf augustus 2003 in werking is getreden. Deze regeling maakt het voor kinderen met een beperking mogelijk om met een rugzak naar regulier onderwijs te gaan. Voor een selecte groep bleek de rugzak niet voldoende omdat het kinderen betrof met ernstige en complexe problematiek. Voor hen is de richtlijn *afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs*, die op 1 augustus 2004 in werking is getreden, een verbetering. Met de richtlijn wordt het leveren van AWBZ zorg in het onderwijs en de grens tussen AWBZ zorg en zorg in het onderwijs voor kinderen met een beperking geregeld. Bovenstaande ontwikkelingen hebben geleid tot een grotere emancipatie van kinderen met beperkingen door de vormgeving van onderwijszorgarrangementen en extra financieringsmogelijkheden. Voor de groep waarvoor onderwijs niet of niet direct haalbaar is, bestaat de mogelijkheid van kinderdagcentra. In deze centra, die gefinancierd worden vanuit de AWBZ, wordt veel aandacht aan zorg besteed en daar waar mogelijk gewerkt aan ontwikkeling. Er zijn landelijk ongeveer 5300 kinderen die gebruik maken van een dergelijke voorziening<sup>2</sup>. Een deel van deze kinderen gaat op een later moment alsnog naar school. Een ander deel heeft daarvoor teveel beperkingen en is aangewezen op een zware vorm van begeleiding en zorg. Het is onduidelijk hoeveel kinderen van een kinderdagcentrum in een intramurale instelling verblijven en hoeveel van die groep thuis wonen. Ook is het onduidelijk hoeveel kinderen in een intramurale instelling een eventuele andere invulling van de dag ontvangen. Om meer inzicht te verkrijgen in de instellingen die kinderen met een beperking opvangen, het aantal kinderen dat wordt opgevangen, de daarmee gemoeide kosten en de mogelijkheden die reguliere voorzieningen aan ouders van kinderen met een beperking biedt, wordt momenteel een inventarisatie uitgevoerd<sup>3</sup>. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek wordt gekeken of er extra aandacht nodig is voor kinderen met een beperking als het gaat om opvang, dagbesteding en onderwijs. Daarbij wordt ook de kostencomponent van de dagbesteding voor kinderen onder de loep genomen.

Vanuit de brancheorganisatie Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) zijn zorgen geuit over de beoogde bekostiging van dagbesteding. De huidige tarieven voor dagbesteding voor intramurale en extramurale zorg sluiten niet op elkaar aan. In de zorgzwaartebekostiging wordt de dagbesteding voor de groepen cliënten die verblijven in een instelling voor gehandicaptenzorg gebaseerd op één tarief.

De VGN wil de tarieven voor dagbesteding intramuraal en extramuraal harmoniseren en het tarief voor de dagbesteding in de zorgzwaartepakketten baseren op de hogere extramurale tarieven. Ik ben voorstander van harmonisatie van tarieven, maar wil daarbij vasthouden aan het uitgangspunt van budgettair neutrale invoering van de zorgzwaartebekostiging. Met de VGN heb ik afgesproken dat er in 2007 onderzoek plaatsvindt naar realistische tarieven per zorgzwaartepakket voor dagbesteding. Omdat in 2007 de huidige bekostigingsregels leidend zijn, is er alle ruimte om in 2007 onderzoek te doen naar de toereikendheid van tarieven voor dagbesteding en mogelijkheden voor harmonisatie.

### **Aan- en afwezigheid cliënten**

Tot slot maak ik van de gelegenheid gebruik om een toezegging uit het Algemeen Overleg over de modernisering van de AWBZ van 22 juni 2006 (26 631, nr. 186) af te doen. U hebt destijds uw zorgen geuit over de finan-

<sup>1</sup> Zie onderzoek over thuiszitters in beeld en Samen beter, beter samen over onderwijszorgarrangementen in het speciaal onderwijs, beide uitgaven van het NIZW

<sup>2</sup> Inventarisatie Kinderdagcentra, onderzoek verricht door Smets+Hover+, april 2006

<sup>3</sup> Inventarisatie wordt verricht door Deloitte in samenwerking met Smets+Hover+

ciering van zorgaanbieders bij afwezigheid en aanwezigheid van cliënten. Het gaat dan bijvoorbeeld om de periode die de familie heeft voor het opruimen van de kamer na het overlijden van een cliënt of om tijdelijke afwezigheid van cliënten bij dagbesteding als gevolg van ziekte. Op dit moment wordt in de tarieven al gedeeltelijk rekening gehouden met tijdelijke leegstand. Dit is slechts een deel van de oplossing. De verschillen in definities van af- en aanwezigheid en de daarbij horende beleidsregels tussen verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor de gehandicaptenzorg en instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg zijn groot.

Met de invoering van de zorgzwaartepakketten is het voor de bekostiging van de geleverde zorg steeds minder relevant wáár een zorgzwaartepakket wordt geleverd. Om deze reden heeft de NZa laten weten het onderwerp afwezigheid nog eens te analyseren en te komen tot een uniforme regeling.

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