

Vergaderjaar 2001–2002

**26 631**

**Modernisering AWBZ**

**25 657**

**Persoonsgebonden Budgetten**

**Nr. 22**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 juli 2002

**1. Inleiding**

Bij brief van 19 april jl. (TK, vergaderjaar 2001–2002, 26 631 en 25 657, nr. 19) heb ik Uw Kamer het implementatiepad geschetst voor de invoering met ingang van 1 januari 2003 van de voorstellen voor de modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging van het pgb. In deze brief heb ik aangegeven dat voor juli 2002 nog een aantal punten moet worden uitgewerkt om per 1 januari 2003 de gedereguleerde AWBZ-brede pgb-regeling te kunnen invoeren en per gelijke datum het mogelijk te maken dat nieuwe zorgaanbieders worden toegelaten en bestaande aanbieders AWBZ-breed, i.c. op elkaars terrein, zorg kunnen leveren. Graag neem ik de gelegenheid te baat u over de resultaten hiervan te informeren.

In het kader van de implementatie is een driesporenbenadering gekozen. Onderscheiden worden:

- het aanpassen van de regelgeving, zodat het noodzakelijke instrumentarium tijdig beschikbaar is;
- het in modeltrajecten in de regio proefdraaien om de nieuwe systematiek op zijn uitvoerbaarheid te testen;
- het communicatietraject, waarin op alle niveaus uitgebreid over de veranderingen wordt gesproken.

Achtereenvolgens komen hieronder aan de orde: de functies in het nieuwe Besluit zorgaanspraken, de AWBZ-brede PGB-regeling, waardebepaling pgb, bekostiging van zorg in natura, hotel- en welzijnsfuncties, omslagpunten, eigen bijdrage, uitvoering door zorgkantoren, modeltrajecten en de communicatie.

## 2. Functies in het nieuwe Besluit zorgaanspraken

Zoals aangegeven in de hiervoor genoemde brief van 19 april jl. was het noodzakelijk voor 1 juli 2002 de concept-amvb met daarin onder andere de voor de modernisering benodigde aanpassingen van het Besluit zorgaanspraken, het Zorgindicatiebesluit, het Bijdragebesluit en de reikwijdte-regelingen van de WZV en de WVG voor advies door te zenden naar de Raad van State. Daartoe gemachtigd door de Ministerraad heb ik 28 juni jl. de concept-amvb aan de Koningin aangeboden ten behoeve van advisering door de Raad van State. De vice-voorzitter van de Raad van State heb ik een spoedbehandeling van de adviesaanvraag gevraagd zodat zo spoedig mogelijk de voorhangprocedure voor de Eerste en Tweede Kamer kan starten. Dat is ook het moment waarop mijn opvolger zich nader over de voorstellen kan uitspreken.

Over de inhoud van de functiegerichte aanspraken en over de systematiek van functiegericht indiceren heeft overleg plaatsgevonden met alle betrokken veldorganisaties. Een korte beschrijving van de functies treft u aan in bijlage 1. Ter toelichting meld ik u het volgende.

- In het Besluit is voorzien in de aanspraak «vervoer» ingeval sprake is van een of beide begeleidingsfuncties in dagdelen en de medische noodzaak daartoe in de indicatie is gesteld. Op het «vervoer» in geval sprake is van de functie «behandeling» komt het CVZ dit najaar terug in zijn uitvoeringstoets over het ziekenvervoer Ziekenfondswet.
- De huidige «logeeropvang» (een vorm van tijdelijk verblijf) wordt conform het advies van het CVZ begrepen onder de functie «verblijf». Omdat tijdelijk verblijf niet ingaat tegen het beleid dat is gericht op het scheiden van wonen en zorg, is hiervoor een pgb mogelijk. Dit is een uitzondering op de regel dat voor «verblijf» geen pgb ter beschikking wordt gesteld en sluit aan bij de huidige situatie voor het pgb.
- De functie «behandeling» kan los worden geïndiceerd en is dus ook toegankelijk voor mensen die niet in een intramurale setting verblijven. Afgrenzing van de Ziekenfondswet wordt bewerkstelligd door zowel de aard als de gerichtheid c.q. het doel van de behandeling aan te geven. Het moet gaan om behandelingen van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard. Daarnaast moeten de behandelingen zijn gericht op het herstellen of voorkomen van verergering van die aandoeningen of handicaps, die ook de toegangsgronden vormen voor de overige functies in de AWBZ.
- Hulpmiddelen vallen onder de AWBZ indien sprake is van een tijdelijke uitleen van verpleegartikelen (conform de voormalige regeling voor de thuiszorginstellingen) en indien sprake is van de combinatie van behandeling, verpleging of persoonlijke verzorging met verblijf. Zoniet, dan geldt de Ziekenfondswet of de WVG. Hiermee wordt de huidige situatie gecontinueerd.

Met het oog op de op 19 april jl. aangekondigde invoering per 1 januari 2003 van de AWBZ-brede pgb-regeling en de mogelijkheid voor zorgaanbieders AWBZ-breed zorg te leveren, is het noodzakelijk dat het nieuwe Besluit zorgaanspraken met ingang van 1 januari 2003 in werking kan treden. Met het conform het tijdpad aan de Raad van State voorleggen van de concept-amvb zijn de voorwaarden hiervoor gecreëerd. Hiermee samenhangend kan ook de nieuwe systematiek van functiegericht indiceren met ingang van 1 januari 2003 worden toegepast. Kort en goed betekent dit dat met ingang van 1 januari aanstaande de «voorkant» van de zorgketen kan worden gemoderniseerd.

### *3.1 AWBZ-brede pgb-regeling*

Op 22 februari 2002 heb ik aan het CVZ gevraagd (Z/VU-2263040) een concept-regeling pgb nieuwe stijl te ontwerpen. De gevraagde concept-regeling is nadrukkelijk bedoeld als een groeidocument, zodat in de loop van 2002 een aantal zaken op basis van ervaringen in de modeltrajecten nog nader kan worden ingevuld.

Het CVZ heeft op 25 april 2002 een Regeling Persoonsgebonden Budget nieuwe stijl, 1e fase uitgebracht (publicatienummer 02/095). In de rapportage staat een aantal kanttekeningen bij de door mij aan de regeling gestelde randvoorwaarden, een aantal aanbevelingen en een schets van een nieuwe paragraaf pgb nieuwe stijl. De bij het pgb betrokken partijen zijn tijdens het maken van de regeling door het CVZ gehoord. Zij kunnen zich in het algemeen vinden in de rapportage en de concept-regeling.

Op 1 juli 2002 heb ik het CVZ een reactie gestuurd (PP/AWBZ/2 295 306) op de concept-regeling pgb nieuwe stijl. Hierin komen o.a. aan de orde: de invoering en het overgangsregime, de samenhang pgb en zorg in natura, de waardebepaling en de omslagpunten, het verantwoordingsregime, facilitaire organisatie en de monitoring en evaluatie. De belangrijkste punten worden ook in deze brief uiteengezet.

### *3.2 Waardebepaling pgb*

In de brief van 19 april jl. is uiteengezet op welke wijze de bepaling van de waarden voor het pgb wordt aangepakt. De gekozen benadering is een normatieve die start vanuit de reële loonkosten met daarbij opgeteld een vergoeding voor goed werkgeverschap. In de pgb-tarieven zit geen volledige instellingsoverhead. De natura-tarieven worden berekend op basis van historische kosten zodat een vergelijking tussen de opbouw van een pgb-tarief en de tarieven voor zorg in natura niet mogelijk is. In de komende maanden -zie paragraaf 4 over bekostiging- zal ook voor de extramurale zorg in natura een genormeerde opbouw worden ontwikkeld. Wanneer zowel voor pgb als voor zorg in natura een genormeerde bekostigingssystematiek is ontwikkeld, wordt het mogelijk de waardebepaling van het pgb vast te stellen met inachtneming van de voor de naturazorg ontwikkelde bekostigingssystematiek. In het licht van het voorgaande zal ik voor 2003 de pgb-tarieven vaststellen op een niveau dat niet wezenlijk afwijkt van het niveau in 2002. Daarbij zal onder andere in de berekening pgb rekening worden gehouden met het gegeven dat sommige functies, waaronder bijvoorbeeld verpleging, normaliter vanuit een instellingsverband worden geleverd. Het in 2003 vaststellen van de waardebepaling voor pgb in het verlengde van de nu geldende tarieven sluit aan bij het ook in de bekostiging van de zorg in natura te hanteren overgangsregime.

## **4. Bekostiging zorg in natura**

Zoals aangegeven in de brief van 19 april jl. is het niet mogelijk gekoppeld aan de invoering van functiegerichte aanspraken met ingang van 1 januari 2003 gelijktijdig het gehele systeem van bekostiging op functiegerichte leest te schoeien. In de brief is daarom ook gekozen voor een overgangstraject waarbij tot het moment dat de nieuwe bekostigingssystematiek in werking treedt en derhalve in ieder geval in 2003 nog geen wijzigingen worden aangebracht in de systematiek van de bekostiging. Om de bekostiging 2003 verder in te kleuren is in de afgelopen maanden een voorstel ontwikkeld dat aan de ene kant geen wijziging aanbrengt in de bestaande systematiek (handhaving van het systeem van instellingenbudgettering met productieafspraken op basis van bestaande CTG-producten), maar

aan de andere kant er wel toe kan leiden dat aanbieders op elkaars terrein kunnen operen en dat nieuwe aanbieders toegang tot de markt kunnen krijgen. Dit voorstel gaat uit van het zodanig herschikken van de huidige CTG-beleidsregels dat alle producten die momenteel kunnen worden geleverd zonder verblijf (extramuraal en semimuraal) toegankelijk worden voor alle bestaande en nieuwe aanbieders. Het CTG zal zorgdragen voor de operationele vormgeving.

In de brief van 19 april jl. is ook aangegeven dat het voor de omzetting van het huidige systeem van bekostiging naar een uiteindelijk functiegericht model eerst en vooral van belang is te beschikken over (natura) tarieven voor de onderscheiden functies. Het CTG is in februari gevraagd de eerste stap voor te bereiden onder andere door zo'n functietarief te ontwikkelen voor alle functies exclusief verblijf. Het CTG heeft 17 juni jl. geantwoord. In zijn antwoord constateert het CTG enerzijds dat in de gemoderniseerde AWBZ geen van de betrokken actoren financiële verantwoordelijkheid draagt. Anderzijds stelt het CTG voor om, in het kader van de harmonisering van tarieven bij de overgang naar een functiegericht model, de tarieven van de duurste producten te gebruiken voor de nieuwe maximumtarieven. De combinatie van deze constatering met dit voorstel plaatst de gemoderniseerde AWBZ in een verkeerd daglicht omdat daarmee de indruk wordt gewekt dat de modernisering van de AWBZ tot een forse kostenstijging zal leiden. Hoewel ik de noodzaak van harmonisering onderken, acht ik het voorstel van het CTG niet geëigend. Om de modernisering succesvol vorm te geven is met name op het punt van de tarifiering een andere insteek nodig. Een groot probleem wordt hierbij gevormd door het feit dat de huidige CTG-tarieven voor een belangrijk deel historisch zijn bepaald en niet kostenconform zijn opgebouwd. De historische benadering maakt met name de in te tarieven ingecalculeerde overhead diffuus en daarmee weinig transparant. Het recente benchmarkonderzoek in de thuiszorg laat zien dat een benadering waarin de reële kosten uitgangspunt zijn van de tariefsturing goed uitvoerbaar is. De insteek voor de toekomstige tarifiering zal wat mij betreft dan ook moeten worden verlegd van een historische naar een normatieve benadering. Daarbij kan dan tevens worden aangesloten op de benadering die wordt gehanteerd in het pgb. Natura-tarieven en pgb-tarieven kunnen zo gaandeweg vanuit een identieke basis in systematiek worden beoordeeld. De ombouw van een historische naar een normatieve insteek vergt een forse investering, niet in de laatste plaats voor het CTG. Met het CTG ben ik dan ook in overleg nader vorm te geven aan deze ombouw-operatie. Conform besluitvorming in de Ministerraad zal de opdracht voor dit onderzoek door de ministeries van Financiën, Economische Zaken en mijn ministerie worden geformuleerd en begeleid. Gegeven de complexiteit van dit vraagstuk wordt ook inschakeling van een ter zake deskundig extern bureau overwogen. Randvoorwaarde voor de modernisering van de AWBZ is dat er geen pakketverruiming of -beperking plaatsvindt. Dat uitgangspunt van niet «meer en niet minder» geldt ook voor het beslag op het macrokader en daarmee voor de te ontwikkelen bekostigings-systematiek.

In de brief van 19 april jl. is kort ingegaan op de samenhang tussen het systeem van vraaggestuurde bekostiging in de gehandicaptenzorg en de systematiek van de functiegerichte bekostiging. De systematiek van de vraaggestuurde bekostiging wordt per 1 januari 2003 ingevoerd en vormt voor de huidige zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg de basis voor latere inpassing in het systeem van functiegerichte bekostiging. De nieuwe systematiek van de vraaggestuurde bekostiging gecombineerd met het hierboven geschetste overgangsregime voor de bekostiging van de zorg in natura in 2003 (aanbieders op elkaars terrein) leidt ertoe dat het overgrote deel van de nieuwe producten (alle producten die niet aan

verblijf zijn gekoppeld) in de gehandicaptenzorg toegankelijk wordt voor anderen dan gz-aanbieders.

## **5. Hotel- en welzijnsfuncties**

In de brief van 19 april jl. heb ik het van belang van een sociale infrastructuur waarin cliënten die zorg nodig hebben een beroep kunnen doen op de normale maatschappelijke voorzieningen uiteengezet. In deze context heb ik aangegeven dat de CTG-beleidsregel «overige reikwijdteverbreding» voor de verzorgingshuizen in principe niet thuishoort in het verzekeringssysteem. Het beëindigen van deze beleidsregel is daarbij in het perspectief geplaatst van een nader te ontwikkelen dienstverleningsstelsel. In dat licht heb ik geconstateerd, dat het niet juist is oude schoenen weg te gooien voordat de nieuwe aanwezig zijn. Voor die nieuwe schoenen zijn de genoemde ontwikkeling van een dienstverleningsstelsel en de afspraken die hierover worden gemaakt van cruciaal belang.

## **6. Omslagpunten**

In de brief van 19 april jl. wordt beschreven op welke wijze het vraagstuk van de omslagpunten in een systeem van functiegerichte aanspraken wordt aangepakt. Essentieel in de benadering is dat de zorgbehoefte niet wijzigt naar plaats van levering. Of in de zorgbehoefte nu wordt voorzien in een intramurale of extramurale setting; de zorgbehoefte zelf verandert niet. Wat wel verschil uitmaakt, is dat zorglevering in een intramurale setting schaalvoordelen oplevert ten opzichte van een extramurale setting omdat het aantal uren zorgverlening als gevolg van ontbrekende reistijd hoger is. Daarom worden momenteel de opbrengsten in een intramurale setting als gevolg van meer productieve uren afgezet tegen de meerkosten van zo'n setting. De berekeningen hiervoor zijn momenteel nog niet afgerond.

In de brief wordt uiteengezet dat het voor de berekening van omslagpunten in een systeem van functiegerichte aanspraken niet mogelijk en ook niet zinvol is een vergelijking te maken tussen de kosten extramuraal en de gemiddelde kosten intramuraal. De gemiddelde kosten intramuraal houden immers geen rekening met de zorgzwaarte van iemand. Een functiegericht bekostigingssysteem houdt daar, doordat het uitgaat van functies en klassen, wel rekening mee. Zoals hierboven is aangegeven in paragraaf 4 wordt in 2003 nog niet overgestapt op een systeem van functiegerichte bekostiging. Dat betekent dat met ingang van 2003 het nieuwe systeem van omslagpunten niet kan worden ingevoerd. Het vraagstuk van de omslagpunten zal daarom in 2003 op dezelfde wijze worden benaderd als dat nu het geval is: het omslagpunt in natura wordt bepaald door een vergelijking te maken van de kosten extramuraal met de gemiddelde kosten intramuraal. Voor het pgb wordt in het verlengde hiervan in 2003 een systeem voorgesteld dat analoog is aan dat voor de naturazorg. Concreet zal voor de bepaling van het omslagpunt pgb worden aangesloten op de huidige regeling van het pgb-VV. Kort gezegd komt dit er op neer dat het zorgkantoor in principe geen pgb hoeft te verstrekken indien de kosten hiervan ten opzichte van de kosten intramuraal niet doelmatig zijn. Het zorgkantoor kan een maximum pgb toekennen van €300 per dag. Indien het zorgkantoor toch redenen ziet voor een hoger pgb kan zij het verzoek daartoe voorleggen aan het CVZ.

## **7. Eigen bijdrage**

In de gemoderniseerde AWBZ wordt een forse vereenvoudiging aangebracht in de eigen bijdragesystematiek. Het nieuwe eigen bijdragesysteem werkt als volgt: het indicatieorgaan besluit op welke zorgfunctie(s) en in welke klasse(n) de verzekerde is aangewezen. Het zorgkantoor bepaalt wat de som van de brutowaarden van de klassen is wanneer de verzekerde kiest voor een pgb. Vervolgens wordt de eigen bijdrage vastgesteld op een percentage van deze waarde. In geval van pgb wordt de eigen bijdrage in mindering gebracht op de vastgestelde brutowaarde. In geval wordt gekozen voor zorg in natura krijgt de verzekerde een rekening van het zorgkantoor. De eigen bijdrageplicht vangt aan op het moment van de daadwerkelijke levering van de zorg. De verzekerde betaalt nooit meer dan de voor hem geldende inkomensafhankelijke maximale bijdrage. Tot 18 jaar is geen eigen bijdrage verschuldigd.

In 2003 kan de nieuwe eigen bijdragesystematiek uitvoeringstechnisch worden ingevoerd voor het pgb. Voor zorg in natura zonder verblijf (extramuraal) is het uitvoeringstechnisch niet mogelijk de nieuwe systematiek in 2003 in te voeren. Voor 2003 wordt het huidige systeem voor zorg in natura dan ook gehandhaafd, met dat verschil dat ook in natura tot 18 jaar geen eigen bijdrage is verschuldigd. Dat betekent dat een eigen bijdrage extramuraal slechts is verschuldigd indien sprake is van levering van producten die nu door de thuiszorginstellingen worden geleverd, respectievelijk extramuraal zorg in de sfeer van verzorging en verpleging. Zoals hierboven in paragraaf 4 is beschreven is het in 2003 ook mogelijk dat andere dan de huidige instellingen deze producten leveren. In die gevallen geldt eveneens een eigen bijdrage. Gegeven het overgangsregime in de zorg in natura wordt bezien of en zo ja, welke consequenties dat heeft voor de eigen bijdrage in 2003 voor het pgb.

## **8. Uitvoering door zorgkantoor**

In de brief van 19 april jl. is aangegeven dat de invoering van het systeem van functiegerichte aanspraken met ingang van 2003 een verzwaring van de uitvoeringslast voor de zorgkantoren betekent. Bovendien is de invoering van het functiegerichte model niet het enige traject waar zorgkantoren bij betrokken zijn. Naast de functionalisering van de aanspraken lopen er trajecten gericht op de modernisering van de verantwoording en verslaglegging, de invoering van een AWBZ-brede zorgregistratie (AZR), de invoering van een nieuwe eigen bijdragesystematiek intramuraal, de visitatie en de benchmarking van zorgkantoren en de uitvoering van het nieuwe pgb. Overleg met het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland heeft erin geresulteerd dat met ingang van 1 januari de zogenaamde «voorkant» van de zorgketen (functiegerichte aanspraken en functiegerichte indicatiestelling) wordt gemoderniseerd, zodat de AWBZ-brede pgb-regeling kan worden ingevoerd en zorgaanbieders (bestaande toegelaten instellingen en nieuw toe te laten zorgaanbieders) op elkaars terrein en dus AWBZ-breed hun cliënten zorg kunnen leveren. De «achterkant» van de zorgketen (bekostigingssystematiek, verantwoording en zorgregistratie) blijft in ieder geval in 2003 geschoeid op de bestaande leest.

Concreet betekent dit dat met ingang van 1 januari de volgende situatie wordt bereikt.

Aan de voorkant van de keten:

- de functiegerichte aanspraken worden ingevoerd;
- de nieuwe AWBZ-brede pgb-regeling wordt ingevoerd;
- de indicatie wordt gesteld in termen van functies en klassen;
- de nieuwe eigen bijdragesystematiek voor pgb wordt ingevoerd.

Aan de achterkant van de keten:

- het indicatieorgaan geeft het indicatiebesluit door aan het zorgkantoor in termen van functies en klassen. Bij het indicatiebesluit wordt meegegeven welke producten gegeven dit besluit voor de verzekerde in aanmerking komen. Er vindt dus in 2003 een conversie plaats van nieuwe functies en klassen in bestaande producten. De conversie vindt geautomatiseerd plaats bij het indicatieorgaan. Ook de verzekerde krijgt de beschikking over het indicatiebesluit en de van daaruit geconverteerde producten;
- de producten uit de geconverteerde functies/klassen-indicatie worden opgenomen in de registratiesystemen die zijn gericht op wachtlijst-beheer en zorgbemiddeling (AZR/ZRS). Er worden geen fundamentele wijzigingen aangebracht in de registratiesystemen;
- de producten zijn de basis waarop afspraken worden gemaakt en tegen de achtergrond waarvan de verantwoording plaatsvindt;
- de bekostigingssystematiek blijft ongewijzigd. Wel worden de CTG-beleidsregels zodanig herschikt dat bestaande en nieuwe aanbieders alle bestaande producten zonder verblijf kunnen leveren. Er vindt dus ontschotting tussen sectoren plaats;
- de eigen bijdrage extramuraal wordt geënt op het huidig model.

## **9. Modeltrajecten**

Om de implementatie van de modernisering zo goed mogelijk te ondersteunen is in april jl. begonnen met het in de regio proefdraaien om de nieuwe systematiek op zijn uitvoerbaarheid te toetsen. Deze modeltrajecten hebben betrekking op de introductie van de AWBZ-brede indicatieformulieren, de informatie aan en ondersteuning van cliënten, de uitvoering van de pgb-regeling nieuwe stijl en de heroriëntatie van de zorg in natura met het oog op de vraagsturing. Om de ervaringen uit de modeltrajecten volop te kunnen benutten voor de invoering per 1 januari 2003 zullen de trajecten voor de invoering van pgb nieuwe stijl en de toepasbaarheid van de indicatieformulieren in de zomermaanden worden afgerond. Voor andere modeltrajecten is er meer tijd gegeven het implementatietijdpad.

De modeltrajecten passen in het in de modernisering van de AWBZ betrekken van de praktijk van alle dag. Naast de modeltrajecten zijn er de zogenaamde koplopers, die voorop gaan in de vernieuwing van de zorg.

## **10. Communicatie**

De communicatie is in de implementatie van de modernisering een belangrijk instrument. Met de verschillende actoren in de AWBZ is in de afgelopen periode overlegd over de invoering per 1 januari 2003. Met de cliënten- en patiëntenorganisaties is met name over de invoering van de AWBZ-brede pgb-regeling gesproken en met de brancheorganisaties over de voortgang en de overgangsproblematiek. Met de zorgkantoren en Zorgverzekeraars Nederland is de gefaseerde invoering, zoals in deze brief beschreven, uitgewerkt. In het kader van het convenant van ZN, CVZ en VWS zijn prioriteiten gesteld met het oog op de vele activiteiten, die in het kader van de modernisering van de AWBZ op de zorgkantoren afkomen.

In het 2e kwartaal is in 25 regionale bijeenkomsten de modernisering door het departement gepresenteerd. De grote belangstelling voor de bijeenkomsten en de reacties van de aanwezigen rechtvaardigen de conclusie, dat aan de doelstelling van de campagne om de moderniseringsplannen in het veld te presenteren en daarover een discussie te voeren, is voldaan. In bijgevoegde ten behoeve van de organisaties in het veld geschreven

brochure «klanten kiezen» is de modernisering van de AWBZ nog eens kort en bondig uiteengezet.<sup>1</sup>

Het verkeer op de website opkoppeling neemt toe en de inbreng op de regionale bijeenkomsten is een belangrijke bron voor de discussie op de website.

### **Tot slot**

De modernisering van de AWBZ kan -zo is gebleken in de communicatiecampagne- rekenen op brede steun. De omslag van aanbod- naar vraagsturing wordt in de zorg gezien als een noodzaak om de gewenste zorgvernieuwing mogelijk te maken. Om het aanwezige draagvlak vast te houden is het van groot belang het overgangstraject zorgvuldig in te richten en waar nodig faciliteiten te organiseren om knelpunten te signaleren en op te lossen. In dat licht past het, zoals aangegeven in mijn brief van 19 april jl. u hierbij te informeren over de uitwerking van de in deze «aprilbrief» genoemde punten, zodat de voorbereiding van de modernisering niet stagneert. Dit laat onverlet, zoals vermeld onder punt 2 in deze brief, dat het nieuwe Kabinet, na ommekomst van het advies van de Raad van State over de concept-amvb, zijn oordeel over de voortgang van de modernisering van de AWBZ kan geven.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. M. Vliegthart

---

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



Daartoe gemachtigd door de MR heb ik op 28 juni jl. het ontwerp-Besluit zorgaanspraken AWBZ aangeboden aan de Koningin ten behoeve van advisering door de Raad van State. Het ontwerp bevindt zich nu in het verkeer tussen de Koningin en de Raad van State en is dus niet openbaar. Ten behoeve van een goede communicatie met alle organisaties die zijn betrokken bij de uitvoering van het Besluit worden in deze notitie de belangrijkste punten kort aangegeven. Het Besluit is bedoeld in werking te treden met ingang van 1 januari 2003.

Het ontwerp-Besluit heeft betrekking op de natura-aanspraken. Deze worden ontdaan van hun huidige institutionele insteek en geformuleerd in functiegerichte termen. Als gevolg hiervan vervallen de sectorale schotten in de AWBZ en heeft de verzekerde aanspraak op zorg los van de leverende instelling. Het ontwerp-Besluit gaat niet over de eveneens met ingang van 1 januari 2003 in te voeren AWBZ-brede pgb-regeling. Wel bevat het essentiële elementen voor deze regeling, zoals de functies, de functiegerichte indicatiestelling en de bijdragen op basis van klassen. De nieuwe AWBZ-brede pgb-regeling wordt mogelijk gemaakt door middel van een subsidieregeling uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten op grond van art. 1p van de Ziekenfondswet.

Het ontwerp-Besluit onderscheidt zeven functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Gekoppeld aan de functies ondersteunende en activerende begeleiding in dagdelen bestaat aanspraak op vervoer indien de medische noodzaak daartoe in de indicatie is vastgesteld. Gekoppeld aan behandeling en verblijf bestaat aanspraak op geneeskundige behandeling van algemene aard (niet zijnde paramedische behandeling), farmaceutische zorg, hulpmiddelen noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg, tandheelkundige zorg, kleding verband houdend met het karakter en de doelstelling van de instelling en individueel gebruik van een rolstoel. Dit laatste is analoog aan de huidige situatie. Om in aanmerking te komen voor de functie behandeling onder de AWBZ is het niet nodig dat iemand in een instelling verblijft. De functie kan ook worden geïndiceerd voor thuiswonenden. Voorwaarde is dat het gaat om behandelingen van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of paramedisch-specialistische aard en dat de behandelingen gericht zijn op herstel of voorkomen van verergering van de aandoeningen of handicaps die ook toegang geven tot de andere AWBZ-functies.

Per functie wordt in het ontwerp-Besluit aangegeven wat de grond is op basis waarvan iemand aanspraak heeft op de functie. Tevens wordt per functie aangegeven wat het doel is van de inzet van de functie. Voor alle functies geldt dat de zorg die erin is begrepen wordt verleend door een instelling. De gemoderniseerde AWBZ wordt met andere woorden niet opengesteld voor vrije beroepsbeoefenaren. Uitzondering vormen de psychiater of zenuwarts. Hiermee wordt aangesloten op het huidige systeem van de AWBZ.

De functie huishoudelijke verzorging kan worden geïndiceerd indien sprake is van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of van een psychosociaal probleem. De aandoening, beperking, handicap of het probleem moet van dien aard zijn dat de verzorging van het huishouden van de verzekerde of de leefeenheid waartoe deze behoort, disfunctioneert dan wel dreigt te disfunctioneren. De huishoude-

lijke verzorging dient te zijn gericht op het ondersteunen bij of het overnemen van de activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden. Bij huishoudelijke verzorging kan worden gedacht aan allerlei zaken op het gebied van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL) zoals opruimen, schoonmaken, de was doen, verzorgen van huisdieren en planten, bed opmaken en de maaltijd bereiden.

De functie persoonlijke verzorging kan worden geïndiceerd indien sprake is van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of van een psychosociaal probleem. De persoonlijke verzorging dient te zijn gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Bij persoonlijke verzorging gaat het om allerlei zaken op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Gedacht kan worden aan wassen en kleden van de verzekerde (al dan niet op bed), douchen en baden, opmaken van de verzekerde, scheren, tandenpoetsen, huidverzorging inclusief decubituspreventie, aanbrengen prothese, hulp bij toiletgang, hulp bij eten en drinken, hulp bij beweging en houding (wissel ligging, oefenen van ledematen, tillen, ondersteunen bij verplaatsen of houdingscorrectie, vervoeren in rolstoel). Bij persoonlijke verzorging gaat het ook om het stimuleren van de zelfredzaamheid op ADL-gebied en het zo mogelijke aanleren van ADL-activiteiten.

Verpleging kan worden geïndiceerd indien sprake is van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of van een lichamelijke handicap. De verpleging dient te zijn gericht op herstel of voorkomen van verergering van de aandoening of handicap. Bij verpleging gaat het om het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen. Gedacht kan worden aan het toedienen van medicijnen of zuurstof, aanbrengen van infuus of katheter, wondverzorging, lichamelijke controles en het geven van injecties. Ook gaat het om het oefenen met verzekerde om zelf injecties te geven of om te gaan met zuurstof. Verpleging behelst ook onderzoek naar de gezondheid alsmede het geven van advies, instructie en voorlichting over hoe om te gaan met ziekte, preventie, hulpmiddelen etc. Bij verpleging kan het zeker ook gaan om palliatieve zorg.

De functie ondersteunende begeleiding kan worden geïndiceerd indien sprake is van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of van een psychosociaal probleem. Ondersteunende begeleiding dient te zijn gericht op bevordering of behoud van de zelfredzaamheid of bevordering van integratie van de verzekerde in de samenleving. Ondersteunende begeleiding neemt de aandoening, beperking of handicap voor gegeven aan en bouwt daarop verder. De begeleiding gaat dus uit van de (rest)mogelijkheden van de verzekerde. Bij ondersteunende begeleiding gaat het om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij. Gedacht kan worden aan het structureren van de dag, het in het kader van de doelstelling van de zorg vergezellen van de verzekerde, het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven en, met name als sprake is van een verstandelijke handicap, het bieden van een gezinsstructuur. De ondersteunende begeleiding vindt onder andere plaats door middel van ondersteunende of structurerende gesprekken of vormen non-verbale communicatie, het oefenen van dagelijkse vaardigheden en het stimuleren van gedrag dat bij de verzekerde aanwezig is. Afhankelijk van de situatie kan de zorg zowel individueel als in groepsverband (dagverzorging en dagopvang) worden geboden. Onder ondersteunende begeleiding wordt ook de huidige nachtopvang begrepen.

Activerende begeleiding kan worden geïndiceerd indien sprake is van gedrags- of psychiatrische problematiek, van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Activerende begeleiding is gericht op het herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychiatrische problematiek of op het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Activerende begeleiding onderscheidt zich van ondersteunende begeleiding doordat activerende begeleiding de aandoening, beperking of handicap niet voor gegeven aanneemt, maar juist daarop ingrijpt. Met activerende begeleiding wordt de verzekerde geleerd om te gaan met de (gevolgen van de) aandoening, beperking of handicap. Activerende begeleiding kan de vorm aannemen van het houden van inzichtgevende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van sociale vaardigheden, het geven van advies, voorlichting en instructie over aard en aanpak van de problematiek. Het case-management in de GGZ waarbij thuiswonende psychiatrische cliënten worden begeleid met het oog op onder andere het vroegtijdig herkennen en voorkomen van problemen die voortkomen uit de psychiatrische stoornis, is een goed voorbeeld. Net als bij ondersteunende begeleiding kan afhankelijk van de situatie de zorg individueel of in groepsverband worden geboden.

Behandeling kan worden geïndiceerd indien sprake is van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. De behandeling is altijd van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of paramedisch-specialistische aard. De behandeling dient te zijn gericht op herstel of voorkomen van verergering van de aandoening of handicap. Behandeling onderscheidt zich van activerende begeleiding in die zin dat bij activerende begeleiding de diagnose is gesteld en het bijbehorende onderzoek is verricht. De begeleiding richt zich op het leren omgaan met de (gevolgen) van de aandoening of handicap. Voor behandeling is kenmerkend dat de diagnose nog niet is gesteld en het onderzoek ten behoeve daarvan nog moet worden verricht. De behandeling is vervolgens gericht op het herstel of voorkomen van verergering van de aandoening of handicap, niet op het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening of handicap. Dit laatste vormt onderdeel van de functie activerende begeleiding. In de praktijk zullen behandeling en activerende begeleiding vaak hand in hand gaan. Toch is het zaak behandeling en activerende begeleiding goed uit elkaar te houden. Het feit dat activerende begeleiding, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, vaak wordt gegeven door personen die in hun beroepsgroep bekend staat als behandelaar, maakt van de te verrichten activiteit nog geen behandeling in de zin van de functie behandeling. Net zo min als uit de naam sociaal psychiatrische verpleegkundige kan worden afgeleid dat wat deze persoon doet, het bieden van de functie verpleging is.

Bij verblijf is aan de orde de noodzaak van een therapeutische leefklimaat of een beschermende woonomgeving waar permanent toezicht beschikbaar is. Verblijf omvat permanent verblijf en tijdelijk verblijf (logeeropvang). Verblijf gedurende de nacht (nachtopvang) is onderdeel van de functie ondersteunende begeleiding. Bij permanent verblijf staat het garanderen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven centraal. Bij tijdelijk verblijf staan herstel en het draaglijk maken van de gevolgen van de aandoening of handicap voorop of gaat het om het periodiek ontlasten van de mantelzorg.

Als gevolg van het functiegericht omschrijven van de zorgaanspraken wordt ook de indicatiestelling op een AWBZ-brede functiegerichte leest

geschoeid. Daartoe wordt in het ontwerp-Besluit het Zorgindicatiebesluit (ZIB) aangepast. Onderdeel van de wijziging van het ZIB is de introductie van een AWBZ-breed indicatieprotocol met daarin opgenomen een uniform AWBZ-breed indicatieformulier. Alle indicatiestellers (zowel die bij de RIO's, als die bij het LCIG en de LZA-teams) krijgen in het laatste kwartaal van 2002 een 5 daagse training in het gebruik van dit protocol en formulier. Het gebruiken van protocol en formulier wordt met een automatiseringsprogramma ondersteund.

De functiegerichte omschrijving van de aanspraken wordt in het ontwerp-Besluit doorvertaald naar de WZV en de WTG. Daartoe worden in het ontwerp-Besluit wijzigingen aangebracht in de amvb's die de reikwijdte van WZV en WTG aangeven.

Het toelatingsbeleid wordt als gevolg van het functiegericht worden van de aanspraken met ingang van 1 januari 2003 ontschot. Indien een instelling is toegelaten voor een functie, kan hij die functie AWBZ-breed inzetten. Uitzondering op deze regel vormt de functie verblijf. Bij verblijf wordt steeds aangegeven voor welke doelgroep de functie kan worden ingezet. De doelgroepen waarnaar wordt verwezen zijn de doelgroepen die ook worden genoemd bij de aanspraken. Het gaat om zorg te leveren aan mensen met somatische, psychogeriatrische en psychiatrisch aandoeningen of beperking en met verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicaps.

Tot slot wordt gekoppeld aan het functiegericht omschrijven van de aanspraken in het ontwerp-Besluit ook het Bijdragebesluit aangepast. Voor hoe hier in 2003 mee wordt omgegaan, wordt verwezen naar de brief waar deze notitie een bijlage bij is.