

Vergaderjaar 2007–2008

**26 631**

**Modernisering AWBZ**

**Nr. 254**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 april 2008

Dit is de eerste voortgangsrapportage invoering zorgzwaartebekostiging in 2008. De vorige rapportage dateert van 26 oktober 2007 (TK 2007–2008, 26 631, nr. 230). Op 6 november 2007 heb ik u tijdens het AO zorgzwaartebekostiging diverse zaken toegezegd (kamerstuk 26 631, nr. 234). In dit verslag komen deze aan de orde.

Deze voortgangsrapportage hanteert de indeling van de laatste voortgangsrapportage, zodat u de voortgang op de verschillende onderdelen systematisch kunt volgen.

**1. Algemeen**

De invoering van de zorgzwaartebekostiging nadert een volgende mijlpaal. Sinds 2006 wordt in samenspraak met zorgaanbieders, cliënten en zorgkantoren gewerkt aan de invoering. Partijen krijgen medio dit jaar inzicht in de financiële effecten. Zorgzwaartebekostiging is een nieuwe bekostigingswijze voor de zorg voor mensen met behoefte aan een beschermende woonomgeving en permanent toezicht van een begeleider of verzorgende, waarvan de financiële effecten in 2009 geleidelijk voelbaar worden. In 2007 zijn de prijzen van de zorgzwaartepakketten (zvp's) bekend gemaakt. Dat gaf zorginstellingen al een eerste mogelijkheid om de (financiële) effecten in beeld te krijgen.

Van juli tot eind 2007 zijn ruim 100 000 zvp-indicatiebesluiten door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) afgegeven. De invoering en het gebruik van de zvp's in de indicatiestelling is goed verlopen. Zorgzwaartebekostiging zal meer ruimte bieden aan zorgverlener en cliënt om in samenspraak keuzes te maken over het doel van de zorg en ondersteuning. Binnen het zorgzwaartepakket kan geschoven worden zonder dat dit leidt tot een nieuw indicatiebesluit.

De fase van «systeembouw» is afgerond in het najaar van 2007. Uit de pilots in 2006, het onderhoud in 2007 en de nadere toets op de zoge-

noemde beslisregels of algoritmen (begin 2008) is gebleken dat de zorgzwaartepakketen stabiel zijn en dat 97%<sup>1</sup> van de cliënten passen binnen een profiel. Voor de resterende cliënten worden aparte regelingen voor extreme en bijzondere zorgzwaarte gemaakt.

Het komende half jaar staat in het teken van het fijn slijpen en het aanpakken van (onbedoelde) nadelige effecten – voor specifieke cliëntgroepen en zorginstellingen – van de invoering van zzp's. Daarbij gaat het niet alleen om regels en systemen, maar ook om het in gang zetten van een andere manier van denken en werken. De invoering van zorgzwaartebekostiging maakt het noodzakelijk dat zorginstellingen hun bedrijfsvoering richten naar de kenmerken van de mensen aan wie ze zorg en ondersteuning geven. Dat is voor vele instellingen nog niet het geval. Ook is het van belang dat zorginstellingen werken aan een goede «intake» en een zorgplan waarin duidelijke doelen over de zorgverlening zijn opgeschreven. Partijen moeten zelf de geboden ruimte invullen.

Voorts zal ik de komende periode aandacht besteden aan de effecten van de invoering van zorgzwaartebekostiging voor één specifieke groep mensen, te weten cliënten met behoefte aan een volledig pakket («verblijf»), die er voor kiezen om thuis of in een kleinschalige woonvorm te (blijven) wonen (veelal betaalt men dan zelf de woonlasten). Later in deze rapportage kom ik op deze specifieke groep cliënten terug.

## 2. Stand van zaken per onderdeel

Sinds de voortgangsrapportage van oktober 2007 zijn de volgende mijlpalen gerealiseerd:

- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in december 2007 de prijzen van de zzp's opnieuw vastgesteld<sup>2</sup>; deze prijzen zijn herijkt naar aanleiding van de aanpassingen in een aantal zzp's en met name de CIZ-controle van de opgave zorgzwaarte door zorginstelling.
- Zorgkantoren en zorgaanbieders zijn vanaf februari 2008 gestart met het maken van productieafspraken in zzp's.
- NZa heeft eind februari een advies uitgebracht over de dagbesteding in de gehandicaptenzorg.
- Een nadere toets van de werking van het zzp-score-programma (in het bijzonder de onderliggende algoritmes) is afgerond, met als conclusie dat het systeem naar behoren werkt en dat aanpassingen op korte termijn niet noodzakelijk zijn.
- Gebruikersgidsen – als belangrijke informatiebron voor zorgverleners en cliënten – zijn geactualiseerd.

In de voorgaande voortgangsrapportages heb ik de voorwaarden genoemd voor de invoering van zorgzwaartebekostiging, te weten:

1. Per zorginstelling is er een betrouwbaar en door partijen gedragen beeld van de zorgzwaarte van de cliënten (paragraaf 3).
2. Voor het merendeel (95%) van de cliënten is er een passend zzp en per pakket is door de NZa een maximumprijs vastgesteld. Deze prijs is goed onderbouwd en voldoende stabiel voor de komende jaren (paragraaf 4).
3. De indicatiestelling is in zzp's, de cliënt kan kiezen voor het volledig pakket zorg in een instelling of thuis en voor elke cliënt wordt het geïndiceerde zzp doorvertaald naar een op maat gemaakt zorgplan (paragraaf 6).
4. Zorgaanbieders, cliënten en zorgkantoren zijn voorbereid om te werken met deze nieuwe systematiek (paragraaf 7).

In de volgende paragrafen licht ik deze punten toe. Voorts zal ik in deze voortgangsrapportage stil staan bij de effecten van de invoering zorg-

<sup>1</sup> Uit de zorgzwaartescores van zorgaanbieders blijkt dat circa 3% van de cliënten niet past in een zorgzwaartepakket en dat er sprake is van «extreme zorgzwaarte».

<sup>2</sup> Zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl), Beleidsregel invoering zorgzwaartepakketen 2008 (CA-208), december 2008.

zwaartebekostiging voor een aantal specifieke cliëntgroepen en zorginstellingen (paragraaf 5).

### **3. Betrouwbaar beeld van de zorgzwaarte van cliënten**

Sinds eind 2006 zijn zorginstellingen bezig met het in kaart brengen van de zorgzwaarte van hun cliënten. Dat is gebeurd door de inzet van vele medewerkers binnen de zorginstellingen. Dat heeft tijd gekost, maar tegelijk heeft dat geleid tot een zeer waardevol inzicht in de kenmerken en de zorgzwaarte van cliënten. Voor veel instellingen is dat de eerste maal dat men een samenhangend beeld heeft van de zorgzwaarte van de cliënten. In 2008 wordt deze informatie over de zorgzwaarte van cliënten door zorginstellingen en zorgkantoren benut voor het bepalen van het verschil tussen oud en nieuw budget.

#### *3.1 Landelijke aanpak voor regionale afspraken*

In samenspraak met alle betrokken partijen is er voor gekozen zo veel als mogelijk te komen tot een landelijke aanpak. Eind oktober 2007 heb ik alle betrokken verblijfsinstellingen en zorgkantoren een brief gestuurd over de belangrijkste stappen in 2007 en in 2008 met het oog op de volledige invoering per 1 januari 2009. In december 2007 heeft de NZa vervolgens alle zorginstellingen en zorgkantoren geïnformeerd via een circulaire en e.e.a. vastgelegd in een beleidsregel. Alle zorgaanbieders en zorgkantoren zijn daarmee goed en tijdig geïnformeerd over wat zij moeten doen.

#### *3.2 Totstandkoming productieopgaven 2008*

Naast de productieopgave in «oude» bekostigingsparameters (die leidend is voor de bekostiging van zorginstellingen in 2008) worden er ook productieafspraken gemaakt in zzp's. De opgave over 2008 vormt een actualisatie van de eerdere opgave uit 2007.

Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieder en zorgkantoor om te komen tot een gedragen opgave van de zorgzwaarte van de instelling. De zorginstelling is als eerste aan zet en maakt een transparante en zorgvuldige opgave. Eind februari hebben alle betrokken instellingen een opgave van de zorgzwaarte ingeleverd bij het regionale zorgkantoor. Instellingen doen eenmaal een dergelijke opgave.

Het is de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor om de opgave van de zorgzwaarte door de zorgaanbieder te beoordelen op zorgvuldigheid en betrouwbaarheid.

De zorgkantoren hebben daartoe op initiatief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een landelijk beoordelingskader ontwikkeld. Na de beoordeling door het zorgkantoor zijn er volgende vervolgstappen mogelijk:

- het zorgkantoor is akkoord met de opgave van de zorgzwaarte zoals opgesteld door de instelling. In dat geval is er sprake van een «tweezijdig verzoek» aan de NZa.
- Het zorgkantoor wil een nadere verduidelijking van de zorgaanbieder. Indien zorgkantoor na de verduidelijking akkoord is met de opgave, dan volgt het tweezijdig verzoek aan de NZa.
- Het zorgkantoor is niet akkoord en wenst een aangepaste opgave van de zorgaanbieder.

Deze opgave van de zorgzwaarte is de basis voor het vaststellen van het verschil tussen «oud» en «nieuw» budget. Tevens vormt dit de basis van een herallocatietraject waarin per instelling wordt bepaald in hoeveel tijd toegegroeid of afgebouwd wordt naar het nieuwe budget op basis van zzp's.

### 3.3 Inzet expertteams als ondersteuning

De opgave van de zorgzwaarte per instelling is niet vrijblijvend. Het heeft vergaande gevolgen voor de – meerjarige – financiële planning en bedrijfsvoering van een zorginstelling. Er hangt veel van af. Om die reden heb ik samen met betrokken partijen landelijke afspraken gemaakt om dit werkproces zo goed mogelijk te ondersteunen. Partijen hebben de mogelijkheid om een derde partij in te schakelen in die situaties waarin zorgaanbieder en zorgkantoor – ook na nader overleg – niet tot een gedragen beeld komen van de zorgzwaarte van cliënten. Die derde partij, *een expertteam*, helpt een zorgkantoor en zorgaanbieder om bij een verschil van inzicht alsnog te komen tot een gedragen beeld van de zorgzwaarte binnen een instelling. Het expertteam levert een zwaarwegend advies aan partijen over de zorgzwaarte van de totale cliëntenpopulatie in de betreffende instelling. Het expertteam heeft geen formele bevoegdheid, treedt op op verzoek van beide partijen en is inhoudelijk deskundig. Het expertteam is te vergelijken met een visitatiecommissie of een mediator.

Expertteams werken (zoveel mogelijk) in een vaste samenstelling van personen en zijn naar sector ingevuld. Een expertteam bestaat uit een onafhankelijk voorzitter, één of meer deskundigen op het gebied van zorg en met kennis van de sector, een medewerker van het CIZ (deze treedt op als adviseur). Het team wordt ondersteund door een secretaris. Het ministerie van VWS en de NZa besluiten gezamenlijk over de inzet van een expertteam.

## 4. Zorgzwaartepakketten en prijzen van de zzp's

Ik heb u in oktober 2007 per voortgangsrapportage geïnformeerd over de verbeteringen in de omschrijving van de zzp's zoals door mij vastgesteld in oktober 2007. Voor de in 2007 verbeterde zzp's heeft de NZa eind 2007 nieuwe prijzen vastgesteld.

### 4.1 Beslissingsondersteunend systeem getoetst

Bij de indicatiestelling wordt gebruik gemaakt van een beslissingsondersteunend systeem. Op basis van onderzoek naar de beperkingen van een cliënt wordt een voorstel gedaan voor het meest passende zzp. De indicatiesteller maakt de uiteindelijke keuze voor het best passende pakket. Dit systeem is aangepast op basis van de gewijzigde pakketindeling. In eerste instantie leidde dit tot veel vragen van met name instellingen in de verpleging en verzorging. Om die reden is op verzoek van ActiZ een uitgebreid onderzoek naar de validiteit van de aanpassingen uitgevoerd. Een soortgelijk onderzoek is uitgevoerd in de gehandicaptensector op verzoek van de VGN.

Het validatieonderzoek in de V&V-sector en de gehandicaptenzorg bevestigt dat het beslissingsondersteuningssysteem een goed hulpmiddel is bij het in kaart brengen van zorgzwaarte. Negen van de tien cliënten worden daarmee in het juiste pakket ingedeeld.

Voor de V&V 2008 was de vraagstelling of het beslissingsondersteunende systeem nog wel goed functioneert, in vergelijking met de versie van 2006. In het onderzoek zijn de zorgzwaartegegevens van 12 500 cliënten door 47 instellingen in de V&V nader onder de loep genomen. De 47 instellingen zijn een representatieve vertegenwoordiging van instellingen in de V&V. De deelnemers waren positief over de werking van het aangepaste systeem. De uitkomsten van het onderzoek zijn besproken in de Kerngroep V&V (VWS, ActiZ, ZN, NZa, LOC en CSO) en per januari 2008

ook het CIZ). Het CIZ betreft de uitkomsten van het onderzoek bij de doorlopende optimalisatie van dit beslisondersteunende systeem.

Voor mensen met een verstandelijke beperking is nader onderzoek gedaan naar de passendheid van twee zzp's VG06 en VG07 (beide gericht op gedragsproblematiek) en de werking van de algoritmen van deze pakketten; het gaat om ruim 17 000 cliënten. In het kader van dit onderzoek is een document met aanvullende criteria opgesteld, wat als doel heeft de keuze voor deze twee zzp's te ondersteunen. Vanwege de aard van het onderwerp (gedragsproblematiek) is hierbij gebruik gemaakt van de deskundigheid van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

Het onderzoek heeft uitgewezen dat de nieuwe profielen tot beter herkenbare zzp's hebben geleid en tot een betere afbakening van zzp's voor deze groep mensen. De aanvullende criteria die zijn opgesteld, zijn naar mening van de deelnemers goed bruikbaar bij het maken van een juiste keuze voor een zzp. Naar aanleiding hiervan wordt nu verkend of en op welke wijze deze criteria een plek kunnen krijgen in het werkproces van het CIZ ten behoeve van de indicatiestelling. Het onderzoek laat zien dat in veel gevallen de beslisregels naar een juist zzp leiden. Voor zzp VG06 wordt voor 80% van de cliënten het advies overgenomen, voor VG07 voor 98% van de cliënten.

In opdracht van het CIZ is door het adviesbureau PWC een nadere toets uitgevoerd van de werking van de beslisregels van het zzp-registratieprogramma. Op grond van deze analyse is geconcludeerd dat het adviesprogramma goed bruikbaar is voor de zzp-indicatiestelling.

#### *4.2 Aanpassing zzp's voor zintuigelijk gehandicapten*

Voor de zzp's voor mensen met een zintuigelijke beperking (in totaal ruim 1 700 mensen) zijn – mede op verzoek van de betrokken partijen – twee aanpassingen gedaan. Voor mensen met een visuele handicap is in de profielbeschrijving van het zwaarste zorgzwaartepakket een extra doelgroep onderscheiden: cliënten die veel begeleiding nodig hebben, bijvoorbeeld voortkomend uit gedragsproblematiek, in combinatie met een lage behoefte aan ondersteuning bij dagelijkse activiteiten (aankleden, wassen e.d.).

Voor mensen met een auditief/communicatief handicap is een extra zzp onderscheiden, omdat het verschil tussen de eerste twee pakketten voor deze groep mensen als te groot werd ervaren waardoor voor een bepaalde groep cliënten geen goed passend profiel werd gevonden. Deze aangepaste pakketten zullen vanaf 1 januari 2009 worden gehanteerd in de indicatiestelling. De aanpassingen hebben consequenties voor de productieopgave voor 2009 voor de zorgaanbieders. Om deze reden wordt het tijdspad dat is uitgezet voor 2008 voor deze sector nogmaals beoordeeld en waar nodig aangepast.

#### *4.3 Verduidelijking zzp's Geestelijke Gezondheidszorg*

In de GGZ is gebleken dat het onderscheid tussen de zzp's voor voortgezet verblijf en zzp's gericht op verblijf met ondersteuning en begeleiding niet voor alle partijen voldoende helder was. In januari 2008 is daarom een landelijke bijeenkomst georganiseerd waarbij het CIZ en het CVZ uitleg hebben gegeven over het onderscheid tussen beide pakketreeksen. Zorgverzekeraars Nederland en GGZ-Nederland hebben gezamenlijk een brief verstuurd naar alle zorgaanbieders en zorgkantoren over de wijze waarop het onderscheid tussen de B-reeks en de C-reeks moet worden uitgelegd.

#### 4.4 Cliënten met een extreme en buitengewone zorgzwaarte

Bij extreme zorgzwaarte gaat het om een zeer kleine groep cliënten van wie de zorg gezien de extreme zorgvraag van de cliënt niet in een zzp past. Hoewel de NZa-beleidsregel extreme zorgzwaarte vanaf 2009 van kracht zal worden, zal de NZa de beleidsregel medio 2008 al voorleggen aan partijen. Op basis van deze consultatie kan de NZa de beleidsregel eind 2008 nog aanpassen om daarna te komen tot een definitieve vaststelling en bekendmaking van de beleidsregel.

Momenteel onderzoek ik of naast een regeling voor extreme zorgzwaarte vanaf 2009 ook een regeling voor buitengewone zorgzwaarte noodzakelijk is. Bij buitengewone zorgzwaarte gaat het om cliëntgroepen die weliswaar niet zwaarder/duurder zijn dan het hoogste zorgzwaartepakket in een sector, maar waarbij mogelijk wel sprake is van specifieke omstandigheden die onvoldoende binnen de zorgzwaartepakketten tot uitdrukking komen. In overleg met betrokken partijen wordt ook gekeken hoe een dergelijke regeling – indien noodzakelijk – het beste vorm gegeven kan worden. De regeling zal betrekking hebben op een zeer beperkte, specifieke cliëntengroep. Bij de definitieve vormgeving van een dergelijke regeling zal ik er naar streven om de eenvoud van de zzp-systematiek in stand te houden.

#### 4.5 Goede prijzen voor de zzp's

Voor elk zzp moet een goede prijs bestaan. In de ontwikkeling van de zzp's is er veel aandacht geweest voor het aantal uren in de zzp's, maar uiteindelijk moet de prijs van het zzp voldoende zijn voor het leveren van goede en doelmatige geleverde zorg. De NZa werkt doorlopend aan het ontwikkelen van deze prijzen voor de zzp's. In juni 2007 was de eerste bekendmaking, vervolgens heeft de NZa op basis van nieuwe gegevens over de zorgzwaarte van cliënten deze prijzen herijkt. Dat wordt herhaald in mei, september en november van 2008. De NZa heeft een kostprijsmodel ontwikkeld dat de onderbouwing vormt van deze prijzen. Het is vervolgens voor instellingen van groot belang dat zij ook een goede onderbouwing maken van de kostprijs van een door hen geleverd pakket aan zorg. Elke instelling moet een goede balans vinden tussen de kosten, kwaliteit van de zorg en de vergoeding die een instelling ontvangt.

##### *Extra middelen voor »verpleeghuiszorg«*

Bij de behandeling van de begroting 2008 van VWS is met ingang van 2008 structureel € 250 miljoen extra toegekend voor de zorg voor «verpleeghuiszorg» in zorghuizen. De inzet van extra middelen maakt een groei van 5 000 tot 6 000 fulltime banen voor verpleegkundigen en verzorgenden mogelijk. Met ingang van 2009 zijn de middelen beschikbaar voor het verhogen van de prijs van de zzp's 5 t/m 10 in de V&V-sector.

Ook in 2008 wordt € 250 miljoen beschikbaar gesteld voor deze groep mensen. Om te voorkomen dat in 2008 een andere verdeelsystematiek wordt gebruikt voor het toedelen van de extra middelen dan in 2009 en latere jaren, wordt ook in 2008 voor de verdeling van de extra middelen voor de opgave van de zzp's 5 t/m 10 uit de V&V-sector gehanteerd. De zzp-productieopgave van de zorgaanbieders die voor 1 april 2008 bij de NZa moet zijn ingediend, is leidend voor de verdeling van de extra middelen.

##### *Dagbesteding in de gehandicaptenzorg*

Op 6 februari jongstleden heb ik van de NZa het rapport «Elke dag goed besteed» ontvangen. Eerder heb ik de NZa gevraagd een goed tarief voor dagbesteding in de gehandicaptenzorg te ontwikkelen. De NZa heeft mij

hierover geadviseerd en over de wijze waarop de keuzevrijheid van de cliënt voor dagbesteding het beste kan worden verwezenlijkt. De NZa heeft mij het volgende geadviseerd:

- Harmoniseer de tarieven voor dagbesteding voor extramurale en intramurale cliënten. De hoogte van het tarief wil de NZa baseren op de prijzen zoals eerder ontwikkeld voor de dagbesteding in de zzp's.
- Stel voor alle zzp's in de gehandicaptenzorg de omvang van de dagbesteding vast op 9 dagdelen. In de huidige zzp's varieert de omvang van de dagbesteding per cliëntgroep; deze is gebaseerd op onderzoek naar het daadwerkelijk genoten aantal dagdelen dagbesteding per cliëntgroep.
- Voer een kindtoeslag voor dagbesteding in. In de huidige zzp's is een dergelijke opslag niet verwerkt, omdat in de systematiek van de zzp's voldoende rekening wordt gehouden met de vaak extra zorgvraag van kinderen.
- Maak binnen het zzp de dagbesteding apart zichtbaar in de omvang en de prijs van het zzp. Door de inzet van vouchers kan de cliënt naar eigen inzicht en zonder last of ruggespraak met bijvoorbeeld de verblijfstelling kiezen voor de dagbesteding van voorkeur.

Het inzicht in de kosten en de kwaliteit van de dagbesteding in de gehandicaptenzorg is in de huidige bekostigingspraktijk beperkt. Met de aanbevelingen van de NZa wordt het mogelijk om hierin forse verbeteringen in aan te brengen. Ik ben dan ook positief over de aanbevelingen van dit rapport. Een definitief standpunt op alle aanbevelingen van de NZa zal ik in mei bekend maken. Ik zal daarbij ook de reacties van cliënten, zorginstellingen en zorgkantoren betrekken. Het is mijn inzet om mogelijke veranderingen per 2009 te realiseren. Vooruitlopend daarop wil ik de effecten van de adviezen van de NZa nog eens goed op een rij zetten en beoordelen.

Ik heb al eerder €40 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de dagbesteding in de gehandicaptenzorg. Deze middelen zal ik inzetten conform de adviezen van de NZa zoals opgeschreven in het rapport «elke dag goed besteed». Ook heb ik in 2008 e.v. € 10 miljoen extra beschikbaar gesteld voor dagbesteding voor kinderen met een ernstige meervoudige handicap.

#### *Bekostiging van behandeling, geneesmiddelen en (medische) hulpmiddelen*

In de huidige regelgeving over de aanspraken AWBZ (vastgelegd in het besluit zorgaanspraken, BZA) wordt onderscheid gemaakt naar instellingen die wel of niet zijn toegelaten voor het leveren van de functie behandeling. Daarmee hangt onder meer samen of de kosten voor behandeling (waaronder basis medische zorg), geneesmiddelen en hulpmiddelen worden bekostigd vanuit de AWBZ of de zorgverzekeringswet (ZVW). Gezien mijn streven te komen tot een glasheldere polis voor de AWBZ zal ik in 2008 en 2009 de bestaande regels ten aanzien van de bekostiging van behandeling en (medische) hulpmiddelen in stand laten. Dat betekent concreet dat voor cliënten die verblijven in zorginstellingen die zijn toegelaten voor de functie behandeling, de kosten van de behandeling, geneesmiddelen en (medische) hulpmiddelen worden betaald uit de AWBZ.

#### *Specifieke cliënten in de GGZ*

Voor de klinieken voor intensieve Behandeling (KIB's 75 plaatsen) en voor kinderen en jeugdigen (ongeveer 200 cliënten) is geconstateerd dat er zeer forse verschillen waren tussen de huidige bekostiging en de zzp-bekostiging. Voor de bekostiging van deze cliëntengroepen vindt nog nader onderzoek plaats. Voor deze cliëntengroepen hoeven in 2008 nog geen productieafspraken in zzp's te worden gemaakt.

#### *4.6 Zzp-prijzen en integraal tarief*

In de brief «Met zorg ondernemen» van 9 juli 2007 (TK 2006–2007 27 659 nr. 84) heb ik aangegeven dat per 1 januari 2009 de kapitaallasten van intramurale AWBZ-instellingen integraal worden opgenomen in de tarieven. Mede op grond van signalen uit de sector dat er te veel tegelijkertijd verandert, heb ik besloten om de integrale tarieven nog even uit te stellen.

In 2009 is er naast de prijs van een zzp nog sprake van een aparte kapitaallastenvergoeding per instelling per (toegelaten) plaats. In 2009 zal ik niet overgaan tot het invoeren van een zogenoemd integraal tarief: één tarief voor zowel de zorg als de kapitaallasten.

Ik geef in eerste instantie prioriteit aan het invoeren van de zorgzwaartebekostiging. Ik wil voorkomen dat instellingen in een te korte tijd te maken krijgen met een stapeling van maatregelen met financiële effecten. In juni – tegelijk met het verschijnen van de kabinetsvisie op de langdurige zorg – zal ik u meer gedetailleerd informeren over het beoogde eindperspectief wat betreft de bekostiging van kapitaallasten en de stappen die ik daarin wil zetten.

### **5. Effecten voor (specifieke) cliënten**

De invoering van zorgzwaartebekostiging leidt tot een betere verdeling van het beschikbare geld. Het houdt rekening met de zorgzwaarte van mensen. Zorginstellingen zullen met ingang van 1 januari 2009 de financiële gevolgen ondervinden en deze effecten zullen vervolgens geleidelijk worden toegepast. Daarmee wordt vermeden dat instellingen in korte tijd worden geconfronteerd met mogelijk grote financiële veranderingen. Door deze geleidelijke aanpak zullen ook de gevolgen voor bestaande cliënten in 2009 beperkt zijn.

Het afgelopen half jaar heb ik verschillende signalen ontvangen over de mogelijk nadelige effecten voor een aantal specifieke cliëntgroepen, te weten:

- Cliënten die met een zzp-indicatie thuis wonen en of in een andere woonvorm zelf de woonlasten betalen. Onder meer zijn dat bewoners van kleinschalige woonvormen, waarbij de cliënten al dan niet de woonlasten zelf betalen (paragraaf 5.1);
- Cliënten met behoefte aan dagbesteding in de GGZ en gehandicaptenzorg (paragraaf 5.2);
- Cliënten met een persoonsgebonden budget en een zzp-indicatie (paragraaf 5.3);
- Bewoners in joodse en Indische/Molukse zorghuizen (paragraaf 5.4).

#### *5.1. Met een zzp thuis of in een kleinschalige woonvoorziening*

Een cliënt heeft na de indicatiestelling de mogelijkheid om te kiezen voor zorg in natura of pgb. Ook kan de cliënt kiezen voor de woonvorm naar keuze: thuis (blijven) wonen, dan wel verblijf in een zorginstelling, danwel in een «tussenvorm»: de kleinschalige woonvorm. De keuze die de cliënt maakt staat los van (de omvang van) het indicatiebesluit dat het CIZ vaststelt.

Kleinschalige woonvormen zijn er binnen de muren van (grootschalige) AWBZ-instellingen, maar ook als zelfstandige locatie in de wijk. Het verschil is de bekostiging van het wonen door de AWBZ. Binnen de instelling worden de zorg en de woonlasten betaald vanuit de AWBZ. Buiten de instelling betalen de bewoners zelf de woonlasten; de zorg en ondersteuning die de bewoners krijgen, worden bekostigd vanuit de AWBZ of andere regelingen, bijvoorbeeld de WMO.



Een deel van de cliënten die verblijven in kleinschalige woonvoorzieningen hebben de noodzaak van 24-uurs-toezicht en een beschermde woonomgeving. Bij de indicatiestelling wordt voor hen een zorgzwaartepakket vastgesteld. Vanaf 2009 zal de prijs van het zzp bepaald zijn voor de bekostiging van de zorg voor deze mensen. Uit gegevens van het AZR en het CAK (over eigen bijdrage) van medio 2006 bleek dat ruim 16 000 mensen met een indicatie voor langdurig verblijf thuis de benodigde zorg – in natura – ontvangen. Het aantal mensen van deze groep dat verblijft in een kleinschalige woonvoorziening is niet bekend. Onder de houders van een pgb zijn er naar schatting ca. 2 000 mensen met een indicatie voor de functie verblijf. Deze mensen wonen niet in een intramurale instelling, maar wonen thuis of in een kleinschalige woonvoorziening.

De invoering van zorgzwaartebekostiging voor bestaande bewoners van kleinschalige zorgvoorzieningen moet zorgvuldig gebeuren. Allereerst is het van belang om een goed zicht te krijgen op de effecten voor deze cliënten. Om die reden is op mijn verzoek in 2007 een verkennend onderzoek gedaan naar de gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekostiging voor «kleinschalig wonen». Bureau HHM heeft twee verkennende onderzoeken uitgevoerd. Deze zijn als bijlage 2 en bijlage 3 bij deze rapportage gevoegd.<sup>1</sup>

#### *Kleinschalig binnen de instelling*

Het verkennende onderzoek van HHM toont aan dat voor kleinschalige woonvormen binnen een instelling, waarbij de woonlasten worden betaald vanuit de AWBZ, het budget op basis van de indicatieve zzp-prijzen gemiddeld 5% hoger is dan de vergoeding die de instellingen ontvangen op basis van de huidige bekostigingsparameters. Als het budget op basis van de indicatieve zzp-prijzen worden vergeleken met het budget dat de instellingen nu zeggen te besteden aan deze cliënten dan ligt het indicatieve zzp-budget gemiddeld 4% hoger. Net zoals dat voor grootschalige zorgverlening het geval is, zijn er instellingen die er in budget op vooruit gaan, maar ook instellingen die er in budget op achteruit gaan. Dit hangt samen met de zorgzwaarte van de cliënten. Gemiddeld genomen zijn de indicatieve zzp-tarieven voldoende om kleinschalige zorgverlening binnen een instelling mogelijk te maken.

#### *Kleinschalig buiten de instelling*

De «Verkenning effecten zorgzwaartebekostiging voor cliëntgroepen zonder verblijf» beschrijft de gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekostiging voor de cliënten die naar verwachting wel een zzp geïndiceerd zullen krijgen, maar *zelf de woonlasten betalen* (scheiden wonen en zorg). Dit onderzoek schetst een meer divers beeld van de gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

Voor de groep mensen in de *V&V sector* (die individueel wonen in een geëxtramuraliseerd verzorgingshuis, of in groepsverband in een kleinschalige woonvoorziening) is in het rapport (tabel 8 van bijlage 2) een vergelijking gemaakt van de indicatieve zzp-tarieven<sup>2</sup> en de financiële vertaling van de zorg die deze cliënten op dit moment gemiddeld genomen geleverd krijgen. Voor cliënten die vallen in zzp 1 (lichte verzorgingshuisbewoner) en 10 (palliatief-terminale zorg) zijn de indicatieve zzp-prijzen hoger dan de huidige geleverde zorg. Voor de overige pakketten zijn de zzp-prijzen lager. Indien een gewogen gemiddelde wordt berekend dan zijn de zzp-prijzen gemiddeld 2% lager dan de zorg die op dit moment aan deze cliëntengroep wordt geleverd.

Op basis van deze verkenning heb ik een eerste beeld gekregen van de (mogelijke) effecten van de invoering van zorgzwaartebekostiging voor

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

<sup>2</sup> Er is uitgegaan van de tarieven zoals in juli 2007 gepubliceerd door de NZa, tarieven inclusief verblijfsdiensten, exclusief behandeling.

kleinschalige woonvormen of geëxtramuraliseerde zorgvoorzieningen in de verpleging&verzorging. In mei van dit jaar zal de NZa de prijzen van de zzp's wederom herijken. Dat leidt tot een mogelijk aangepast (financieel) beeld.

In de *gehandicaptensector* is in de genoemde verkenning naar drie groepen gekeken.

- 1) Cliënten die bij zorgaanbieders in kleinschalige woonvormen verblijven en zelf hun woonlasten betalen.
- 2) Cliënten die zorg hebben geregeld via ouderinitiatieven (betreft circa 1 000 cliënten)
- 3) Cliënten uit de Thomashuizen (met behulp van een pgb, betreft circa 165 cliënten).

Voor sommige van de zzp's uit het verkennende onderzoek van HHM geldt dat de omvang van de onderzoekspopulatie tamelijk gering is. Voor een deel is het onderzoek dan ook niet representatief, maar geeft wel een eerste beeld van de financiële effecten.

**Tabel 1. Geleverde zorg in diverse zorgvormen vergeleken met indicatieve zzp-prijs (in deze tabel zijn alleen zzp's weergegeven waar meer dan 5 cliënten in zijn opgenomen).**

zzp	Geleverde zorg in zorginstellingen op basis van scheiden van wonen en zorg (€ per week)	Geleverde zorg in ouderinitiatieven (€ per week)	Geleverde zorg Thomashuizen (€ per week)	zzp-prijs incl dagbesteding (€ per week)
VG1	378	822		600
VG2	397	782		706
VG3	545	815	899	819
VG4	496	973	1 185	908
VG5	384	1 501	1 195	1 160
VG6	798	1 641		1 027
VG7	282		1 352	1 472
LG1	430			792
LG2	646			991
LG7	1 626			1 287
ZG aug3	885			1 753

Zoals uit de tabel blijkt is voor de meeste zzp's in de kleinschalige zorginstellingen de zzp-prijs (soms fors) hoger dan de huidige geleverde zorg. Voor de ouderinitiatieven en Thomashuizen is de prijs van het zzp (eveneens inclusief dagbesteding) over het algemeen (fors) lager dan de huidige geleverde zorg.

Uit de verkenning blijkt dat de effecten voor vergelijkbare cliënten fors verschillen. Met andere woorden: afhankelijk van de gekozen zorgvorm verschilt het effect van de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Dat wordt verklaard door de indicatiestelling in het verleden (voor 1 juli 2007). Voor vergelijkbare cliëntengroepen die wonen in verschillende woonvormen zijn er flinke verschillen in de omvang van de afgegeven indicatiebesluiten. In het verkennende onderzoek van HHM hebben de instellingen hun cliënten op een uniforme wijze ingedeeld in zorgzwaartepakketten en vervolgens is deze indeling afgezet tegen de geïndiceerde zorg (in functies en klassen) en de geleverde zorg. Uit de verkenning wordt duidelijk dat de indicaties van bewoners in Thomashuizen en ouderinitiatieven hoger zijn dan de indicaties van vergelijkbare bewoners in kleinschalige woonvoorzieningen van zorgaanbieders. Voor Thomashuizen is de gemiddelde omvang van de indicatie 50 uur; bij bewoners van reguliere instellingen is dat gemiddeld 26 uur per week. De keuze van een zorgvorm heeft op dit moment dus blijkbaar invloed op de hoeveelheid geleverde zorg. Het gaat hier immers om cliënten met eenzelfde zorgzwaarte. Met de indicatie in ZZP's zal de indicatie voor vergelijkbare cliënten meer uniform geschieden

op basis van de beperkingen van de cliënt onafhankelijk van de gekozen zorgvorm.

Op basis van deze cijfers constateer ik in eerste instantie dat de effecten van de invoering zorgzwaartebekostiging voor deze cliëntgroepen in de verpleging&verzorging en gehandicaptenzorg tot zeer diverse uitkomsten leiden. Mijn uitgangspunt blijft dat de tarieven van de zzp's ook geschikt moeten zijn voor de bekostiging van de zorg in kleinschalige voorzieningen, waar de zorg in geclusterde vorm wordt aangeboden. Voor een zorgvuldige invoering voor deze groep cliënten neem ik de volgende maatregelen:

- De *bestaande cliënten van Ouderinitiatieven en Thomashuizen* lijken er met de komst van de zorgzwaartebekostiging in budget op achteruit te gaan ten opzichte van de huidige situatie. Ik vind het niet wenselijk als de continuïteit van deze zorgvormen in gevaar komt. Deze initiatieven zijn een toonbeeld van creatief ondernemerschap en (vanwege het kleinschalige karakter) vernieuwing in de zorg. Om die reden zal ik er voor zorgen dat er voor bestaande cliënten van deze initiatieven een redelijke overgangstermijn komt van 3 jaar waarin cliënten geleidelijk kunnen wennen aan het nieuwe budget dat hoort bij een ZZP-indicatie. Deze groep bestaande cliënten zal gedurende de periode 2008 – 2011 jaarlijks worden geïnformeerd over deze wijzigingen, zodat zij niet in 2012 worden verrast door een dergelijke verandering in budget (positief dan wel negatief). Voor nieuwe cliënten van dit soort initiatieven zal – als de cliënt geïndiceerd wordt voor een zzp – de bekostiging van de zorg gebaseerd worden op de prijs van het zzp.
- In overleg met Zorgverzekeraars Nederland is een overgangsregeling gemaakt voor *bestaande* cliënten van een voormalig intramurale zorgaanbieder (nu: geëxtramuraliseerd huis), die door de zzp-indicatie substantieel achteruit gaan in de zorgcomponent, die daartegen bij het zorgkantoor protesteren en waarbij de problemen niet kunnen worden opgelost middels substitutie tussen functies. Deze overgangsregeling geeft het zorgkantoor de mogelijkheid in 2008 de spelregels voor overbruggingszorg van toepassing kan verklaren (tot uiterlijk 31 december 2008). Hiermee kan de zorgverlening voor deze cliënten in 2008 op hetzelfde niveau blijven als in 2007 en ondervindt ook deze cliëntengroep geen nadelige financiële effecten van de invoering van de zorgzwaartebekostiging.
- Van zorginstellingen en patiëntenorganisatie heb ik signalen ontvangen over knelpunten rondom «extramuralisering». In het bijzonder gaat het dan om de continuïteit van zorgvoorzieningen, waarbij de cliënten zelf de woonlasten betalen. Veelal zijn dit geclusterde woningen, waarin mensen zelfstandige wonen. De knelpunten die worden genoemd zijn divers en verschillend per gemeente. Soms zijn er problemen rondom de huishoudelijke verzorging, soms zijn er zorgen over genoeg geld voor het in stand houden van ruimten voor welzijn en recreatieve activiteiten, er zijn vragen over de financiering van de woningen. Ook de invoering van zorgzwaartebekostiging wordt door meerdere partijen genoemd. Binnenkort gaan mijn ambtenaren samen met mensen uit de praktijk in kaart brengen welke knelpunten er zijn en wat er gedaan kan worden om deze weg te nemen. Ook cliëntenorganisaties worden hierbij betrokken. Het beleid om zelfstandig wonen te bevorderen staat niet ter discussie. We zullen bekijken hoe dit gestimuleerd kan worden tegen de achtergrond van financiële redelijkheid ten opzichte van intramurale voorzieningen.
- Voor mensen met een zzp-indicatie die er voor kiezen om zelf de woonlasten te betalen (zelfstandig thuis dan wel in een kleinschalige woon-

vorm) zal ik de regeling Volledig Pakket Thuis aanpassen. Deze regeling is al sinds 1 juli 2007 van kracht. De regeling zorgt er onder meer voor dat cliënten de keuzevrijheid hebben om thuis, in een kleinschalige woonvorm of in een instelling zorg te krijgen (wel binnen de randvoorwaarde dat de zorgaanbieder de zorg ook daadwerkelijk verantwoord kan leveren), stimuleert zorginstellingen om vernieuwende zorgarrangementen te ontwikkelen voor cliënten die buiten de muren van een instelling zorg willen krijgen, en stimuleert het scheiden van wonen en zorg, aangezien cliënten zelf de woonlasten betalen.

Op dit moment bestaat er een regeling (sinds juli 2007), maar is hij qua werking sterk ingeperkt door twee condities, namelijk:

1. het volledig pakket thuis mag alleen geleverd worden door voor de functie «verblijf» toegelaten instellingen, zogenoemde intramurale instellingen. Thuiszorginstellingen zijn hiermee in 2008 nog uitgesloten om zorg te leveren aan deze groep.
2. indien zorginstellingen deze zorg bij cliënten thuis willen en kunnen leveren, dan kan dit alleen als er een intramuraal bed vrijkomt bij de instelling. In feite gaat de levering van het volledig pakket ten koste van de gecontracteerde plaatsen. Zorg thuis leveren voor een cliënt betekent dat de instelling een bed moet vrijhouden.

De beoogde regeling voor het jaar 2009 e.v. moet het «gelijke speelveld» garanderen en de beperking in de contractering opheffen. Ook zal in het kader van deze regeling de aanspraak «verblijf» worden omgezet in een aanspraak op een volledig pakket. Ik heb een uitvoeringstoets aangevraagd bij het CVZ en de NZa. De uitkomsten daarvan betrek ik bij de nadere vormgeving van deze regeling.

#### *ADL Clusterregeling*

Ongeveer 1000 mensen met een ernstige lichamelijke handicap wonen in een ADL-clusterwoning. Voor de ADL-clusters gelden bijzondere regelingen. In de Regeling subsidies AWBZ zijn drie regelingen opgenomen op het gebied van ADL-clusters: het verwezenlijken van ADL-clusters; aanpassingen in bestaande ADL-clusters; ADL-assistentie in ADL-clusters. Het vorige kabinet heeft besloten deze drie subsidieparagrafen te beëindigen en aan te sluiten bij bestaande regelgeving (26 631, nrs. 143 en 182). Daarvoor waren goede argumenten: het concept is niet langer per se afhankelijk van subsidies. Er kan worden aangesloten bij reguliere regelingen en verantwoordelijkheden. Woningbouw is niet een verantwoordelijkheid van de AWBZ, woningaanpassingen kunnen via de Wmo, en ADL-assistentie kan regulier worden geleverd op grond van bestaande gemoderniseerde verzekeringsaanspraken. In de praktijk komen dan ook vergelijkbare voorzieningen tot stand zonder AWBZ-subsidies.

Wat betreft de onderdelen bouw en aanpassingen moeten naar mijn mening per 1 januari 2009 bestaande regelingen worden aangesproken. Daarover ben ik in overleg met de VNG en het Ministerie van WWI. Voor het zorgdeel (ADL-assistentie) is voorzichtigheid geboden. Net als voor Thomashuizen/ouderinitiatieven wil ik een overgangperiode van 3 jaar instellen voor bestaande ADL-clusters. Voor bestaande ADL-clusters wil ik de regeling voor ADL-assistentie in de lucht houden tot 1 januari 2012. Voorts ga ik het CVZ verzoeken wat te doen aan de situatie dat deze bewoners van ADL-clusters geen eigen bijdrage betalen voor de assistentie terwijl andere gehandicapten in andere typen voorzieningen voor AWBZ-zorg wel een eigen bijdrage betalen.

#### *5.2 Dagbesteding GGZ en GHZ*

In 2008 is voor sommige cliënten in de GGz en GHZ nog sprake van gescheiden stromen voor de financiering van de dagbesteding en van de

woonzorg. Substitutie tussen beiden is in 2008 niet mogelijk. Zou een cliënt in 2008, door een ontvangen zzp-indicatie, een substantiële achteruitgang in de deelname aan dagbesteding ondervinden, en hiertegen protesteren, dan kan het zorgkantoor toestemming geven om het «oude niveau» van dagbesteding te continueren, uitsluitend in 2008.

### *5.3 Houders van een persoonsgebonden budget*

Voor de bestaande groep PGB-houders (met een indicatie voor verblijf/zzp) is een overgangsregeling (motie Van Miltenburg) die er voor zorgt dat ook zij niet eerder dan per 1 januari 2009 de gevolgen ondervinden van de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

De bekostiging van de AWBZ-zorg wordt in de toekomst meer persoonsvolgend dan nu het geval is. In de huidige regeling voor extreme zorgzwaarte kunnen alleen instellingen een beroep doen op de regeling extreme zorgzwaarte. Omdat dit niet past bij een persoonsvolgend bekostigingssysteem, wil ik de door de NZa nog te ontwikkelen regeling extreme zorgzwaarte ook openstellen voor PGB-houders. Dit geldt evenzeer voor een eventuele regeling buitengewone zorgzwaarte.

### *5.4 Gevolgen voor joodse huizen en Indische/Molukse huizen*

In een brief van 10 december 2007 (DLZ-CB-U-2810 686) heb ik mijn toezegging herhaald die ik in het algemeen overleg van 6 november 2007 heb gedaan, namelijk dat ik in mijn rol als verantwoordelijk bewindspersoon voor oorlogsgetroffenen zal toezien dat voor extra kosten die te maken hebben met de verwerking van de gevolgen van de oorlog ook in de toekomst wordt voorzien in de bekostiging. De toezegging in de hiervoor genoemde brief had betrekking op de toeslag voor bijzondere kosten voor Joodse Verzorgingshuizen. Deze toezegging geldt ook voor de kosten die te maken hebben met het verwerken van de gevolgen van de oorlog voor bewoners van Indische/Molukse huizen.

Zoals eerder gemeld, wacht ik de beslissing af van de NZa over de continuering van de toekenningen die voorheen werden gedaan in het kader van bestendig beleid. De NZa neemt hierover in april een beslissing. Ik wil de extra vergoeding die te maken heeft met de verwerking van de gevolgen van de oorlog afbouwen op basis van landelijke cijfers van de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) over het aantal mensen met een financiële ondersteuning. De exacte uitwerking van de regeling moet nog plaatsvinden.

## **6. Indicatiestelling, zorgplan**

### *6.1 indicatiestelling in zzp's*

Voor de indicatiestelling door het CIZ is het uitgangspunt dat cliënten met een vergelijkbare zorgbehoefte een gelijke hoeveelheid zorg en een gelijke hoeveelheid budget ontvangen. Het CIZ doet dit objectief en onafhankelijk. De procedure die het CIZ hanteert om een cliënt te verbinden aan een zorgzwaartepakket is gericht op het waarborgen van deze objectiviteit. De indicatiesteller houdt daartoe rekening met «gebruikelijke zorg» en de mogelijke aanwezigheid van een mantelzorger. De indicatiesteller kijkt hierbij zuiver naar de zorgbehoefte van de cliënt. Indien deze zorgbehoefte gepaard gaat met «verblijf»<sup>1</sup>, dan ontvangt de cliënt een indicatiebesluit dat verwijst naar een zorgzwaartepakket. Vervolgens wordt vastgesteld welk zzp het best past bij de betreffende cliënt. De indicatiesteller betreft daarbij niet de specifieke wensen van een cliënt wat betreft de keuze voor een instelling, de keuze voor een bepaalde woonvorm of de keuze voor zorg in natura of een PGB. Dat is niet een zaak van indicatiesteller, maar gebeurt in samenspraak tussen cliënt, zorgkantoor en zorgaanbieder.

---

<sup>1</sup> Voor mensen die geen regie hebben over het eigen leven en niet (langer) zelfredzaam zijn. Het zijn mensen met behoefte aan zorg en verblijf/wonen in een beschermde omgeving, waarbij zorgverleners of begeleiders 24-uur beschikbaar zijn voor zorg of toezicht. Voorts kan het zijn dat de cliënt behoefte heeft aan behandeling, met daardoor de noodzaak van aanwezigheid van bijvoorbeeld een plek waar die behandeling gegeven kan worden («therapeutisch leefklimaat»).

Sinds de start van de indicatiestelling in zzp's heeft het CIZ in de periode 1 juli-31 december 2007 ruim 100 000 van dergelijke indicatiebesluiten vastgesteld.

Na het 1e kwartaal van 2008 worden indicatiestelling en beslisregels geëvalueerd.

### *6.2 Aanpak bestaande cliënten zonder indicatiebesluit*

Vanaf mei 2008 worden bestaande cliënten die niet beschikken over een rechtsgeldig indicatiebesluit voorzien van een indicatiebesluit dat verwijst naar een zzp. Het betreft voornamelijk cliënten die verblijven in een instelling voor gehandicaptenzorg. Voor deze aanpak van «non indicaties» wordt gebruik gemaakt van de zorgzwaarte-gegevens van cliënten zoals verzameld door zorgaanbieders.

### *6.3 Zorgplan*

De concept AMvB Zorgplan, waarmee zorgaanbieders worden verplicht in samenspraak met de cliënt een zorgplan te maken, is in voorbereiding. Doel van dit besluit is de positie van de cliënt wezenlijk te versterken. Dat beoog ik door het verplicht stellen dat het zorgplan in samenspraak tussen cliënt en zorgverlener tot stand komt. Daarmee krijgt de cliënt rechtstreeks inspraak in de invulling van zijn dagelijkse zorgverlening.

Punt van aandacht zijn de administratieve lasten van een dergelijke verplichting. Om die reden is er in ieder geval voor gekozen om dit besluit niet van toepassing te laten zijn op alle cliënten die langdurig zorg of ondersteuning ontvangen. De reikwijdte is beperkt tot cliënten die zorg ontvangen als omschreven bij of krachtens de AWBZ. Ondersteuning die wordt verleend op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) valt niet onder de werking van dit besluit, waardoor voor cliënten die huishoudelijke verzorging ontvangen geen plicht bestaat een zorgplan te maken. Ook cliënten die slechts kortdurend zorg nodig hebben, vallen buiten de zorgplanverplichting.

Ik verwacht de concept AMvB dit voorjaar nog aan de Raad van State voor advies te kunnen aanbieden.

## **7. Zorgaanbieders, cliënten en zorgkantoren zijn voorbereid**

Zorgzwaartebekostiging wordt geleidelijk ingevoerd. In 2006 zijn instellingen actief gestart met de voorbereidingen. In 2008 zijn de huidige bekostigingsregels nog van kracht. Instellingen en bestaande cliënten ondervinden in 2009 de eerste (financiële) effecten van deze nieuwe bekostigingswijze. Met het oog op dit tijdpad hebben betrokken partijen voldoende tijd zich voor te bereiden op de invoering.

### *7.1 Tijdelijke veranderlast en duurzame vereenvoudiging*

De invoering van een nieuw bekostigingssysteem legt tijdelijk beslag op de tijd en inzet van personeel in zorginstellingen. Dat is ook aan de orde bij de invoering van dit bekostigingssysteem. Instellingen zijn onder meer gevraagd om de zorgzwaarte van hun cliënten in beeld te brengen. Voorts merk ik dat vele instellingen daadwerkelijk hun bedrijfsvoering gaan richten naar de cliënten. Dat betekent dat men veranderingen moet doorvoeren in de wijze waarop de administratie is ingericht. Dat zijn eenmalige ingrepen. Het voordeel hiervan is dat op termijn de instelling meer zicht krijgt op cliënten, de zorg die zij krijgen en de inzet van middelen die daarmee gepaard gaat.

Hetzelfde geldt voor het gebruik van het zorgplan: alle partijen zijn overtuigd van het belang van goede afspraken tussen cliënt en zorgverlener

over de doelen en kwaliteit van zorg. Andere kant van de medaille is dat dit tijd vraagt van de zorgverlener om het gesprek te voeren met de cliënt of zijn/haar verwanten of vertegenwoordigers.

Juist daarom is het van belang dat de invoering van zorgzwaarte-bekostiging leidt tot duurzame vereenvoudigingen. Onder meer in de indicatiestelling en de verantwoording van de geleverde zorg moet dit worden gerealiseerd. Voor de indicatiestelling is het project «vereenvoudiging indicatiestelling» een speerpunt. Het feit dat instellingen op een betrouwbare wijze de zorgzwaarte van cliënten hebben gemeten is belangrijk in dat perspectief. Ook wil ik zorgkantoren de komende jaren aanzetten om de verantwoordingslast voor instellingen tot het minimum te beperken. Geen verantwoording in uren of minuten, maar een aanduiding van geleverde aantal dagen zorg per zzp.

## *7.2 Cliënten*

### *Voorlichtingstraject door cliëntorganisaties*

De afgelopen maanden hebben de landelijke cliëntorganisaties voorlichting gegeven aan cliëntenraden en vrijwillige belangenbehartigers over zorgzwaartepakketten. Per sector (V&V, GZ en GGz) zijn train de trainerbijeenkomsten georganiseerd. Vervolgens zijn er ongeveer 75 bijeenkomsten gehouden, waar cliëntenraden en vrijwilligers uitleg hebben gekregen over de zorgzwaartepakketten.

De cliëntorganisaties hebben een brochure gemaakt over zorgzwaartepakketten. Deze is naar alle cliëntenraden en vrijwillige belangenbehartigers gezonden. De brochure bevat naast algemene informatie specifieke informatie over de rol van cliëntenraden en vrijwilligers bij de invoering van zorgzwaartepakketten. De eerste 10 000 exemplaren zijn vergeven; een herdruk is verschenen.

Daarnaast hebben de cliëntorganisaties informatie over de zorgzwaartepakketten verspreid via websites en tijdschriften/nieuwsbrieven van de cliëntorganisaties. Ten slotte worden de meest gestelde vragen verzameld. Deze zullen via websites en tijdschriften/nieuwsbrieven worden verspreid.

Deze uitgebreide voorlichting is gebeurd met hulp van een subsidie van het Fonds PGO op basis van extra door mij ter beschikking gestelde middelen. Binnenkort zal Per Saldo een soortgelijk traject uitvoeren ten behoeve van houders van een pgb.

### *Vermijden urenfixatie*

Tijdens het vorige algemeen overleg en in de voortgangsrapportage van oktober 2007 heb ik mijn zorgen uitgesproken over de toenemende urenfixatie. Het moet gaan over de beoogde uitkomsten van de zorg en niet over minuten of uren zorg of ondersteuning die wordt geleverd. Hierover ben ik in gesprek gegaan met ActiZ en de cliëntorganisatie LOC. Daaruit kwam naar voren dat zowel instellingen als cliënten schrikken van een ontwikkeling waarin «onderhandeld» wordt over uren. Partijen gaven dan ook aan dat het een goede stap zou zijn om de vermelding van het aantal uren op het indicatiebesluit achterwege te houden. Naderhand bleken ook andere cliëntorganisaties dit standpunt te delen. Ik zal dan ook per 2009 het aantal uren niet meer laten vermelden op het indicatiebesluit; tegelijk overweeg ik om op het indicatiebesluit de financiële waarde van het zorgzwaartepakket te vermelden. Dit past in mijn streven tot het invoeren van een persoonsvolgende bekostiging. Op dit moment ben ik bezig om de effecten van een dergelijke maatregel in kaart te brengen en te bezien op welk moment een dergelijke maatregel van kracht kan worden.

### *Gebruikersgidsen*

De gidsen voor de geestelijke gezondheidszorg, verpleging en verzorging en de gidsen voor mensen met een verstandelijke en lichamelijke beper-

king zijn gewijzigd naar aanleiding van de gewijzigde pakketindeling. Voor de cliëntengroep licht verstandelijk gehandicapten die verblijven in een behandelcentrum worden in april 2008 voor het eerst de gebruikersgidsen verspreid.

De gebruikersgidsen voldoen in een grote behoefte. Van de eerdere versie zijn 100 000 exemplaren uitgedeeld.

### *7.3 Voorbereiding Zorgaanbieders*

#### *Financiële effecten*

Ik wil voorkomen dat door de invoering van zorgzwaartebekostiging de continuïteit van instellingen en met name de continuïteit van de zorgverlening aan cliënten in gevaar komt. Allereerst zal de NZa in mei van dit jaar bekend maken op welke wijze de financiële herallocatie zal plaatsvinden. Dan krijgen instellingen meer informatie over het tempo waarin de op- of afbouw van het budget zal plaatsvinden. De NZa zal in mei 2008 starten met het onderzoek bij aanbieders met grote verschillen tussen het huidige budget en het zzp-budget. Indien de continuïteit van zorg in gevaar komt zijn bestaande regelingen en faciliteiten voor zorginstellingen beschikbaar.

#### *Aanpassingen in bedrijfsvoering*

De invoering van de zzp's vereist van de zorgaanbieders een zorgvuldige voorbereiding en aanpassingen in hun bedrijfsvoering. In 2007 is meerdere malen de zogenaamde «zzp-check» uitgevoerd. Hiermee wordt gemeten in hoeverre zorgaanbieders voorbereidingen treffen voor de invoering van de zzp's. Begin dit jaar is de derde zzp-check uitgevoerd, waarvan in maart 2008 de uitkomsten bekend zijn gemaakt. Uit deze derde zzp-check komt het beeld naar voren dat nog maar een klein deel van de zorgaanbieders voldoende actief is als het gaat om de voorbereidingen voor 2009. Met name ten aanzien van registratie, zzp-kostprijzen en informatievoorziening aan de cliënten blijkt dat zorgaanbieders nog onvoldoende zijn voorbereid. Dit zijn dan ook de onderwerpen waarvan zorgaanbieders aangeven dat er behoefte is aan ondersteuning, evenals bij interne budgettering en personeelsplanning.

Mede naar aanleiding van de signalen uit de derde zzp-check heb ik diverse handreikingen laten ontwikkelen die de zorgaanbieders kunnen helpen bij de voorbereidingen en van de aanpassing van de bedrijfsvoering. Naast de handreikingen ga ik zorginstellingen ook op een meer (inter)actieve manier benaderen over de voorbereiding van de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Ondermeer heb ik het voornemen om een «zzp-businessgame» ofwel zzp-spel te maken. Dit is een spel waarmee deelnemers kunnen ervaren welke veranderingen in de organisatie en bedrijfsvoering naar voren (kunnen) komen bij invoering van de zorgzwaartebekostiging. In het derde kwartaal van dit jaar ben ik van plan wederom landelijke bijeenkomsten te organiseren. De bijeenkomsten wil ik een heel praktisch karakter geven door onder andere dit spel te spelen en bijvoorbeeld workshops te organiseren.

Tot slot heb ik het voornemen om instellingen die daar behoefte aan hebben, aan te bieden om samen met een adviseur een plan van aanpak op te stellen om ervoor te zorgen dat ze op 1 januari 2009 volledig zzp-proof kunnen zijn.

### *7.4 Zorgkantoren*

Zorgverzekeraars Nederland bereidt de zorgkantoren voor op de invoering van de zorgzwaartebekostiging door daar regelmatig overleg over te voeren. Om te bevorderen dat zorgkantoren bij het maken van productie-



afspraken over 2008 in zorgzwaartepakketten een zelfde soort werkwijze hanteren heeft ZN in overleg met de zorgkantoren een beoordelingskader ontwikkeld. Dit beoordelingskader bevordert dat zorgkantoren op een vergelijkbare wijze de productieafspraken over 2008 beoordelen. In een «handreiking zorgtoewijzing» van ZN staan de gevolgen van een zzp-indicatie voor de keten beschreven. Hierin staat bijvoorbeeld beschreven wat zorgkantoren kunnen doen voor cliënten met een zzp-indicatie die niet in een instelling zorg krijgen omdat daar (tijdelijk) geen plek is of omdat zij ervan afzien om opgenomen te worden in een instelling.

## 8. Risico-analyse

In het project zijn er een aantal hoofd risico's. In onderstaande tabel worden deze benoemd en wordt aangegeven wat daarvan de mogelijke effecten en gevolgen zijn. Tevens worden de belangrijkste beheersingsmaatregelen geschetst

Risico	Effect	Gevolgen voor invoering	Beheersing
Geen betrouwbaar en gedragen beeld van de zorgzwaarte van cliënten	Geen goede betrouwbare vaststelling van oud en nieuw budget	Tarieven en herallocatie niet betrouwbaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Meerdere budgetrondes in 2008</li> <li>– inzet expertteams</li> <li>– wegwerken non-indicaties in 2008</li> </ul>
Financiële gevolgen voor (typen) instellingen en cliëntengroepen zijn fors	Risico voor financiële continuïteit instelling en continuïteit zorgverlening	Verminderd draagvlak	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Goede overgangsregelingen voor bestaande cliënten en bestaande instellingen</li> <li>– meerjarige af- en opbouw van de instellingsbudgetten</li> <li>– voorbereiding instellingen aanpassing bedrijfsvoering</li> <li>– Stroomlijnen tarieven voor zzp, VPT en PGB</li> <li>– regeling voor extreme zorgzwaarte</li> </ul>
Instellingen zijn onvoldoende voorbereid op gevolgen voor bedrijfsvoering	Instellingen vertalen de externe bekostiging intern nog onvoldoende door.	In de bedrijfsvoering verandert onvoldoende. Personeelsplanning en zorg voor cliënten nog niet volledig afgestemd op zorgzwaarte	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intensivering van voorlichting</li> <li>– Beschikbaar stellen van handreikingen</li> <li>– Samen met adviseur plannen van aanpak opstellen binnen instellingen</li> </ul>

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker

Februari-maart 2007	Beoordeling zorgzwaartemeting door zorgkantoren	Afgerond
Maart 2007	Opgave in zorgzwaarte cliënten bij productieafspraken	Afgerond
Maart-augustus 2007	Controle ZZP-scores onder leiding van CIZ	Afgerond
Maart-juli 2007	Toets en onderhoud aan zorgzwaartepakketten aan de hand van uitkomsten zorgzwaartemeting ten behoeve van 2008	Afgerond
Juni 2007	Cliëntgids gereed voor de V&V sector, lichamelijk gehandicapten en verstandelijk gehandicapten. Verspreiding onder alle relevante organisaties van cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders.	Afgerond
	Aanpak cliëntenondersteuning (instructie MEE-organisaties, voorlichting cliëntorganisaties)	Afgerond
1 Juli 2007	Regionale voorlichtingsbijeenkomsten ten behoeve van zorginstellingen	Afgerond
	Start indicatiestelling in zorgzwaartepakketten	Loopt
	Start regeling Volledig Pakket Thuis	Loopt
September 2007	Gebruikersgids zorgzwaartepakketten GGZ gereed	Afgerond
Oktober 2007	Voorbereiding productieafspraken 2008. Opgave zorgzwaarte cliënten door zorgaanbieders	Afgerond
December 2007	Actualisatie ZZP-prijzen (obv aangepaste ZZP's, versie 2008)	Afgerond
	Start zorginkoop, eerste productieopgave zorgaanbieders	Afgerond
	Start voorbereiding regeling extreme en bijzondere zorgzwaarte (tbv 2009)	Loopt
Maart 2008	Productieafspraken maartronde, opgave zorgzwaarte in ZZP's	Afgerond
April 2008	Besluitvorming NZa inzake bestendig beleid	
Mei 2008	Actualisatie ZZP-prijzen, herallocatietraject voorbereiden, instelling ontvangt indicatief herallocatiebedrag	Loopt
	Start expertteams	
	Start periodiek onderhoud zzp's	
Mei-juni 2008	Onderzoek bij zorgaanbieders met een groot verschil tussen zzp-budget en huidig budget	
Juli 2008	Bijstellen productieafspraken julironde, indien nodig opgave zorgzwaarte in ZZP's (versie 2008)	
September 2008	Actualisatie ZZP-prijzen, landelijk herallocatietraject vastgesteld	
September-oktober 2008	Bijstellen productieafspraken oktoberronde, indien nodig opgave zorgzwaarte in ZZP's	
November 2008	Beleidsregel extreme en bijzondere zorgzwaarte vastgesteld tbv 2009	
November-december 2008	Actualisatie ZZP-prijzen 2009, definitief budgetverschil voor instelling	
Januari 2009	Start financiële consequenties	