

Vergaderjaar 2005–2006

**29 660**

**Zorg voor verslaafden**

**Nr. 6**

**RAPPORT: TERUGBLIK 2006**

**Inhoud**

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>Overige aanbevelingen en ontwikkelingen</b>	<b>17</b>
			4.1	Inleiding	17
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>	4.2	Stand van zaken	17
1.1	Wat is een terugblik?	8	4.2.1	Samenwerking en privacy	17
1.2	Opzet Terugblik Zorg voor verslaafden	8	4.2.2	Registratie van de zorgvraag	17
			4.2.3	Beleidsmatige samenwerking	17
<b>2</b>	<b>Visieontwikkeling verslavingszorg</b>	<b>10</b>			
2.1	Inleiding	10	<b>5</b>	<b>Conclusies</b>	<b>19</b>
2.2	Stand van zaken	10			
2.2.1	Visie van de minister van VWS	10	<b>6</b>	<b>Reactie minister van VWS en nawoord Algemene Rekenkamer</b>	<b>21</b>
2.2.2	Visie van de G4 en zorgaanbieders	11	6.1	Reactie minister van VWS	21
			6.2	Nawoord Algemene Rekenkamer	22
<b>3</b>	<b>Regierol in en financiering van de verslavingszorg</b>	<b>13</b>			
3.1	Inleiding	13		<b>Literatuurlijst</b>	<b>23</b>
3.1.1	Regierol	13			
3.1.2	Financiering	13	<b>Bijlage 1</b>	<b>Overzicht aanbevelingen en reactie oorspronkelijk rapport (2004)</b>	<b>24</b>
3.2	Stand van zaken	13			
3.2.1	Regierol	14			
3.2.2	Financiering	15			



## **SAMENVATTING**

In het in 2004 gepubliceerde rapport *Zorg voor verslaafden* was de hoofdconclusie van de Algemene Rekenkamer dat de betrokken organisaties er niet voldoende in slaagden om de behandeling en zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek goed te combineren met hulpverlening op het gebied van wonen, financiën en werk of dagbesteding. Op lokaal en regionaal niveau werden wel initiatieven genomen, en ook uitgevoerd, om de aansluiting te verbeteren, maar zowel bij de organisaties zelf, als in de samenwerking tussen die organisaties was er sprake van knelpunten. Deze knelpunten stonden een sluitend zorg- en hulpverleningsaanbod in de weg.

De belangrijkste aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer waren dan ook:

- Het ontwikkelen van een visie op de verslavingszorg;
- Het verduidelijken van de regierol;
- Het tot stand brengen van eenduidige financiering;
- Het oplossen van de ervaren belemmeringen in de privacywetgeving;
- Het verbeteren van de registratiesystemen;
- Het verbeteren van de beleidsmatige samenwerking tussen decentrale actoren.

Zowel de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) als de G4 (de vier grootste steden: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) hebben een visie opgesteld ten aanzien van de zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek. Ook GGZ Nederland (Geestelijke Gezondheidszorg Nederland) werkt aan een visie op de verslavingszorg. De visies sluiten goed op elkaar aan, met name op het punt van het onderkennen van het belang van samenwerking tussen de betrokken actoren. Met de tot stand gekomen visies is een belangrijke stap gezet in de richting van het verbeteren van de zorg voor verslaafden.

Met de overheveling van de OGGZ-middelen (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg-middelen) naar de gemeenten en het integraal overleg op Rijksniveau heeft de minister van VWS inmiddels stappen gezet voor de versterking van de gemeentelijke regierol. Ook de nog in te voeren Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zou hier verder aan moeten bijdragen. Over de uitwerking van de Wmo en de effecten van de andere twee genoemde initiatieven is op dit moment nog geen oordeel te geven.

De minister van VWS heeft verder de onduidelijkheden rondom de financiering van de ambulante- en poliklinische verslavingszorg opgelost. Aan de financiering van casemanagement wordt gewerkt, maar pas bij de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) voor de verslavingszorg zal duidelijk worden of dit probleem is opgelost. De financiering lijkt dan duidelijker te worden gekoppeld aan de taken en verantwoordelijkheden die aan de verschillende actoren zijn toebedeeld. Er blijft echter in de nieuwe situatie wel sprake van verschillende financieringsbronnen. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is er zelfs een financieringsbron bijgekomen. In dit verband acht de Algemene Rekenkamer de aangekondigde uitwerking van de visie van de G4 van belang. Zij geven aan dat er sturingsinstrumenten nodig zijn om daadwerkelijk een sluitende keten te kunnen organiseren over de verschillende financieringsbronnen heen.

Er is belangrijke voortgang geboekt op het wegnemen van de belemmeringen die het veld zag in de geldende privacywetgeving. Men kijkt nu meer naar wat wel kan en naar de wijze waarop integrale zorg het best kan worden geregeld. De in opdracht van de minister van VWS ontwikkelde handreiking is daarbij een belangrijk instrument.

De minister van VWS heeft de toegezegde integratie van de twee bestaande registratiesystemen (Zorgis en LADIS) nagenoeg volbracht. Met de invoering van de DBC's zal er nog wel een extra aanpassing nodig zijn van de zogenoemde integrale gegevensset. Als het gaat om het in beeld krijgen van de (latente) zorgvraag, is deze integratie alleen echter niet voldoende. Met de bestaande registraties is namelijk niet iedereen die zorg nodig heeft, in beeld.

De beleidsmatige samenwerking tussen gemeenten, instellingen en zorgkantoren is nog niet veel verbeterd. Uit enkele recente initiatieven komen wel interessante succesfactoren naar voren.

### **Reactie minister van VWS**

De minister van VWS schrijft in zijn reactie dat met de komst van de Zorgverzekeringswet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de overheveling van de OGGZ-middelen, de verdeling van financiën en verantwoordelijkheden duidelijker wordt. Daarnaast bevestigt de minister dat het essentieel is dat er overleg tot stand is gekomen tussen het Rijk en de gemeenten over de integrale zorg voor problematische groepen, waaronder verslaafden. De minister verwijst in dit verband naar het recent (7 februari jongstleden) aan de Tweede Kamer gestuurde Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang van de G4 en het Kabinet. Verder geeft de minister aan dat uit deze Terugblik van de Algemene Rekenkamer blijkt dat de privacyproblematiek voor veldpartijen steeds minder een belemmering is bij het tot stand komen van goede zorg. Die insteek ziet hij ook terug in het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. De registratie van de zorgvraag blijft volgens de minister ook in de toekomst een aandachtspunt: met name de afronding van de integratie van de bestaande registratiesystemen in de verslavingszorg en de ontwikkelingen rondom de DBC-registratie. De minister gaat in op het belang dat de Algemene Rekenkamer hecht aan goede signalering van de latente zorgvraag en geeft aan dat die signalering al plaatsvindt: de jaarberichten van de Nationale Drugsmonitor leveren gegevens over problematisch gebruik van middelen onder de verschillende bevolkingsgroepen. De beleidsmatige samenwerking tussen gemeenten, instellingen en zorgkantoren is volgens de minister nog niet overal verbeterd.

### **Nawoord Algemene Rekenkamer**

De Algemene Rekenkamer kan de effecten van de Zorgverzekeringswet, de Wmo en de overheveling van de OGGZ-middelen op de verslavingszorg nog niet vaststellen. De Algemene Rekenkamer zal de effectuering blijven volgen. De Algemene Rekenkamer is verheugd te constateren dat het Kabinet en de G4 het initiatief hebben genomen om voortvarend aan de slag te gaan met het opstellen van een Plan van Aanpak om te komen tot een integraal zorgaanbod voor daklozen met meervoudige problemen. De Algemene Rekenkamer tekent hierbij wel aan dat het Plan van Aanpak sterk focust op de groep die overlast geeft omdat zij dakloos is en daarmee zichtbaar voor beleidsmakers en overige betrokken actoren. Hiermee is nog niet gewaarborgd dat de totale groep verslaafden met

meervoudige problematiek voldoende in beeld komt. De Algemene Rekenkamer benadrukt de verantwoordelijkheid van de minister van VWS voor het borgen van kwaliteit, voldoende aanbod en toegankelijkheid van de zorg, ook voor de minder zichtbare groep verslaafden met meervoudige problematiek en mede daarom het belang van vroegtijdige signalering.

## **1 INLEIDING**

### **1.1 Wat is een terugblik?**

De onderzoeksrapporten van de Algemene Rekenkamer bevatten standaard een aantal aanbevelingen gericht op de oplossing van problemen die in het onderzoek zijn gesignaleerd. Ministers zeggen soms naar aanleiding van deze aanbevelingen concrete acties toe, soms ook niet. Wat gebeurt er met de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer en de toezeggingen van bewindspersonen na de publicatie van ons rapport? Hebben onze aanbevelingen geholpen?

Deze vragen willen we graag beantwoorden. Niet alleen omdat de problemen die we signaleren om een oplossing vragen, maar ook omdat we willen beoordelen of onze aanbevelingen aan hun doel beantwoorden: zijn ze concreet genoeg, kunnen de ministeries er iets mee?

In 2004 heeft de Algemene Rekenkamer een systeem opgezet om de effecten van haar aanbevelingen te bepalen. Wij monitoren over een langere periode – vijf jaar of zonodig langer – of ministeries onze aanbevelingen opvolgen en hun toezeggingen nakomen. Wij voeren daarvoor niet alleen gesprekken met ambtenaren, maar steunen ook zoveel mogelijk op de (voortgangs)informatie van de ministeries zelf. Aanvullend voor deze Terugblik Zorg voor verslaafden is bij een aantal veldorganisaties nagegaan welke ontwikkelingen er plaats hebben gevonden na de publicatie van het oorspronkelijke rapport.

Wij bekijken voor ieder onderzoek afzonderlijk hoe vaak het nodig is dat we terugkomen en welke aanbevelingen en toezeggingen wij monitoren. Dat is ook logisch: sommige aanbevelingen gaan over zaken die er jaren voor nodig hebben om hun beslag te krijgen, andere aanbevelingen kunnen op veel kortere termijn gerealiseerd worden.

De resultaten van deze monitoractiviteiten op het onderzoek Zorg voor verslaafden (Algemene Rekenkamer, 2004) worden weergegeven in dit rapport. De uiteindelijke rapportage wordt gelijk met het Verslag 2005 gepubliceerd.

### **1.2 Opzet Terugblik Zorg voor verslaafden**

In het in 2004 gepubliceerde rapport Zorg voor verslaafden was de hoofdconclusie van de Algemene Rekenkamer dat betrokken organisaties er niet voldoende in slaagden om de behandeling en zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek goed te combineren met hulpverlening op het gebied van wonen, financiën en werk of dagbesteding. Op lokaal en regionaal niveau werden wel initiatieven genomen en ook uitgevoerd om de aansluiting te verbeteren, maar zowel bij de organisaties zelf, als in de samenwerking tussen die organisaties was sprake van knelpunten. Deze knelpunten stonden een sluitend zorg- en hulpverleningsaanbod in de weg.

De Algemene Rekenkamer heeft in haar rapport in 2004 aanbevelingen geformuleerd die zich richten op het oplossen van de geconstateerde knelpunten. Het ging daarbij om voorlichting over de (on)mogelijkheden van privacywetgeving, verbetering van het inzicht in de aard en omvang van de zorgvraag, verbetering van bestaande registraties en de beleids-

matige samenwerking tussen actoren. De ontwikkelingen ten aanzien van deze aanbevelingen komen in hoofdstuk 4 aanbod.

De aanbeveling om taken en verantwoordelijkheden die aan de centrumgemeenten zijn toebedeeld in het kader van hun regierol te verduidelijken en de aanbevelingen ten aanzien van de financiering van casemanagement en het aanpakken van de ondoorzichtige afbakening van ambulante en poliklinische verslavingszorg waren ook van belang. De ontwikkelingen ten aanzien van deze aanbevelingen worden besproken in hoofdstuk 3.

De Algemene Rekenkamer vond het tenslotte belangrijk dat de minister van VWS een visie op de verslavingszorg zou ontwikkelen, waarin hij aan decentrale actoren duidelijk zou maken wat de bedoelingen zijn van zijn verslavingszorgbeleid. In die visie zou aandacht uit dienen te gaan naar:

- de beleidsmatige en individuele samenwerking op lokaal en regionaal niveau;
- het belang van de verslavingszorg als eerst verantwoordelijke voor zorg en hulpverlening op de leefgebieden;
- (verbeteringen in) de signalering van verslaafden;
- de verdere ontwikkeling van de kwaliteit en innovatie van de verslavingszorg.

We starten in hoofdstuk 2 met de ontwikkelingen rondom de visie op verslavingszorg.

In bijlage 1 vindt u een overzicht van alle aanbevelingen zoals weergegeven in de oorspronkelijke publicatie *Zorg voor verslaafden*. In bijlage 2 vindt u de literatuurlijst.

## 2 VISIEONTWIKKELING VERSLAVINGSZORG

### 2.1 Inleiding

De Algemene Rekenkamer heeft in haar rapport *Zorg voor verslaafden* in 2004 de minister van VWS de aanbeveling gedaan een visie op de verslavingszorg op te stellen, om de doelstellingen van zijn verslavingszorg-beleid te verduidelijken en om ook aan decentrale actoren duidelijk te maken wat van hen verwacht wordt. In zijn reactie op het Rekenkamerrapport gaf de minister aan geen reden te zien voor het ontwikkelen van een aparte visie voor verslavingszorg en hij verwees naar het Plan van Aanpak Verloedering en Overlast en naar de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), waarin volgens hem de oplossingen voor de geconstateerde knelpunten zouden worden aangedragen.<sup>1</sup> Ook de Tweede Kamer vroeg bij de behandeling van het Rekenkamerrapport de minister om een visie op verslavingszorg en inmiddels heeft de minister daaraan gehoor gegeven. Voorafgaand aan de visie van de minister, hebben de vier grote steden (G4) samen met de zorgaanbieders die daar werkzaam zijn een visie ontwikkeld. Daarnaast werkt GGZ Nederland momenteel aan een visie op de verslavingszorg.

### 2.2 Stand van zaken

#### 2.2.1 Visie van de minister van VWS

De Algemene Rekenkamer concludeerde in 2004 dat beleidsmatige en inhoudelijke samenwerking op decentraal niveau moeizaam tot stand kwam, dat niet duidelijk was waar de regierol lag en dat op decentraal niveau vaak onvoldoende inzicht bestond in de aard en omvang van de lokale problematiek. Een visie op verslavingszorg van de minister van VWS zou alle actoren de gewenste duidelijkheid kunnen geven.

In maart 2005 was, onder andere, het Rekenkamerrapport *Zorg voor verslaafden* onderwerp van een Algemeen Overleg tussen de minister van VWS en de vaste commissies voor VWS en voor Justitie (Tweede Kamer, 2005). Tijdens dit overleg heeft de Tweede Kamer, in aansluiting op de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer, de minister verzocht toch zijn visie te geven op de verslavingszorg en daarin met name stil te staan bij de verantwoordelijkheidsverdeling in de verslavingszorg.

In december 2005 heeft de minister hieraan gehoor gegeven in een voortgangsrapportage over de verslavingszorg. Daarin staat zijn visie op de verslavingszorg verwoord (Ministerie van VWS, 2005). De minister geeft hierin aan dat een van de primaire doelen van het hulpaanbod aan verslaafden abstinentie is. Als echter blijkt dat volledige abstinentie (op dat moment nog) niet haalbaar is, dan is het volgens de minister belangrijk te werken aan stabilisatie van de verslaving. Bij de hulp aan verslaafden dienen de hulpverleningsinstellingen te streven naar een integrale aanpak met aandacht voor de gehele leefsituatie van de verslaafde. Zo'n hulpaanbod vereist, volgens de minister, dat er samenwerking bestaat tussen de diverse voorzieningen binnen de verslavingszorg, maar ook tussen de verslavingszorg en andere instanties, zoals algemene gezondheidszorg, politie en justitie. Voorts geeft de minister aan dat in de verslavingszorg (de ontwikkeling van) de kwaliteit van de zorg belangrijk is en dat hij in de toekomst daarop zal blijven inzetten. De minister verwijst vervolgens naar de knelpunten in de structuur en de financiering van de verslavingszorg, zoals die ook door de Algemene

<sup>1</sup> Omdat ten tijde van het terugblikonderzoek de Zorgverzekeringswet nog niet in werking was getreden en de Wmo nog niet door het Parlement was aangenomen, was het voor de Algemene Rekenkamer nog niet mogelijk om de effecten ervan te beoordelen. Dit betekent echter niet dat er geen ontwikkelingen hebben plaatsgevonden.

Rekenkamer zijn geconstateerd. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wmo zal helder onderscheiden worden wie welke verantwoordelijkheid heeft.

#### Verantwoordelijkheidsverdeling

«Nieuwe situatie: De zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de behandeling en worden als deel van de gezondheidszorg gefinancierd, terwijl de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de meer welzijnsachtige taken, zoals begeleiding bij wonen, werken en financiën. Gemeenten kennen de lokale situatie het beste en kunnen daarop inspringen bij bijvoorbeeld het organiseren van nachtopvang en overlastbestrijding. De verslavingszorg heeft de kennis over de behandeling van verslaafden.»

Bron: Voortgangsrapportage verslavingszorg 2005

#### 2.2.2 Visie van de G4 en zorgaanbieders

In juli 2005 hebben de G4 en de aanbieders van de GGZ en de verslavingszorg in de vier grote steden het visiedocument «Kwetsbaar in de grote stad; G4 Visie op een samenhangende Openbare Geestelijke Gezondheidszorg» (Amsterdam e.a., 2005) gepubliceerd. Deze visie heeft betrekking op de OGGZ-doelgroep, waarvan naar schatting eenderde tot de helft in de vier grote steden verblijft. De groep verslaafden met meervoudige problematiek maakt deel uit van deze OGGZ-doelgroep.

In hun visie geven de G4 en de zorgaanbieders aan dat zij het gevoel van urgentie delen om gezamenlijk voldoende en goede zorg en ondersteuning voor deze doelgroep te organiseren. De volgende doelstelling is in dit kader geformuleerd: het bevorderen van het zelfstandig maatschappelijk functioneren van de OGGZ-doelgroep. Via een gecoördineerde actie wil men komen tot een sluitende keten van voorzieningen voor individuele personen. De bouwstenen die volgens het visiedocument in meer of mindere mate nodig zijn in individuele resocialiseringstrajecten zijn:

- signalering en geïndiceerde preventie;
- integrale bemoeizorg GGZ/Verslavingszorg;
- integrale toegang en screening;
- financiële hulp;
- maatschappelijke opvang;
- dagbesteding;
- medische basiszorg;
- sociaal netwerk;
- curatieve GGZ/Verslavingszorg;
- veiligheid;
- verblijf GGZ/Verslavingszorg en Beschermd wonen;
- begeleid (zelfstandig) wonen.

In het najaar van 2005 zouden de G4 en de zorgaanbieders hun visie verder uitwerken en onderbouwen. Daarbij zal aandacht geschonken worden aan:

- de verbetering van het inzicht in de zorgvraag (aard en omvang van de zorgbehoefte);
- het aanbod: voorzieningen, netwerken, budgetten, personeel, protocollen, samenwerkingsafspraken etc.;
- de gewenste uitkomsten zoals minder dakloosheid, minder huisuitzettingen, minder personen met ernstige chronisch psychiatrische stoornissen in de gevangenis en in de maatschappelijke opvang;
- de financierings- en sturingsystematiek, waaronder sturingsinstru-

menten voor de gemeenten om ook daadwerkelijk een sluitende keten te kunnen organiseren (over de verschillende financieringsbronnen heen).

Om de samenwerking tussen verschillende organisaties daadwerkelijk tot stand te brengen, zodat er via een integrale aanpak aandacht is voor de gehele leefsituatie van een verslaafde, is het van belang dat centrumgemeenten de hen via de Welzijnswet<sup>2</sup> toebedeelde regierol voortvarend oppakken. Daarnaast is voor een goede samenwerking eenduidigheid in de financiering van (verslavingszorg)producten belangrijk. De ontwikkelingen op deze terreinen, de regierol van centrumgemeenten en de financiering van de verslavingszorg, komen in het volgende hoofdstuk aan bod.

---

<sup>2</sup> Met de invoering van de Wmo zal de Welzijnswet worden opgeheven. De regietaak van de centrumgemeenten wordt in de Wmo vastgelegd.

#### 3.1 Inleiding

##### 3.1.1 Regierol

In het rapport *Zorg voor verslaafden* constateerde de Algemene Rekenkamer dat de centrumgemeenten hun regierol in het verslavingszorgnetwerk nog onvoldoende vervulden. Aan de minister van VWS is daarom de aanbeveling gedaan om nader uit te werken welke taken de centrumgemeenten in het kader van hun regierol moeten uitvoeren, en ook om na te gaan of zij daarvoor voldoende instrumenten tot hun beschikking hebben. De Algemene Rekenkamer deed de minister daarnaast de aanbeveling te blijven volgen op welke wijze de gemeenten deze regierol invullen.

De minister verwees in zijn reactie naar concrete voorstellen die daarvoor in het Plan van Aanpak Verloedering en Overlast zouden worden opgenomen. Verder werd naar de Wmo verwezen.

##### 3.1.2 Financiering

Door de Algemene Rekenkamer werd destijds geconstateerd dat de financiering van de verslavingszorg onduidelijk was voor:

- casemanagers;
- ambulante en poliklinische zorg.

De aanbeveling aan de minister van VWS was om de huidige financiering kritisch te bekijken en toe te werken naar eenduidige financiering met eenduidige verantwoordingseisen.

De minister van VWS heeft in zijn reactie aangegeven deze aanbeveling op te vatten als een aansporing om de gemeentelijk gefinancierde taken in de verslavingszorg en de AWBZ gefinancierde verslavingszorg duidelijker te scheiden. In het kader van de overheveling van de GGZ en de verslavingszorg (klinische verslavingszorg tot 1 jaar) naar de Zorgverzekeringswet zou de minister zich beraden op de positie van de ambulante verslavingszorg. Casemanagement zag de minister als een product van de ambulante/poliklinische GGZ (en verslavingszorg) dat in de toekomst onder de Zorgverzekeringswet valt. In dat kader zullen afspraken worden gemaakt over de financiering via de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-systematiek.

##### 3.2 Stand van zaken

Als gevolg van de stelselwijzigingen in de zorg (zie tabel 1) veranderen ook de geldstromen op het terrein van de verslavingszorg. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de financiering van de verslavingszorg vóór en na de stelselwijzigingen.

**Tabel 1 Overzicht financiering verslavingszorg vóór en na de stelselwijzigingen**

Wijze van financiering	Vergoedingen vóór stelselwijzigingen	Vergoedingen na stelselwijzigingen
AWBZ (Zorgkantoren)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle klinische en poliklinische verslavingszorg (incl. methadon);</li> <li>• Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) geregeld in de Wet collectieve preventie volksgezondheid.</li> </ul>	Klinische verslavingszorg <i>langer</i> dan een jaar.
Welzijnswet (Gemeenten)	Ambulante verslavingszorg, preventie en overlastbestrijding.	
Zorgverzekeringswet (Zorgverzekeraars)	Nvt	<b>Vanuit Welzijnswet en AWBZ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle ambulante/poliklinische verslavingszorg (incl. methadon)</li> </ul> <b>Vanuit AWBZ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinische verslavingszorg <i>tot één</i> jaar.</li> </ul>
Wmo (Gemeenten)	Nvt	<b>Vanuit Welzijnswet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventie, overlastbestrijding en maatschappelijke zorg voor verslaafden, zoals gebruiksruidten en inloopcentra.</li> </ul> <b>Vanuit AWBZ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Openbare Geestelijke Gezondheidszorg.</li> </ul>

### 3.2.1 Regierol

Zowel door het Ministerie van VWS als door de verslavingszorginstellingen is aangegeven dat er nog sprake is van grote verschillen in de mate waarin (centrum)gemeenten zich verantwoordelijk voelen voor de verslavingszorg, de mate waarin men een sluitende aanpak heeft en de mate waarin de regierol wordt opgepakt. Het evenwicht tussen het terugdringen van overlast/repressie en het bieden van zorg is een aandachtspunt. Hier staat tegenover dat er wel steeds meer voorbeelden zijn van samenwerkingsinitiatieven waarbij de gemeente een regierol op zich genomen heeft. De mate waarin dit gebeurt lijkt echter nog steeds sterk afhankelijk te zijn van het feit of een College of een verantwoordelijk wethouder zich er sterk voor maakt.

De Wmo, waar de minister naar verwees voor het oplossen van een aantal knelpunten inzake de regierol, is nog niet door het Parlement aangenomen. Er zijn op Rijksniveau wel ontwikkelingen waarmee beoogd wordt de regierol van gemeenten te verduidelijken en te versterken. De minister van VWS heeft namelijk de volgende initiatieven ondernomen:

- De OGGZ-middelen worden van de AWBZ naar de gemeenten overgeheveld. Daarbij wordt de wettelijke basis overgeheveld van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) naar de Wmo.
- Er is integraal overleg tot stand gekomen tussen Rijk en gemeenten in het breed overlegverband 'Veiligheid en maatschappelijke reïntegratie' (VNG, G4, Ministeries van VWS, VROM, Justitie en SZW).

#### Overheveling OGGZ-middelen

In het Plan van Aanpak Verloedering en Overlast is aangegeven dat de gemeentelijke regierol zou kunnen worden versterkt door de gemeenten meer zeggenschap te geven over de geestelijke gezondheidszorg (waarvan de verslavingszorg deel uitmaakt). De gemeenten zijn op grond van de Wcpv verantwoordelijk voor het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en

risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ.

De OGGZ wordt (nu nog) gefinancierd via de AWBZ. Door de OGGZ-middelen over te hevelen van de AWBZ naar de gemeenten, krijgen de gemeenten in de toekomst de mogelijkheid om zorgaanbod van GGZ-instellingen in te kopen. Daardoor krijgen gemeenten, volgens de minister van VWS, meer zeggenschap en kunnen ze hun regierol dus versterken.

De overheveling van de OGGZ-middelen wordt overigens niet door alle veldpartijen als een oplossing gezien. Ze zien vooral ook risico's bij het van kracht worden van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Voor de vormgeving van hun verslavingsbeleid en daarmee de invulling van hun regierol, moeten gemeenten nu in plaats van met een of twee zorgkantoren, met vele zorgverzekeraars rond de tafel. Dat komt doordat een deel van de zorg die uit de AWBZ gefinancierd wordt, via de Zorgverzekeringswet gefinancierd zal worden.

De wettelijke basis voor de OGGZ zal overgaan van de Wcpv naar de Wmo. Gemeenten moeten in de nabije toekomst hun verantwoordelijkheid nemen en prestatieafspraken maken met de aanbieders van zorg, bijvoorbeeld over het aantal overlastgevendende zorgmijders dat wel hulp gaat aanvaarden waardoor de overlast die ze veroorzaken, vermindert. De Wmo is nog niet door het Parlement aangenomen, waardoor de Algemene Rekenkamer nog geen oordeel heeft kunnen vormen over de effecten ervan.

#### *Integraal overleg*

In het breed overlegverband «Veiligheid en Maatschappelijke (re-)integratie» worden het Veiligheidsplan van Justitie, het Plan van Aanpak Verloedering en Overlast en de IBO Maatschappelijke Opvang op dit moment nader uitwerkt. Binnen het thema «Regie en samenwerking» wordt onder meer aandacht besteed aan het sturingsprobleem van gemeenten ten aanzien van organisaties waar zij geen zeggenschap over hebben. Daarnaast heeft op 5 september 2005 een conferentie van bestuurders plaatsgevonden over verschillende deelproblemen in de zorg voor, onder andere, verslaafden. Het resultaat hiervan is een aantal werkgroepen. Een van deze werkgroepen buigt zich over de regie en samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren, waaronder afspraken over AWBZ gefinancierde zorg voor de afgesproken doelgroepen vallen, net als het onderzoeken van de (on)mogelijkheden van het delegeren van bevoegdheden.

#### *3.2.2 Financiering*

De minister van VWS heeft maatregelen genomen om de door de Algemene Rekenkamer gesignaleerde onduidelijkheden rondom de financiering van de ambulante en de poliklinische verslavingszorg op te lossen. De bekostiging van de ambulante verslavingszorg is overgeheveld van gemeenten naar de AWBZ, waarmee ook de poliklinische zorg bekostigd wordt. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet worden de ambulante en de poliklinische zorg in het vervolg door de zorgverzekeraars bekostigd. Ook de financiering van de ambulante methadonverstrekking, die beschouwd wordt als een medische handeling, is van de Welzijnswet naar de AWBZ overgeheveld. In de toekomst komt hiervoor in de Zorgverzekeringswet een DBC voor.

Ook het veld geeft aan dat de onduidelijkheid ten aanzien van de financiering van ambulante en poliklinische verslavingszorg is opgelost. Men tekent daarbij wel aan dat nog steeds sprake blijft van verschillende financieringsbronnen en dat er met de Zorgverzekeringswet zelfs nog een extra financieringsbron bijkomt, namelijk de zorgverzekeraars. De G4 hebben in hun recente visie voor de OGGZ-doelgroep (zie hoofdstuk 2) aangegeven dat zij aandacht zullen besteden aan de financierings- en sturingsystematiek. Het gaat daarbij om sturingsinstrumenten voor gemeenten om daadwerkelijk een sluitende keten te kunnen organiseren, over de verschillende financieringsbronnen heen.

De onduidelijkheid rondom de financiering van casemanagement is nog niet definitief opgelost. De minister heeft ervoor gekozen om hiermee te wachten tot de invoering van de nieuwe DBC's. Er is besloten niet met een tijdelijke tussenoplossing te werken. Dat betekent dat naar verwachting in 2007/2008 meer duidelijkheid over de financiering van casemanagement bestaat.

### 3.2.2.1 Ontwikkelingen ten aanzien van de Wmo en de Zorgverzekeringswet

Taken zoals opvang, begeleiding en bemiddeling bij wonen en werken gaan over naar de Wmo. De specifieke uitkering Maatschappelijke Opvang en Verslavingsbeleid zal daartoe naar de Wmo worden overgeheveld. De centrumgemeenten blijven hierbij hun rol, zoals vastgelegd in de huidige Welzijnswet, behouden.

De veldpartijen hebben gewezen op het risico van onverzekerden dat met de nieuwe Zorgverzekeringswet dreigt. Het Ministerie van VWS onderkent dit risico en heeft een interne werkgroep opgericht die zich hierover heeft gebogen. Het Ministerie van VWS heeft inmiddels het rapport «Zorg Verzekerd: De invoering van de Zorgverzekeringswet en de potentiële onverzekerden» (Ministerie van VWS, 2005) van de werkgroep gepubliceerd. Door de minister van VWS zijn met gemeenten, koepels en verzekeraars afspraken gemaakt om problematische groepen te verzekeren.

Om de samenwerking tussen actoren te verbeteren achtte de Algemene Rekenkamer naast een heldere visie, duidelijkheid rondom de regierol en eenduidige financiering ook verbeteringen nodig op het punt van onduidelijkheden rondom privacy wetgeving, registratie en beleidsmatige afstemming. In hoofdstuk 4 komen de ontwikkelingen ten aanzien van deze aspecten aan bod.

## 4 OVERIGE AANBEVELINGEN EN ONTWIKKELINGEN

### 4.1 Inleiding

De Algemene Rekenkamer heeft in dit terugblikonderzoek ook aandacht besteed aan de aanbevelingen ten aanzien van samenwerking en de privacywetgeving, de registratie van de zorgvraag en de beleidsmatige samenwerking.

### 4.2 Stand van zaken

#### 4.2.1 Samenwerking en privacy

De Algemene Rekenkamer heeft in haar rapport *Zorg voor verslaafden* in 2004, de minister van VWS aanbevolen de praktijk voorlichting te geven over de (on)mogelijkheden van de privacy-wetgeving en te monitoren of dit knelpunt in de praktijk wordt opgelost.

De minister van VWS heeft, zoals toegezegd in het Plan van Aanpak *Verloedering en Overlast*, een handreiking «Gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg» (GGD Nederland e.a., 2005) opgesteld, waarin een checklist «Omgaan met persoonsgegevens in het kader van bemoeizorg» is opgenomen.

De veldpartijen geven aan dat de privacy-problematiek steeds minder een belemmering lijkt te zijn bij het tot stand komen van goede zorg. Men zoekt nu naar wat wel kan en hoe dat geregeld kan worden. Volgens een van de instellingen heeft de hiervoor genoemde handreiking daarbij als een breekijzer gewerkt. Instellingen hebben bovendien zelf ook praktische oplossingen uitgewerkt.

#### 4.2.2 Registratie van de zorgvraag

De Algemene Rekenkamer heeft de minister van VWS in 2004 aanbevolen het verzamelen en verspreiden van informatie over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek te verbeteren en te zorgen dat de registratiesystemen aansluiten bij de praktijk en de verschillende producten van de verslavingszorg.

De minister van VWS had toegezegd om integratie van de twee bestaande registratiesystemen voor de verslavingszorg, LADIS en Zorgis tot stand te brengen om het zicht op de omvang van de (poli-)klinische en ambulante zorgvraag te verbeteren. De integratie van beide systemen is inmiddels vergesloerd. Veldpartijen verwachten dat met de invoering van de DBC's de integrale gegevensset opnieuw moet worden aangepast. Verder wordt opgemerkt dat deze registratiesystemen betrekking hebben op de geleverde zorg. Analyses op basis van de registratiesystemen geven een retrospectief beeld van de ontwikkelingen in de verslavingsproblematiek (de aard), maar minder in de omvang van de (latente) zorgvraag. In één regio werd aangegeven dat men probeert om via de sneeuwbalmethode<sup>3</sup> beter zicht te krijgen op de omvang van de (potentiële) zorgvraag.

#### 4.2.3 Beleidsmatige samenwerking

De Algemene Rekenkamer heeft de minister van VWS in 2004 aanbevolen de beleidsmatige samenwerking te verbeteren door duidelijk te maken

---

<sup>3</sup> Deze methode houdt in dat er een steekproef van verslaafden wordt getrokken. Aan hen wordt gevraagd namen te noemen van andere verslaafden die zij kennen. De nieuw genoemde verslaafden vormen de volgende laag van de sneeuwbal, waarna de procedure kan worden herhaald. Het gebruik van de sneeuwbalmethode levert een omvangschatting op, maar ook informatie over relaties en over de samenstelling van de populatie van verslaafden.

welke verantwoordelijkheden actoren hebben op rijks, regionaal en lokaal niveau, zodat zij daarop ook aangesproken kunnen worden.

In de beleidsmatige samenwerking tussen gemeenten, instellingen en zorgkantoren is volgens het Ministerie van VWS en volgens sommige veldpartijen nog niet veel veranderd of verbeterd. Het beeld dat de Algemene Rekenkamer in deze terugblik van de beleidsmatige samenwerking heeft verkregen, is enigszins diffuus. Er wordt wel een aantal initiatieven genoemd door sommige partijen. Interessant zijn vooral de succesfactoren die daarbij genoemd worden, zoals het hebben en onderkennen van een gezamenlijk probleem, een sterke drijvende kracht, organisaties die zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen en bij de oplossing vanuit ieders kerncompetentie werken en elkaar daarbij niet beconcurreren. Daarnaast is de aanwezigheid van een heldere lokale beleidslijn (een visie) van belang.

Risico's ten aanzien van de, soms moeizaam tot stand gekomen, samenwerking met Zorgkantoren zien veldpartijen in de komst van meerdere onderhandelingspartners, de zorgverzekeraars. Dit is een gevolg van de Zorgverzekeringswet en de overheveling van de klinische verslavingszorg tot 1 jaar uit de AWBZ naar deze wet (zie ook § 3.2.1).

## 5 CONCLUSIES

In het in 2004 gepubliceerde rapport *Zorg voor verslaafden* was de hoofdconclusie van de Algemene Rekenkamer dat de betrokken organisaties er niet voldoende in slaagden om de behandeling en zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek goed te combineren met hulpverlening op het gebied van wonen, financiën en werk of dagbesteding. Op lokaal en regionaal niveau werden wel initiatieven genomen en ook uitgevoerd om de aansluiting te verbeteren, maar zowel in de organisaties zelf als in de samenwerking tussen die organisaties was er sprake van knelpunten. Deze knelpunten stonden een sluitend zorg- en hulpverleningsaanbod in de weg.

De Algemene Rekenkamer had daarom als belangrijkste aanbevelingen:

- Het ontwikkelen van een visie op de verslavingszorg;
- Het verduidelijken van de regierol;
- Het tot stand brengen van eenduidige financiering;
- Het oplossen van de ervaren belemmeringen in de privacywetgeving;
- Het verbeteren van de registratiesystemen;
- Het verbeteren van de beleidsmatige samenwerking tussen decentrale actoren.

Na de publicatie van het rapport *Zorg voor verslaafden* in 2004 is de minister van VWS overeenkomstig zijn toezeggingen aan de slag gegaan en heeft hij op veel punten vooruitgang geboekt. Met het recentelijk formuleren van een visie op de verslavingszorg sluit de minister van VWS aan bij een belangrijke aanbeveling van de Algemene Rekenkamer. Ook andere partijen (de G4 met lokale zorgaanbieders) hebben een visiedocument opgesteld. GGZ Nederland werkt momenteel eveneens aan een visie. De visies scheppen meer duidelijkheid over de taken, rollen en verantwoordelijkheden van de diverse partijen die betrokken zijn bij de zorg voor verslaafden met meervoudige problematiek. De belemmeringen in de samenwerking als gevolg van (verschillende interpretaties) van de privacy-wetgeving zijn voor een belangrijk deel weggenomen. Ook de onduidelijkheden rondom de financiering van de ambulante en poliklinische verslavingszorg zijn opgelost. Er blijft echter wel sprake van verschillende financieringsbronnen.

In dit verband acht de Algemene Rekenkamer de aangekondigde uitwerking van de visie van de G4 van belang. Zij geven aan dat sturingsinstrumenten nodig zijn om daadwerkelijk een sluitende keten te kunnen organiseren over de verschillende financieringsbronnen heen.

De bestaande registratiesystemen zijn, zoals door de minister werd toegezegd, nagenoeg geïntegreerd. Hiermee is het inzicht in de zorgvraag verbeterd, maar omdat deze systemen gebaseerd zijn op de *geleverde* zorg is nog niet de totale omvang van de *benodigde* zorg in beeld. Goede signalering blijft volgens de Algemene Rekenkamer van belang om ook de niet actieve zorgvragers in beeld te krijgen en naar de zorg toe te leiden. In zijn visie noemt de minister van VWS het belang van signalering overigens niet.

Om de regierol van de centrumgemeenten te versterken zijn door de minister van VWS de eerste stappen gezet, maar voor een deel van de oplossingen verwijst de minister van VWS naar de Wmo die nog niet door het Parlement is aangenomen. De Algemene Rekenkamer kan over de effecten van genoemde ontwikkelingen in dit stadium dan ook nog geen oordeel vormen.

In de beleidsmatige samenwerking tussen gemeenten, instellingen en zorgkantoren lijken de verbeteringen nog beperkt, hoewel uit enkele recente initiatieven wel interessante succesfactoren naar voren komen. De Algemene Rekenkamer hoopt dat met de verbetering van de regiefunctie van de centrumgemeenten ook de beleidsmatige samenwerking voldoende aandacht zal gaan krijgen.

## 6 REACTIE MINISTER VAN VWS EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER

### 6.1 Reactie minister van VWS

Op 8 maart 2006 heeft de minister van VWS zijn reactie gegeven op het onderzoek van de Algemene Rekenkamer.<sup>4</sup> Hij geeft in de inleiding van zijn reactie aan dat hij blij is met de constatering van de Algemene Rekenkamer dat er op veel punten vooruitgang is geboekt en hij deelt die constatering ook. Er zijn nog meer verbeteringen nodig en een aantal eerdere aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer kan pas op langere termijn worden uitgevoerd. Daarom zal de minister ook de komende jaren blijven inzetten op verdere professionalisering en betere samenwerking van de zorg voor verslaafden, over de grenzen van instellingen heen.

Vervolgens reageert de minister op de stand van zaken zoals geschetst in het rapport van de Algemene Rekenkamer.

#### *Visie, regie en financiering*

In de voortgangsrapportage verslavingszorg die de minister van VWS op 20 december 2005 naar de Kamer heeft gestuurd, heeft hij zijn doelstellingen voor wat betreft het verslavingszorgbeleid aangegeven. De minister geeft aan dat uit de visie dat verslaving biologische, psychologische en maatschappelijke oorzaken én gevolgen heeft, volgt dat niet alle verantwoordelijkheid voor de organisatie en financiering ervan onder te brengen is bij één van de actoren. Goede hulp aan verslaafden met meervoudige problemen betekent de inzet van verslavingszorg, psychiatrie, maatschappelijke opvang en begeleiding, justitie en preventie. Wanneer meerdere actoren betrokken (moeten) zijn bij een moeilijke doelgroep, is een duidelijke verdeling van financiën en verantwoordelijkheden heel belangrijk. Met de komst van de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (door de Tweede Kamer aanvaard) en de overheveling van de OGGZ-middelen, wordt die verdeling volgens de minister duidelijker.

Daarnaast bevestigt de minister dat het essentieel is dat er overleg tot stand is gekomen tussen het Rijk en de gemeenten over de integrale zorg voor problematische groepen, waaronder verslaafden. De minister verwijst naar het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang (Tweede Kamer, 2006) van de G4 en het Kabinet als een goed voorbeeld hiervan. Dit plan is op 7 februari jl. naar de Tweede Kamer gestuurd en bevat veel concrete handvatten voor een integraal zorgaanbod voor verslaafden.

#### *Privacy, registratie en beleidsmatige samenwerking*

De minister geeft aan dat uit de terugblik van de Algemene Rekenkamer blijkt dat de privacyproblematiek voor veldpartijen steeds minder een belemmering is bij het tot stand komen van goede zorg. Die insteek ziet hij ook terug in het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang.

De registratie van de zorgvraag blijft volgens de minister ook in de toekomst een aandachtspunt: met name de afronding van de integratie van bestaande registratiesystemen in de verslavingszorg en de ontwikkelingen rondom de DBC-registratie. Bij de DBC-registratie vindt een goede afstemming plaats met de GGZ.

---

<sup>4</sup> De integrale reactie van de minister van VWS staat op [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl)

De minister gaat in op het belang dat de Algemene Rekenkamer hecht aan goede signalering van de latente zorgvraag en geeft aan dat die signa-

lering al plaatsvindt: de jaarberichten van de Nationale Drugsmonitor leveren gegevens over problematisch gebruik van middelen onder de verschillende bevolkingsgroepen.

De beleidsmatige samenwerking tussen gemeenten, instellingen en zorgkantoren is nog niet overal verbeterd. Volgens de minister speelt hierbij mee dat veel organisaties in afwachting waren van de Zorgverzekeringswet en de Wmo.

Tot slot geeft de minister van VWS aan in de toekomst rekening te houden met de bijzondere positie van kwetsbare groepen, zoals hij dat, naar zijn zeggen ook gedaan heeft bij de invoering van de Zorgverzekeringswet. Volgens de minister heeft de medewerking van gemeenten, koepels, verzekeraars en intermediairen er vorig jaar aan bijgedragen dat ook voor moeilijk bereikbare groepen de toegankelijkheid van de zorg gegarandeerd is.

## **6.2 Nawoord Algemene Rekenkamer**

De Algemene Rekenkamer waardeert het voornemen van de minister van VWS om in het verslavingszorgbeleid te blijven inzetten op verdere professionalisering en betere samenwerking over de grenzen van instellingen heen.

De minister verwijst in zijn reactie opnieuw naar de Zorgverzekeringswet, de Wmo en de overheveling van de OGGZ-middelen als belangrijkste instrumenten om duidelijkheid over de financiering en verantwoordelijkheden binnen de verslavingszorg tot stand te brengen. Zoals de Algemene Rekenkamer in het rapport zelf al aangeeft, zijn de effecten hiervan nog niet vast te stellen. De Algemene Rekenkamer zal de effectuering blijven volgen.

De Algemene Rekenkamer is verheugd te constateren dat het Kabinet en de G4 het initiatief hebben genomen voortvarend aan de slag te gaan, wat heeft geresulteerd in een Plan van Aanpak met dertien concrete instrumenten om te komen tot een integraal zorgaanbod voor daklozen met meervoudige problemen. Een groot deel van deze groep heeft ook verslavingsproblemen. De Algemene Rekenkamer tekent hierbij wel aan dat het Plan van Aanpak sterk focust op de groep die overlast geeft omdat zij dakloos is en daarmee zichtbaar voor beleidsmakers en overige betrokken actoren. Hiermee is nog niet gewaarborgd dat de totale groep verslaafden met meervoudige problematiek voldoende in beeld komt. Het gaat daarbij ook om verslaafden die niet dakloos zijn en die met hun problemen niet zichtbaar zijn, maar die wel zorg nodig hebben. De verantwoordelijkheid voor het borgen van kwaliteit, voldoende aanbod en toegankelijkheid van de zorg ligt ook voor deze verslaafden bij de minister van VWS. De Algemene Rekenkamer wil daarom het belang van vroegtijdige signalering en het goed in beeld brengen van de latente zorgvraag van verslaafden met (niet direct zichtbare) meervoudige problematiek, nogmaals benadrukken. De Nationale Drugsmonitor geeft inzicht in de omvang van diverse groepen met specifieke verslavingsproblemen, maar daarmee is de verslaafde zelf nog niet in beeld, en ook nog niet naar de zorg toegeleid.

## LITERATUURLIJST

Algemene Rekenkamer (2004). *Zorg voor verslaafden*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 660, nr. 1 en 2. Den Haag: SDU.

Amsterdam, Den Haag, Utrecht, Rotterdam (2005). *Kwetsbaar in de grote stad; G4 Visie op een samenhangende Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*.

GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG (2005). *Handreiking «Gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg»*.

Ministerie van VWS (2003). *IBO-rapport «De opvang verstoopt»*. Bijlage bij kamerstuk 29 325, nr. 1.

Ministerie van VWS (2004). *Plan van Aanpak Verloedering en Overlast*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 29 325, nr.2. Den Haag: SDU.

Ministerie van VWS (2005). *Voortgangsrapportage verslavingszorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 24 077, nr. 176. Den Haag: SDU.

Tweede Kamer (2005). *Verslag Algemeen Overleg Drugbeleid en Zorg voor verslaafden*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 24 077, 29 660, nr. 144. Den Haag: SDU.

Tweede Kamer (2006). *Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 325, nr. 8. Den Haag: SDU.

Aanbevelingen Rapport 2004	Reactie minister van VWS
<p>1) De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan een visie op verslavingszorg uit te werken, waarin aandacht wordt besteed aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De beleidsmatige en individuele samenwerking op lokaal en regionaal niveau en de wijze waarop die verbeterd kan worden, bijvoorbeeld via gerichte projecten naar het voorbeeld van het OGGZ-beleid.</li> <li>• Het belang van de verslavingszorg als eerst verantwoordelijke voor de zorg en hulpverlening op de leefgebieden, vanwege haar expertise op het terrein van verslavingsproblematiek.</li> <li>• Verbeteringen in de signalering van verslaafden en het belang van outreachende zorg, bemoeizorg en de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen of methoden.</li> <li>• De verdere ontwikkeling van kwaliteit en innovatie van de verslavingszorg en de verschillende paradigma's die binnen de verslavingszorg bestaan.</li> </ul>	<p>De minister onderschrijft dat bijvoorbeeld huisvesting, arbeidstoeleiding, schuldhulpverlening en uitkeringen (beheer) zaken zijn die voor de doelgroep van belang zijn, maar waar zij vaak slecht toegang toe krijgen. De minister geeft aan dat hij systeemverantwoordelijk is voor de verslavingszorg, en dat de overige zaken niet onder zijn beleidsverantwoordelijkheid vallen.</p> <p>Met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt beoogd een lokaal stelsel van maatschappelijke ondersteuning op te zetten dat beter aansluit bij de behoefte van mensen aan ondersteuning in hun directe omgeving. De verantwoordelijkheden daarvoor zullen duidelijk in deze wet geregeld zijn. Omdat de verslavingszorg deel uitmaakt van deze ontwikkeling, ziet de minister geen reden een aparte visie op de verslavingszorg te ontwikkelen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De minister geeft aan dat met de afbakening tussen de AWBZ, de toekomstige Zorgverzekeringswet en de Wmo de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten en de afbakening tussen gezondheidszorg en ondersteuning duidelijker worden. Verder geeft de minister aan dat de acties die in het kader van de IBO Maatschappelijke Opvang worden ondernomen een deel van de knelpunten oppakt, waaronder het versterken van de regierol van gemeenten.</li> <li>• De minister stelt, in aansluiting op de stelling van de Algemene Rekenkamer, dat de verslavingszorg eerstverantwoordelijke voor de brede zorg aan verslaafden zou moeten zijn en dat kennis van de doelgroep inderdaad nodig is om effectief hulp te kunnen bieden. Verder ziet de minister casemanagement (zoals dat in de laatste jaren binnen de verslavingszorg is opgezet) als een uitstekend instrument voor verslaafden met meervoudige problematiek en als een product van de extramuraal GGZ (en de verslavingszorg).</li> <li>• De minister geeft aan dat in vrijwel alle regio's initiatieven genomen zijn om bemoeizorg, <i>outreaching</i> zorg en casemanagement voor langdurig verslaafden op te zetten. Naar aanleiding van de IBO Maatschappelijke Opvang wordt onder meer het bevorderen van permanente woonvoorzieningen opgepakt. Op de ontwikkeling van nieuwe methoden gaat de minister niet in.</li> <li>• De minister van VWS gaat niet specifiek in op de verdere ontwikkeling van kwaliteit, innovatie en verschillende paradigma's in de verslavingszorg, maar haalt wel het project Resultaten scoren aan, het kwaliteits- en ontwikkelingsprogramma voor de verslavingszorg.</li> </ul>

2) De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan het verzamelen en verspreiden van informatie over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek te verbeteren, bijvoorbeeld met behulp van het Trimbos-instituut. Verder beveelt zij aan ervoor te zorgen dat de registratiesystemen aansluiten bij de praktijk en bij de verschillende producten van de verslavingszorg.

De minister van VWS is het slechts ten dele eens met de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek niet zoveel bekend is. De minister verwijst naar LADIS, dat volledige en accurate gegevens bevat over de ambulante verslavingszorg en stelt dat Nederland daarmee altijd kan voldoen aan de internationale informatieplicht over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek. De minister is het met de Algemene Rekenkamer eens dat de informatie over de klinische verslavingszorg onvoldoende is. VWS en de veldpartijen werken aan de integratie van de registraties van de ambulante en klinische verslavingszorg en aan de aansluiting op de GGZ. De minister verwacht dat vanaf 2005 sprake zal zijn van een geïntegreerd informatie-systeem voor de hele verslavingszorg.

3) De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan voorlichting te geven over de (on)mogelijkheden van de privacy-wetgeving en te monitoren of dit knelpunt in de praktijk wordt opgelost.

De minister van VWS deelt de opvatting van de Algemene Rekenkamer dat een optimale gegevensuitwisseling nodig is, evenals de mogelijkheid om samenwerking af te dwingen. De minister wijst in dit verband op concrete voorstellen die aan de Tweede Kamer zullen worden gedaan in het Plan van Aanpak Verloedering en Overlast dat het Kabinet binnenkort naar de Tweede Kamer zal sturen.

4) De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan nader uit te werken welke taken de centrumgemeenten in het kader van hun regierol moeten uitvoeren, na te gaan of zij daarvoor voldoende instrumenten hebben en de wijze waarop de centrumgemeenten hun regierol invullen te monitoren.

De minister geeft aan dat ondanks aanbevelingen in eerdere rapporten<sup>1</sup>, obstakels blijven bestaan waardoor sluitende samenwerking niet van de grond komt. In het aangekondigde Plan van Aanpak van verloedering en overlast wordt een aantal concrete voorstellen gedaan om de regie op lokaal niveau te versterken. Ook met de Wmo beoogt de minister de mogelijkheden voor gemeenten om de regie te voeren te verbeteren. De minister onderschrijft het belang van goede monitoring. De wijze van monitoring in de toekomst hangt af van de financieringskeuze. Verder wijst de minister op de bestaande monitor voor de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg

5) De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan:

- duidelijk te maken welke verantwoordelijkheden actoren hebben op rijks-, regionaal en lokaal niveau, zodat zij daarop ook aangesproken kunnen worden.
- Zorgkantoren te wijzen op hun verantwoordelijkheid en hun maatschappelijk ondernemerschap en alle zorgkantoren aan te sporen productieafspraken met verslavingszorginstellingen en centrumgemeenten te maken.
- Te onderzoeken of en in hoeverre het mogelijk is regio-indelingen te stroomlijnen.

6) De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan de huidige financiering van de verslavingszorg kritisch te bekijken en toe te werken naar een eenduidige financiering met eenduidige verantwoordingseisen.

- De minister geeft aan dat met de afbakening tussen de AWBZ, de toekomstige Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten en de afbakening tussen gezondheidszorg en ondersteuning duidelijk zal worden. De minister verwijst naar de brief van 23 april 2005 aan de Tweede Kamer over dit onderwerp.
- De minister geeft aan dat verslavingszorginstellingen waarvan het werkgebied groter is dan één zorgkantorregio, de pragmatische afspraak hebben dat één zorgkantoor de productieafspraken voor de hele verslavingszorginstelling maakt. De minister heeft geen signalen ontvangen dat dit systeem niet werkt. De minister geeft aan de aanbeveling om de regio-indelingen te stroomlijnen, niet op te volgen omdat dit tot discrepanties bij GGZ, verpleegsector en gehandicaptensector zou leiden.

De minister vat de aanbeveling over de financiering van de verslavingszorg op als een aansporing om de gemeentelijk gefinancierde taken in de verslavingszorg en de AWBZ-gefinancierde verslavingszorg duidelijker te scheiden. De minister zal zich in het kader van de overheveling van de GGZ en de verslavingszorg naar de Zorgverzekeringswet beraden op de positie van de ambulante verslavingszorg. Casemanagement ziet de minister als een product van de extramurale GGZ (en verslavingszorg) dat in de toekomst onder de Zvw zal vallen. In dat kader zullen afspraken worden gemaakt over de financiering via de DBC-systematiek.

<sup>1</sup> IBO Maatschappelijke Opvang en rapport Selectieve decentralisatie en zorg voor kwetsbare groepen van de VU van Amsterdam.