

Bijlage 2 Voortgangsrapportage invoering van de zorgzwaartebekostiging

1. Inleiding

Hierbij informeer ik u – in navolging op de brief over de stand van zaken indicatiestelling in zorgzwaartepakketten (ZZP's) van 22 maart 2007 - over de voortgang van de invoering van zorgzwaartebekostiging. In deze rapportage zijn de toezeggingen verwerkt zoals ik deze heb gedaan tijdens het algemeen overleg met de Vaste Commissie VWS van de Tweede Kamer op 27 maart 2007.

2. Zorgzwaartebekostiging in het kort

Vanaf het najaar 2005 wordt gewerkt aan de invoering van zorgzwaartebekostiging voor mensen die niet langer zelfstandig kunnen wonen en langdurig zorg nodig hebben. Met de invoering van zorgzwaartebekostiging wordt het volgende nagestreefd:

- Prestatiebekostiging naar zorgzwaarte van de cliënt. Nu is de bekostiging gebaseerd op de capaciteit van instellingen (uitgedrukt in bedden of plaatsen). Bij zorgzwaartebekostiging zijn de kenmerken (de zorgzwaarte) van de cliënten bepalend voor de hoogte van de financiële vergoeding die de instelling ontvangt.
- Eén taal in de gehele zorgketen: voor de indicatiestelling, bekostiging en verantwoording worden ZZP's gebruikt. Nu zijn er verschillende bekostigingssystemen voor de verpleging&verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg en sluit de indicatiestelling hier niet op aan. Invoering van de zorgzwaartebekostiging levert daarmee een bijdrage aan vereenvoudiging in de uitvoering.
- Ruimte laten aan zorgverlener en cliënt bij de invulling van de dagelijkse zorg. Nu wordt bij de indicatiestelling vrij gedetailleerd omschreven hoeveel tijd per functie de cliënt mag krijgen; daartussen kan niet worden geschoven. Binnen het zorgzwaartepakket is substitutie wel mogelijk. Het is wel van belang dat zorgverlener en cliënt binnen die ruimte goede afspraken maken. Het zorgplan moet de cliënt duidelijkheid geven over de doelen van de zorg en de activiteiten die daarbij passen.
- Cliënt centraal. Door de invoering van zorgzwaartebekostiging wordt ook een belangrijke eerste stap gezet naar een systeem dat de prijs en de omvang van de zorg persoonsvolgend maakt. Zorgaanbieders worden geprikkeld zich meer te richten naar de cliënt. De omvang van de zorg en de beschikbare middelen voor die zorg voor individuele cliënten worden door het werken met zorgzwaartepakketten meer transparant.

De zorgzwaartebekostiging is voor mensen die niet langer zelfstandig kunnen wonen, behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving, met continu toezicht en/of een therapeutisch leefklimaat. Deze groep mensen ontvangt in een dergelijke situatie een volledig pakket AWBZ-zorg: een zorgzwaartepakket (ZZP). Een ZZP omvat het wonen, de zorg, diensten, en – als dat aan de orde is - dagbesteding en/of behandeling.

In dit nieuwe systeem krijgen instellingen vanaf 1 januari 2008 geen geld voor de beschikbare capaciteit, maar voor de geleverde zorgprestaties per cliënt. De prestaties worden uitgedrukt in een zorgzwaartepakket en voor elk pakket wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een maximumprijs vastgesteld.

3. Geleidelijke en zorgvuldige invoering

De invoering van de zorgzwaartebekostiging gebeurt geleidelijk. 2007 is een invoeringsjaar, waarin de huidige bekostigingsregels nog worden gebruikt, maar wel in de indicatiestelling wordt overgestapt naar het gebruiken van de ZZP's. In 2008 is de volledige overstap naar de nieuwe bekostiging. Dan ondervinden zorgaanbieders ook in beperkte mate de eerste financiële effecten. In 2007 ligt de nadruk op het bereiken van een gedegen en door alle partijen gedragen beeld van zorgzwaarte van de cliënten per instelling.

De eerste stap is gezet door het koppelen van cliënten aan ZZP's door zorgaanbieders (het scoren). Dit is eind januari 2007 door alle instellingen afgerond. De zorgzwaarte van 250.000 mensen die in deze instellingen wonen, is in kaart gebracht.

Een verandering zoals deze vraagt veel van alle partijen en zij hebben dan ook tijd nodig om zich voor te bereiden. De invoering van zorgzwaartebekostiging raakt alle partijen in de langdurige zorg:

- Voor cliënten verandert de wijze van indicatiestelling en zal er meer dan nu duidelijkheid komen over de hoeveelheid middelen die beschikbaar is in relatie tot de zorgzwaarte van een cliënt. Deze duidelijkheid wordt mede bereikt omdat cliënt en zorgverlener afspraken vastleggen over de zorgverlening in het zorgplan.
- Voor zorgaanbieders kan het gevolgen hebben voor de omvang van het instellingsbudget. Instellingen met een relatief 'licht' cliëntenbestand zullen mogelijk nadelige financiële effecten ondervinden, terwijl instellingen met de zorg voor meer dan gemiddeld zware cliënten kunnen rekenen op extra middelen. Deze vorm van bekostiging is een prikkel voor zorgaanbieders om hun bedrijfsvoering (inzet van mensen, geld en middelen) meer te richten naar de (zorgzwaarte van de) cliënt.
- Voor zorgkantoren zal de zorginkoop meer gericht wordt ingezet. Zij zullen meer dan nu het geval is gericht aandacht besteden aan de prijs&kwaliteit van de geleverde zorg in relatie tot de zorgzwaarte van de cliënten.

Het systeem zoals dat tot nu toe is ontwikkeld is gereed voor invoering per 1 januari 2008. 2007 is een invoeringsjaar, waarin partijen zich kunnen voorbereiden en anticiperen op mogelijke veranderingen.

4. Persoonsvolgendheid

Zorgzwaartebekostiging maakt een volledig persoonsvolgende bekostigingssysteem mogelijk. Invoering per 1 januari 2008 is een eerste stap. Mijn streven is om te komen tot een systematiek van bekostiging die persoonsvolgendheid mogelijk maakt. In dat model heeft de cliënt een 'voucher' of een trekkingsrecht op het geldbedrag van het geïndiceerde ZZP. Bekostiging via restitutie is dan mogelijk. De prijs/budget van het zorgzwaartepakket is onlosmakelijk verbonden aan de cliënt en zal bijvoorbeeld na verhuizing naar een andere zorgaanbieder in een andere regio niet in waarde wijzigen. Dit is een mogelijk eindperspectief van persoonsvolgendheid in een systeem van zorgzwaartebekostiging. Daarin zou de cliënt deze keuze kunnen hebben naast de keuze voor het aanbod dat door zijn verzekeraar is gecontracteerd. De waarde van het systeem van zorgzwaartebekostiging is hoe dan ook dat het fundament is gelegd voor persoonsvolgendheid.

Echter, ook hier geldt het uitgangspunt dat dit zorgvuldig moet gebeuren. Ik wil een zo spoedig mogelijke, maar tegelijk ook voor alle partijen verantwoorde invoering. Daarbij speelt een aantal factoren een rol:

- De afweging tussen de (financiële) continuïteit van een zorginstelling en de wens om voor elke cliënt een persoonsvolgend budget te hebben gebaseerd op de zorgzwaarte van de cliënt. Vanaf 2008 wordt de mogelijke op- of afbouw van een instellingsbudget door de invoering van zorgzwaartebekostiging in stappen uitgevoerd. In 2008 zijn dat nog beperkte financiële gevolgen. Het is onzorgvuldig om instellingen bijvoorbeeld in één jaar 20% in budget achteruit te laten gaan als gevolg van een nieuwe bekostigingssystematiek. De andere kant van de medaille is dat in 2008 instellingen die op grond van de zorgzwaarte van hun cliënten 20% meer budget zouden moeten krijgen, dit bedrag niet direct in dat eerste jaar ontvangen. Deze herverdeling van de beschikbare middelen gaat stap voor stap. De NZa zal in overleg met betrokken partijen de komende maanden dit herverdelingstraject bepalen, waarbij zij een afweging maakt tussen de benodigde financiële zekerheid voor instellingen en het tempo waarmee de gewenste

dynamiek (inclusief de persoonsvolgendheid) kan worden geïntroduceerd. Voor de cliënten kan dit betekenen dat de instelling waarin men verblijft niet direct in dat eerste jaar kan beschikken over de financiële middelen die past bij het zorgzwaartepakket waarvoor men is geïndiceerd. Ook hier is de andere kant van de medaille dat de instelling voor een bepaalde cliënt meer middelen in 2008 beschikbaar heeft dan gerechtvaardigd gezien de zorgzwaarte van deze cliënt.

- De huidige sturing en organisatie van de AWBZ. Een persoonsvolgend systeem vraagt – afhankelijk van de verdere invulling - om een andere rolverdeling bij de zorginkoop en verantwoording. Op dit moment vervullen de zorgkantoren deze rol en vanaf 2009 wordt deze taak overgeheveld naar zorgverzekeraars. Bij persoonsvolgende arrangementen veranderen de verhoudingen tussen cliënten en zorgkantoren/-verzekeraars. Aandachtspunt hierbij is of individuele cliënten in staat zijn/kunnen worden gesteld te onderhandelen met zorgaanbieders en de manier waarop zij hierbij professionele ondersteuning kunnen krijgen. Ook is het van belang dat de aanspraak van de cliënt op AWBZ-zorg scherp is afgebakend, inclusief de indicatiestelling die de cliënt recht op zorg geeft.
- De bekostiging van de zorg. In een persoonsvolgend arrangement is de prijs van een ZZP niet afhankelijk van de uitkomsten van de onderhandelingen tussen een zorgkantoor/-verzekeraar en een zorgaanbieder. In een dergelijk systeem wordt er niet gewerkt met onderhandelbare maximumprijzen voor een ZZP, maar wordt een vaste prijs bepaald voor het ZZP. De wijze waarop dat vorm krijgt, moet nader worden uitgezocht.

Ik zal de komende maanden gebruiken om – tegen de achtergrond van de hiervoor genoemde factoren - na te denken over stappen die gezet kunnen worden om de overgang naar een volledig persoonsvolgend systeem verder te bespoedigen. Hierbij zal ik ook de mogelijkheid bezien van enige budgetflexibiliteit in 2008. Ik zal hier in het najaar nader op terug komen.

5. Stand van zaken overige onderdelen

Mijn voorgangster heeft u in een brief van 16 oktober 2006 (kamerstuk 2006-2007, 26631, nr. 193) geïnformeerd over de voortgang van de zorgzwaartebekostiging. In die brief is verslag gedaan over de ontwikkeling en uiteindelijk het vaststellen van de zorgzwaartepakketten. Tevens was in de genoemde brief een planning opgenomen van activiteiten in 2007 om te komen tot een volledige invoering van de zorgzwaartebekostiging met ingang van 1 januari 2008.

De hoofdlijnen van de planning van activiteiten uit de brief van 16 oktober 2006 zijn nog steeds actueel. De invoering van zorgzwaartebekostiging gaat in twee stappen:

- Het is mijn inzet om vanaf 1 juli 2007 (was in eerdere planning zoals gezegd 1 april 2007) te starten met de indicatiestelling in ZZP's. Over de haalbaarheid van deze planning ben ik nog in gesprek met de belangrijkste ketenpartners (CVZ, CIZ en ZN). Ik heb u tijdens het AO toegezegd u te informeren over de uitkomsten van dit overleg.
- Vanaf 1 januari 2008 bekostiging op basis van maximumprijzen voor de ZZP's.

De invoering verloopt budgettair neutraal per sector (verpleging&verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg). Dat betekent dat zorgzwaartebekostiging in eerste instantie zal leiden tot herverdeling van het beschikbare budget binnen een sector. Vanaf 2008 wordt, zoals ik hiervoor al aangaf, gestart met een geleidelijke op- of afbouw van instellingsbudgetten met beperkte financiële gevolgen in 2008.

Om per 1 januari 2008 de zorgzwaartebekostiging volledig in te kunnen voeren, moeten vier zaken geregeld zijn:

- 1 Voor het merendeel (circa 95%) van de cliënten is er een passend zorgzwaartepakket en per pakket is door de NZa een maximumprijs vastgesteld.
- 2 De indicatiestelling is in zorgzwaartepakketten.
- 3 Per instelling is er een betrouwbaar en representatief beeld van de zorgzwaarte van de cliënten, waardoor het mogelijk wordt om productieafspraken voor het jaar 2008 te maken in ZZP's.
- 4 Zorgaanbieders, cliënten en zorgkantoren zijn voorbereid op de start van de nieuwe bekostiging.

1. Zorgzwaartepakketten voor het merendeel van de cliënten en per pakket een prijs

In 2006 zijn 45 ZZP's ontwikkeld, uitgetest in twee pilots en getoetst bij alle betrokkenen (zorgaanbieders, zorgkantoren en cliënten). Uiteindelijk zijn de 45 ZZP's vastgesteld in het najaar van 2006. In de voortgangsrapportage van 16 oktober 2006 is meer uitvoerig bericht over de totstandkoming van deze pakketten.

In de voortgangsrapportage van 16 oktober 2006 werd er nog vanuit gegaan dat de NZa - mede op basis van de uitgevoerde pilots - in november 2006 informatie zou geven over de (voorlopige) prijzen van de ZZP's. Omdat de ontwikkelde prijzen nog onvoldoende waren onderbouwd en nog vele vragen opwierpen zijn deze niet door de NZa bekend gemaakt. Met name de prijs voor de functie verblijf¹ - die deel uitmaakt van de prijs van ieder zorgzwaartepakket - was nog onvoldoende onderbouwd. De NZa heeft om die reden de keuze gemaakt om geen voorlopige prijzen naar buiten te brengen, maar meer tijd te besteden aan het ontwikkelen van prijzen voor de ZZP's die stabiel en betrouwbaar zijn.

De NZa heeft recent aangegeven dat de voorlopige prijzen in juni 2007 bekend zijn. In november 2007 zullen de definitieve prijzen met het oog op 2008 worden vastgesteld. Omdat de voorlopige prijzen later bekend zijn, heeft de NZa aangegeven daarmee rekening te zullen houden bij de ontwikkeling van het herallocatietraject. Omdat instellingen in 2007 minder tijd dan voorzien hebben gehad om zich te kunnen voorbereiden op de financiële gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekostiging, zullen deze gevolgen in 2008 zeer beperkt worden gehouden.

Op dit moment wordt specifieke aandacht besteed aan de volgende elementen:

- De omvang van de component behandeling van de zorgzwaartepakketten voor de GGZ is in de maanden december 2006 tot en met februari 2007 getoetst aan de hand van gegevens uit de DBC-registratie. Er heeft een eerste bespreking plaatsgevonden met betrokken partijen over de gevonden omvang van de component behandeling. Medio april zal de omvang van de component behandeling van de GGZ-pakketten definitief worden vastgesteld. Het gaat daarbij met name om de omvang van de component behandeling van de pakketten GGZ 1 t/m 3 voor 'voortgezet verblijf' waarbij de behandeling in de pakketomschrijving vooralsnog op PM stond.
- De NZa is een onderzoek gestart naar een tarief voor volwaardige en kwalitatief goede dagbesteding in de gehandicaptenzorg. Uitkomsten zijn beschikbaar in september 2007 en worden betrokken bij het bepalen van de definitieve prijzen van de ZZP's in november 2007.
- Cliënten met een extra of extreme zorgvraag. Het ClZ zal - als de indicatiestelling in ZZP's van start gaat - alle cliënten bij de indicatiestelling indelen in het meest passende ZZP. Verreweg de meeste cliënten zullen bij deze indeling kunnen worden ingedeeld in een ZZP

¹ Hieronder valt de voeding, schoonmaak, toezicht, recreatie e.d.

dat niet alleen qua profiel, maar ook qua hoeveelheid zorg die dat pakket omvat, passend is. Er zal dan een heel beperkte groep cliënten overblijven waarvoor geldt dat ze weliswaar zijn ingedeeld in het meest passende profiel, maar dat de hoeveelheid zorg die daarin is opgenomen zwaar onvoldoende is voor de benodigde zorg van de desbetreffende cliënt. Ik heb de NZa gevraagd om een vangnetregeling te ontwerpen voor juist die groep cliënten. De Nederlandse Zorgautoriteit gaat er bij het ontwerpen van deze regeling vanuit dat bestaande opslagen die voor bijzondere groepen in de huidige bekostigingssystematiek worden gehanteerd - voorzover zij met zorgzwaarte te maken hebben - zoveel mogelijk in de ZZP-systematiek zijn opgenomen. De vangnetregeling is daarmee met name bedoeld voor mensen met extreem veel behoefte aan zorg (veel meer uren zorg benodigd dan in het hoogste pakket is opgenomen). Over de wijze waarop de regeling wordt vormgegeven vindt overleg plaats met de NZa en CIZ. Ik denk aan de uitbreiding van een "CCE-achtige"-constructie zoals die nu ook binnen de gehandicaptenzorg al geldt. In de gehandicaptenzorg hebben instellingen de mogelijkheid om voor cliënten waarvan de bekostiging via de geldende regels onvoldoende is aanvullende financiering aan te vragen. Daartoe dienen zij een goed onderbouwd zorgplan op te stellen. Dit zorgplan wordt inhoudelijk beoordeeld door het CCE, dat daarover een advies uitbrengt. Het zorgkantoor beoordeelt de financiële kant van de zaak. Aanvragen kunnen alleen worden ingediend boven een bepaald drempelbedrag, wat de doelmatigheid van de uitvoering bevordert.

- De keuze voor een persoonsgebonden budget blijft een belangrijke keuzemogelijkheid in de AWBZ. Momenteel zijn er ongeveer 6.000 mensen in Nederland die, met een verblijfsindicatie, ervoor kiezen zelfstandig te blijven wonen met een pgb voor de zorg. Er is bij deze groep onrust over de vraag wat de nieuwe manier van indiceren en bekostigen via de ZZP's voor hen betekent. Ik neem deze zorgen uiteraard serieus. In het kader van de invoering van zorgzwaartebekostiging worden al stappen gezet om een mogelijk probleem in kaart te brengen, te wegen en op basis daarvan een oplossingsrichting te bepalen. De hoogte van het budget van bestaande budgethouders die worden geherindiceerd in een ZZP verandert in 2007 niet. Dat is ook in lijn met een eerder door Tweede Kamer aangenomen motie Van Miltenburg.

2. Indicatiestelling gebaseerd op de zorgzwaartepakketten, en cliënt en zorgverlener maken vervolgens samen een zorgplan

Start indicatiestelling

Ik heb u op 22 maart 2007 geïnformeerd over de vertraging bij de start van de indicatiestelling in zorgzwaartepakketten. De planning was dat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) per 1 april 2007 hiermee zou starten. Om mogelijke problemen in het berichtenverkeer te voorkomen is in samenspraak met alle partijen afgesproken om deze start enige maanden op te schorten. Dit geeft betrokken partijen (Centrum Indicatiestelling Zorg/CIZ, College voor Zorgverzekeringen/CVZ en Zorgverzekeraars Nederland/ZN) de tijd om het berichtenverkeer zodanig te regelen dat dit niet zal leiden tot mogelijk nadelige gevolgen voor zorgaanbieder, cliënt en zorgkantoor. Ik wil geen enkel risico lopen op de kwaliteit en zorgvuldigheid van de indicatiestelling. Om die reden voelde ik mij –zoals eerder gezegd - genoodzaakt om te besluiten dat op 1 april 2007 nog niet gestart wordt met het indiceren in zorgzwaartepakketten. Ik heb u tijdens het AO toegezegd over een definitieve datum zo als mogelijk te informeren. Over de uitkomsten van het overleg met de ketenpartners zal ik u zo snel mogelijk informeren.

Voor de groep jeugdigen in de GGZ die in aanmerking komt voor een volledig pakket AWBZ-zorg in de GGZ is in samenwerking met de Bureaus Jeugdzorg, GGZ-NL en het CIZ een opleidingsprogramma opgesteld voor de indicatiestelling naar ZZP's.

Omzetting non indicaties

Uit de zorgzwaartemeting door de zorginstellingen blijkt dat er op dit moment ongeveer 55.000 cliënten in een instelling verblijven zonder rechtsgeldige indicatie.

In de voortgangsrapportage van 16 oktober 2006 is aangegeven dat voor deze groep zorgvuldig de score wordt omgezet in een rechtsgeldige indicatie. Het CIZ ontwikkelt op dit moment een plan van aanpak voor deze omzetting. Van omzetting kan pas sprake zijn nadat daadwerkelijk indicatie in termen van ZZP's van start is gegaan.

Zorgplan wettelijk verplicht

Een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van de positie van de cliënt wordt geleverd door het zorgplan. Voor mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg via de AWBZ moet het duidelijk zijn welke zorg en ondersteuning zij krijgen van de zorgaanbieder. Het zorgplan is een goed en al bestaand instrument om inhoudelijke afstemming te vinden over de huidige en gewenste situatie van de cliënt; om - met andere woorden - het indicatiebesluit te vertalen naar de dagelijkse zorgverlening.

Voorgesteld wordt een algemene maatregel van bestuur (amvb) te maken op grond van artikel 6 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het is niet de bedoeling om in de voorgestelde amvb tot in detail te gaan voorschrijven waar een zorgplan aan moet voldoen. In de amvb zal worden bepaald:

1. dat er voor iedere cliënt in de intramurale AWBZ-zorg een zorgplan moet zijn;
2. het doel van een zorgplan;
3. de definitie van een zorgplan: het document waarin voor een cliënt voor de komende periode doelen worden gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de persoon;
4. dat zichtbaar moet zijn op welke manier over het zorgplan met de cliënt is overlegd;
5. dat duidelijk moet zijn in welke frequentie het zorgplan wordt geëvalueerd en geactualiseerd.

Het zorgplan wordt vanaf najaar 2007 wettelijk verplicht in het kader van de Kwaliteitswet. Vanaf de datum van inwerkingtreding zullen zorgaanbieders voor alle nieuwe cliënten een zorgplan moeten maken. Voor het jaar 2008 zullen nadere afspraken worden gemaakt over het tempo waarin een zorgplan beschikbaar moet zijn voor alle cliënten.

Tijdens het AO op 27 maart jl. heb ik u toegezegd ook het traject te starten gericht op het wettelijk verplicht stellen van de zorgleveringsovereenkomst. Daarmee is tot op heden nog geen aanvang gemaakt. In de brief van 12 december 2006 van mijn voorgangster naar aanleiding van toezeggingen uit het Algemeen Overleg van 7 december 2006 over de modernisering van de AWBZ, werd deze weg afgewezen. Voor effectuering van deze juridische voorziening zal ik een nadere planning opstellen. Ook zal ik bezien of de controle op de naleving van het zorgplan (thans IGZ) hiermee ook langs privaatrechtelijke weg gewaarborgd kan worden.

3. Inzicht in de zorgzwaarte van cliënten

Zorgzwaartemeting door alle instellingen

Vanaf 1 november 2006 tot eind januari 2007 is door zorgaanbieders – aan de hand van een door VWS ontwikkeld meetinstrument ('het zorgzwaartescoreprogramma') – de zorgzwaarte van de huidige 250.000 cliënten die verblijven in een zorginstelling in kaart gebracht. Met deze inspanning is niet alleen voor iedere instelling, maar ook voor iedere zorgkantorregio en op landelijk niveau inzicht in de verdeling van de zorgzwaarte (uitgedrukt in ZZP's).

De 250.000 cliënten zijn als volgt verdeeld over de sectoren/doelgroepen:

- 165.000 mensen in de verpleging&verzorging;
- 65.000 mensen in de gehandicaptenzorg;
- 20.000 mensen in de GGZ².

De instellingen hebben een grote prestatie geleverd door in een relatief korte tijd de zorgzwaarte van al hun cliënten in kaart te brengen. Deze gegevens worden gebruikt als input voor het maken van productieafspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieders over het jaar 2008. Deze opgave van de zorgaanbieder wordt objectief en onafhankelijk gecontroleerd door het CIZ. Dat gebeurt steekproefsgewijs in de periode vanaf april tot en met augustus 2007. Daarbij worden instellingen geselecteerd op basis van een risicoanalyse (bijvoorbeeld instellingen die in opvallende mate afwijken van het landelijke of regionale gemiddelde).

Na de controle door het CIZ is er een goed en betrouwbaar beeld van de zorgzwaarte van de huidige cliëntenpopulatie. Ik wil op deze plek overigens nogmaals benadrukken dat een gecontroleerde ZZP-score niet hetzelfde is als een rechtsgeldige indicatie.

Opmaat naar zorginkoop 2008

De productieafspraken 2008 zullen luiden in termen van zorgzwaartepakketten. De (door het CIZ gecontroleerde) zorgzwaartescore van cliënten zoals in beeld gebracht door zorgaanbieders vormt daarbij de input. Ook worden bij het maken van deze productieafspraken de indicaties betrokken zoals afgegeven door het CIZ. Tevens wordt hierbij een inschatting gemaakt van wijzigingen in de populatie gedurende het jaar. Zorgaanbieders zullen hiertoe in het najaar 2007 een opgave productie opstellen. Over de exacte spelregels voor de productieafspraken worden nadere afspraken gemaakt. Deze spelregels zullen in juni 2007 bekend worden.

Bij de zorginkoop speelt ook doelmatigheid een rol. Het zorgkantoor moet er voor zorgen dat de zorg voldoende passend is en kwalitatief goed in het licht van de geïndiceerde zorg.

4. Zorginstellingen, zorgkantoren en cliënten zijn voorbereid

Invoering van zorgzwaartebekostiging heeft gevolgen voor alle partijen in de zorg: cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. De zorgzwaartepakketten worden in de hele keten gebruikt en het is dan ook van groot belang dat alle partijen actief in deze keten zijn voorbereid op deze verandering.

Voorbereiding zorginstellingen

Vanaf het najaar 2006 is de communicatie richting zorginstellingen gestart. In regionale bijeenkomsten (september-oktober 2006) zijn instellingen geïnformeerd over de inhoud van de ZZP's, de aanpak van de zorgzwaartemeting en de planning van de invoering. Eerste verantwoordelijkheid voor een goede voorbereiding ligt bij de zorginstellingen en de brancheorganisaties (ActiZ, VGN en GGZ-NL).

Vanuit VWS wordt periodiek gemeten met de zogenoemde ZZP-check of instellingen actief aan de slag zijn. Uit de eerste nulmeting van januari 2007 blijkt dat het management van instellingen (raad van bestuur/directie) over het algemeen goed op de hoogte is van zorgzwaartebekostiging, maar dat op de werkvloer nog beperkt actieve kennis is van deze verandering. Dat is op dit moment nog geen struikelblok voor de invoering. Het is van belang dat instellingen vanaf 1 januari 2008 minimaal in staat zijn om geleverde zorg in termen van ZZP's te registreren en verantwoording af te leggen over het aantal geleverde ZZP's in dagen. Een groot deel van de instellingen geeft aan daar nu al toe in staat te zijn. Daarnaast geeft een grote groep instellingen aan daarmee aan de slag te gaan.

² Betreft die cliënten die na de overheveling van delen van de zorg naar de ZVW in de AWBZ achterblijven

In juni 2007 worden voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd waarbij het gaat om de voorbereiding van instellingen op de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

Sinds dit najaar 2006 is er een helpdesk ingericht voor zorgaanbieders waar vragen kunnen worden gesteld over de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

Cliëntgids

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en VWS hebben in gezamenlijkheid een cliëntgids gemaakt. De cliëntgids geeft per zorgzwaartepakket een begrijpelijke toelichting op de inhoud van het zorgzwaartepakket (cliëntprofiel, betekenis van het aantal uren) en beschrijving op hoofdlijnen van het zorgaanbod dat in de regel bij een dergelijk pakket hoort.

De cliëntgids zal in mei 2007 beschikbaar zijn voor de verpleging&verzorging, verstandelijk en lichamelijk gehandicapten. In december 2006 is bij cliënten een eerste versie getest. Hierbij bleek dat de begrijpelijkheid nog onvoldoende was. Dit is de reden waarom is besloten om in december 2006 nog niet tot publicatie over te gaan. Door een gespecialiseerd bureau is het taalgebruik in de gids aangepast en op een zodanig niveau gebracht (B1-niveau), zodat 95% van de Nederlandse bevolking de inhoud begrijpt.

Cliëntondersteuning en voorlichting

Door de invoering van zorgzwaartebekostiging komt de cliënt veel meer dan nu in de positie om met de zorgverlener in overleg te gaan over de zorg die men krijgt. Dat betekent dat de zorgverlener zich ook meer zal moeten 'richten' naar de cliënt. Het zorgplan stimuleert dit.

Voor de cliëntondersteuning kies ik de volgende benadering:

Ik ga uit van de huidige organisaties die cliëntondersteuning bieden. Ik noem er een aantal:

- MEE-organisaties, die klanten helpen bij de vraagverheldering. Daarnaast zijn er ook andere organisaties, zoals ggz-steunpunten, ouderenadviseurs, cliëntenorganisaties etc, die op meerdere terreinen nu diensten/informatie verstrekken.
- Zorgaanbieders zijn gehouden om klanten de nodige ondersteuning/coördinatie te geven om hun zorg in te vullen.
- Zorgbehoevenden beschikken - indien ze zelf niet in staat zijn om voor zichzelf op te komen - over familieleden en mantelzorgers die namens hen het woord voeren en op die manier ook goed betrokken blijven en kunnen meepraten over het zorgaanbod.
- Voor hen die geen familieleden hebben en handelsonbekwaam zijn, bestaat ook de mogelijkheid om te beschikken over een mentor.
- Er zijn ook de cliëntenraden in instellingen, die over de nodige expertise beschikken.

Wat betreft de voorlichting aan cliënten is gekozen om vast te houden aan de reguliere kanalen.

Dat betekent:

- bij de indicatiestelling ontvangen cliënten een begrijpelijke beschrijving van het geïndiceerde zorgzwaartepakket; deze beschrijving is afkomstig van de cliëntgids. Vragen over het indicatiebesluit kunnen cliënten – net als nu het geval is – stellen aan het CIZ.
- De cliëntgids over de zorgzwaartepakketten wordt beschikbaar gesteld via www.kiesbeter.nl.
- Voor cliëntorganisaties wordt een 'train-de-trainer'-aanpak gevolgd. Dat betekent dat medewerkers van cliëntenorganisaties worden voorgelicht en opgeleid in het werken met zorgzwaartepakketten. Vervolgens kunnen deze medewerkers op basis van deze training deze kennis en informatie verder verspreiden.
- Voor cliëntenorganisaties is een help desk beschikbaar, waar vragen kunnen worden gesteld over de zorgzwaartebekostiging.
- Via de website www.zorgzwaartebekostiging.nl en (digitale)nieuwsbrieven wordt algemene informatie over het project verspreid.

Gezien het belang van een goede cliëntondersteuning zal ik op basis van de hiervoor genoemde uitgangspunten een plan van aanpak opstellen. Dit plan van aanpak zal ik opstellen in samenspraak met cliëntenorganisaties, zal daarbij de rol van bestaande ondersteuningsorganisaties (met name MEE) betrekken, en ik zal een afweging maken in hoeverre inschakeling van de WMO-loketten zinvol is. In juni ontvangt u van mij dit plan van aanpak.

Daarbij zal ik zo veel mogelijk aansluiten bij bestaande organisaties. Ik acht het in het kader van mijn ambitie om de bureaucratie te verminderen niet wenselijk een nieuw instituut in het leven te roepen.

6. Planning invoering zorgzwaartebekostiging per 1 januari 2008

Zoals hiervoor is vermeld zal de indicatiestelling in ZZP's later van start gaan dan beoogd. Deze vertraging heeft geen gevolgen voor de invoering van zorgzwaartebekostiging per 1 januari 2008. Met alle partijen is afgesproken dat de zorginkoop 2008 wordt gebaseerd op twee zaken:

- de zorgzwaartescore van alle huidige cliënten: deze is op tijd door alle zorgaanbieders uitgevoerd en wordt de komende drie maanden door het CIZ gecontroleerd. Dit zijn geen formele indicatiebesluiten, maar geven wel een beeld van de zorgzwaarte van cliënten in zzp's.
- de reguliere indicatiestelling naar ZZP's door het CIZ. De start hiervan is dus vertraagd. Betekent dat meer geleund zal worden op de opgave van de zorgaanbieders en de controle daarop.

Ander belangrijk element zijn de prijzen van de ZZP's. De NZa zal in juni deze prijzen bekend maken. Omdat zorginstellingen beperkte tijd hebben om zich voor te bereiden op mogelijke financiële gevolgen, heeft de NZa nu al aangegeven dat gevolgen voor het instellingsbudget in 2008 beperkt zullen zijn. Betekent dus: het systeem van zorgzwaartebekostiging wordt op 1 januari 2008 ingevoerd, maar de financiële gevolgen worden in 2008 in beperkte mate en in de jaren daarna volledig geëffectueerd.

7. Risico-analyse

In het project zijn drie hoofdrisico's te onderscheiden. In onderstaande tabel worden deze benoemd en wordt aangegeven wat daarvan de mogelijke effecten en gevolgen zijn. Tevens worden de belangrijkste beheersmaatregelen geschetst.

Risico	Effect	Gevolgen voor invoering	Beheersmaatregelen
1. Technische inregeling van het indicatiestellingsproces	Niet tijdig starten van indicatiestelling	Onvoldoende/minder informatie beschikbaar (naast scores door instellingen) om productie 2008 op te baseren	- Frequent overleg met CIZ, CVZ en ZN - Uiteindelijk: nog geen financiële effecten bij start van invoering in 2008
2. Score van zorgzwaarte door instellingen blijkt niet correct	- Onvoldoende betrouwbare informatie om inkoopproces 2008 goed te laten verlopen - Druk op de bepaling van tarieven	- Ingekochte ZZP's en daadwerkelijke levering door instellingen gaan uit elkaar lopen - 'Scheefheid' in de inkoop ten koste van de cliënt	- CIZ controleert (steekproefsgewijs) de scores - Mogelijkheid om volume niet voor 100% te contracteren

3. Bepaling van de prijzen (geen voorlopige prijzen in juni)	Niet tijdig zicht op de tarieven, waardoor instellingen zich onvoldoende op de effecten kunnen voorbereiden	Financiële gevolgen kunnen nog niet doorwerken in 2008	- frequent overleg met de NZa - Uiteindelijk: geen financiële gevolgen in 2008 voor instellingen en pgb-houders
--	---	--	--

8. Voortgang volledig pakket thuis

Er zijn verblijfsgeïndiceerden die liever thuis willen blijven. Het vorige kabinet had besloten dat vanaf april 2007 deze mensen in aanmerking konden komen voor een "volledig pakket zorg thuis" (VPT). Bij de behandeling van de Wmo was dit met de Kamer afgesproken.

Met het VPT kan de verzekerde die in het bezit is van een indicatiebesluit voor verblijf de integrale verblijfszorg thuis geleverd krijgen. Het zorgzwaartepakket zou dan men dan dus ook buiten de AWBZ-instelling krijgen, bijvoorbeeld in een aanleunwoning of woonzorgcomplex.

De invoeringsdatum van het VPT heeft mijn voorganger gekoppeld aan de invoering van zorgzwaartepakketten. Nu de indicatiestelling later start, zal ik ook later starten met het volledig pakket thuis. De gemaakte afspraken over huishoudelijke verzorging voor verblijfsgeïndiceerden zonder opname blijven onverkort van kracht.

Nu invoering van het VPT niet per 1 april kan doorgaan blijft de huidige situatie dus nog wat langer bestaan. Voor de overgrote meerderheid van de mensen is dat geen probleem: voor hen is het overgangsrecht van toepassing tot 1 januari 2008. De gemeenten levert de HV dan gewoon nog. Gemeenten hebben het geld daarvoor gehad.

Bij de groepen waar het overgangsrecht niet geldt, blijven de bestaande afspraken van kracht. Dat betekent dat:

- De groep verblijfsgeïndiceerden van wie het indicatiebesluit tussen de periode 1 januari tot en met de invoering van het VPT verloopt, een administratieve verlenging van hun indicatiestelling krijgen.
- De groep nieuwe verblijfsgeïndiceerden in de periode vanaf 1 januari 2007 tot de invoering van het volledig pakket thuis is aangewezen op huishoudelijke verzorging via de gemeente.

9. Tot slot

Ik heb u toegezegd een voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging elke drie maanden toe te sturen. Volgende staat gepland voor eerste week juni 2007.

U ontvangt van mij separaat nog een schriftelijke reactie over omslagpunten voor bijvoorbeeld terminale cliënten en beademingscliënten.

Als bijlage bij dit plan is een gedetailleerd plan van aanpak bijgevoegd. Dat is een document waarop versiebeheer wordt toegepast en dat op de website www.zorgzwaartebekostiging.nl is in te zien. Dit plan beschrijft op een gedetailleerd niveau voor medewerkers van zorginstellingen, indicatieorganen en zorgkantoren hoe de planning van activiteiten er in 2007 uit ziet.

Bijlage 1.1 (Bereikte) mijlpalen invoering zorgzwaartebekostiging 2007-2008

Januari 2006	Plan van aanpak zorgzwaartebekostiging	Afgerond
Maart-april 2006	Gegevensverzameling t.b.v. bekostiging onder 100 instellingen met 17.500 cliënten (pilot bekostiging)	Afgerond
April-juni 2006	Pilot indicatiestelling door CIZ: 5 regio's en 7.000 cliënten	Afgerond
Juni-Juli 2006	Zorgzwaartepakketten V&V en GZ aangepast en vastgesteld naar aanleiding van nader onderzoek en CIZ-pilots	Afgerond
September 2006	Regionale informatiebijeenkomsten met ca. 2.100 deelnemers	Afgerond
	Zorgzwaartepakketten GGZ aangepast en vastgesteld	Afgerond
November 2006	1 november. Start ZP-score door zorgaanbieders met peildatum 1-11-06. Tot 29 januari 2007.	Afgerond
December 2006	Eerste offerte zorgaanbieders aan zorgkantoor voor productieafspraken 2007 (in oude termen/te leveren dagen)	Afgerond
Februari 2007	Opgave zorgzwaartescores door zorgaanbieders bij zorgkantoren	Afgerond
	Bespreking productieafspraken 2007 tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.	Afgerond
	Nadere toets omvang behandeling in zorgzwaartepakketten GGZ op basis van DBC-registratie	Loopt
Februari-maart 2007	Beoordeling zorgzwaartemeting door zorgkantoren t.b.v. invulling controleprogramma CIZ	Loopt
Maart 2007	Budgetformulier 2007 ingediend bij NZa. Bestaat uit 2 delen. <ul style="list-style-type: none"> ● Deel I is gebaseerd op de oude bekostigingsparameters ● Deel II is gebaseerd op de indeling in zorgzwaartepakketten. 	Afgerond
Maart-augustus 2007	Controle ZP-scores onder leiding van CIZ	Loopt
Maart-april 2007	Toets en onderhoud aan zorgzwaartepakketten aan de hand van uitkomsten zorgzwaartemeting t.b.v. 2008	Loopt
April 2007	Vaststellen zorgzwaartepakketten GGZ op basis van DBC-registratie	
Mei 2007	Cliëntgids gereed voor de V&V sector, lichamelijk gehandicapten en verstandelijk gehandicapten. Verspreiding onder alle relevante organisaties van cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders.	
Juni 2007	Plan van aanpak cliëntenondersteuning gereed	
1 Juli 2007	Start indicatiestelling in Zorgzwaartepakketten	
	Start regeling verblijfszorg thuis	
	2e ronde productieafspraken 2007, verwerking mutaties (uitstroom/instroom) en uitkomsten controle CIZ	

September 2007	Zorgzwaarte cliëntpopulaties per instelling vastgesteld	
Oktober 2007	3e ronde productieafspraken 2007. Vorbereiding productieafspraken 2008. Opgave zorgzwaarte cliënten door zorgaanbieders (mogelijk aangepast naar aanleiding van CIZ-controle)	
November 2007	Maximumprijzen van de zorgzwaartepakketten voor 2008 vastgesteld door NZa. Definitieve vaststelling herallocatiebedragen per instelling voor 2008 (en afhankelijk van omvang eventueel ook voor latere jaren)	
Vanaf Januari 2008	Zorgzwaartebekostiging heeft ook financiële gevolgen voor instellingen en cliënten	
Maart 2008	Budgetformulier 2008 ingediend bij NZa: Productieafspraken luiden alleen in termen van zorgzwaartepakketten	
Juli en oktober 2008	Aanvullende productieafspraken in ZZP's	
2009	Nacalculatie productie 2008 in ZZP's	