



Nederlandse
Zorgautoriteit

Toezichttoets Zorgzwaartebekostiging intramurale AWBZ-zorg

Toezichttoets

Zorgzwaartebekostiging intramurale AWBZ-zorg

Inhoud

Samenvatting conclusies toezichttoets zorgzwaartebekostiging intramurale AWBZ	5
1. Aanleiding	7
2. Invalshoek toezichttoets	9
3. Bevindingen toezichttoets	11
3.1 Toezichtbevindingen beoogde eindsituatie	11
3.1.1 Financiële rechtmatigheidseisen	11
3.1.2 Overige rechtmatigheids- en doelmatigheidseisen	13
3.2 Toezichtbevindingen overgangssituatie	19
3.3 Samenvatting antwoorden op specifiek gestelde vragen	21
Bijlage 1: Voorgestelde zorgzwaartebekostiging AWBZ intramuraal	23
Bijlage 2: Eisen aan rechtmatige en doelmatige uitvoering	27
Bijlage 3: Brief VWS 28 februari 2006	31
Bijlage 4: Brief VWS 20 juni 2006	47
Bijlage 5: Brief CTZ 28 september 2006	65

Samenvatting conclusies toezichttoets zorgzwaartebekostiging intramurale AWBZ

Belangrijke conclusies in de toezichttoets zijn:

- In de beoogde eindsituatie voorziet het CTZ¹ wat betreft de financiële rechtmatigheidseisen geen knelpunten als gevolg van de invoering van ZZP's. Voor een efficiënte vaststelling of AWBZ-uitgaven rechtmatig zijn is het noodzakelijk dat alle partijen in de zorgverlenings- en controleketen kunnen steunen op voldoende en betrouwbare gegevens in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR).
- Duidelijk onderscheidbare ZZP's zijn van groot belang. De helderheid en eenduidigheid van de ZZP-omschrijvingen zal voor de NZa een belangrijk aandachtspunt zijn bij de monitoring vanaf het moment van invoering van de ZZP-bekostiging. In de toets worden vraagpunten opgeworpen rond het onderscheid tussen intramurale en extramurale zorgprestaties. Het is noodzakelijk dat hiervoor al voor de invoering van de ZZP's als basis voor de bekostiging oplossingen worden gevonden. CTG/ZAio heeft VWS hiertoe in de brief van 10 juli 2006 een voorstel gedaan.
- De consequenties van eventuele onduidelijkheden in de afbakening tussen ZZP's zijn anders en minder risicovol dan het geval is in de cure-sector met betrekking tot dbc's. De onafhankelijke indicatiestelling in de AWBZ verkleint het risico van 'upcoding' door de zorgaanbieder (het koppelen van een cliënt aan een duurdere ZZP dan nodig gelet op zijn zorgbehoefte). Voor zover het CIZ de indicatiestelling mandateert aan een instelling, blijft het CIZ verantwoordelijk voor de juistheid daarvan en de controle daarop. Met het oog op een doelmatige uitvoering van de AWBZ zal bij de aansturing van het CIZ de controle van het CIZ op door zorgaanbieders gestelde indicaties wel een belangrijk aandachtspunt moeten zijn.
- Het belangrijkste risico dat door de materiële controles moet worden afgedekt is dat cliënten minder zorg krijgen dan de zorg die zij binnen hun indicatie nodig hebben. Zorgkantoren moeten hiermee bij de invulling van hun controleplannen rekening houden.
- Het CTZ onderkent de meerwaarde van het onderscheid tussen een algemene zorgovereenkomst en een zorgplan waarin de zorg per cliënt nader wordt ingevuld. Door aan het ontbreken van een zorgovereenkomst financiële consequenties te verbinden heeft de zorgaanbieder een sterke prikkel om ervoor zorg te dragen dat er met iedere cliënt een zorgovereenkomst wordt gesloten. Wel moet worden gewaakt voor een te rigide toepassing, omdat dit kan leiden tot ongewenste effecten in een situatie waarin een cliënt wel de geïndiceerde zorg krijgt maar weigert daarmee expliciet in te stemmen door het zetten van een handtekening onder een door de zorgaanbieder voorgelegde overeenkomst.
- Mede vanuit het oogpunt van de benodigde controles is een betrouwbare registratie nodig van afgesloten zorgovereenkomsten. Ook moet er een administratieve koppeling aanwezig zijn tussen de zorgovereenkomst en de cliënt, plus de mogelijkheid van controle op

¹ Per 1 oktober 2006 is het CTZ samen met het College tarieven gezondheidszorg (CTG) opgegaan in de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

de daadwerkelijke aanwezigheid. Het verplicht moeten aanbieden van een zorgovereenkomst brengt een administratieve belasting met zich voor zorgaanbieders. Aangezien het hier gaat om een standaardovereenkomst (waarin op cliëntniveau alleen moet worden aangegeven om welke ZZP het gaat en op welk moment de zorg aanvangt) lijkt die belasting, in verhouding tot de verwachte voordelen voor de cliënt, aanvaardbaar. De administratieve belasting kan worden beperkt indien kan worden aangesloten bij de melding aanvang zorg in de AZR.

- De informatie-uitwisseling in de keten gebeurt in hoofdzaak in ZZP-termen. Zorgkantoren moeten daarnaast ten behoeve van hun materiële controles kunnen beschikken over de benodigde informatie van zorginstellingen. Gelet op de invoering van ZZP's en het verhoogde risico van te beperkte invulling van de zorg is bijvoorbeeld informatie over de wijze van aansturing van het personeel van de instelling in relatie tot de indicatie van cliënten relevant. Hoe wordt bijvoorbeeld gewaarborgd iedere cliënt dagelijks de zorg krijgt die past bij zijn indicatie? Dit geldt ook voor rapportages binnen de instelling over de geleverde zorg. De voorgestelde invoering van ZZP's in de bekostiging staat een effectieve en efficiënte informatie-uitwisseling tussen zorgkantoren en zorgaanbieders niet in de weg. Door optimale aansluiting tussen de verantwoordingsinformatie en de informatie die ook in het kader van de bedrijfsvoering van de instelling nodig is, kan extra administratieve belasting worden voorkomen.
- Geconstateerd wordt dat op een aantal punten meer duidelijkheid nodig is om te weten waarvoor zorgkantoren verantwoordelijk zijn en door de toezichthouder kunnen worden aangesproken.
- Voor het overgangsjaar 2007 vraagt het CTZ VWS met name om duidelijkheid te bieden over de eisen die moeten worden gesteld aan de indicatiestelling in verband met de rechtmatigheid van uitgaven ten laste van de AWBZ. In dat jaar kan namelijk sprake zijn van ontbrekende indicaties, indicaties in termen van functies (met uren per functie) en indicaties in ZZP's (al dan niet gevalideerd). De zorglevering en bekostiging vindt nog plaats in de huidige budgetparameters.

1. Aanleiding

De staatssecretaris van VWS heeft het voornemen om per 1 januari 2007 een start te maken met de invoering van een AWBZ-brede prestatiebekostiging op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's). In een brief van 28 februari 2006 (zie bijlage 3) heeft VWS het CTZ verzocht om uiterlijk medio oktober 2006 een toezichttoets uit te brengen over de voorgenoemde maatregelen. Discussie in de Tweede Kamer heeft in de maanden daarna geleid tot een aantal aanpassingen en nadere invulling van de voorstellen. Op 20 juni 2006 heeft VWS het CTZ een afschrift gezonden van het plan van aanpak zorgzwaartebekostiging zoals dat begin juni aan de Tweede Kamer is gezonden (zie bijlage 4).

In het verzoek om de toezichttoets intramurale AWBZ-zorg legt de staatssecretaris van VWS het CTZ specifiek de volgende toezichtvragen voor:

- Wat is het oordeel over (relevante aspecten van) de ZZP-systematiek in relatie tot de formele controle?; Is het, vanuit het oogpunt van het toezicht op een doelmatige zorginkoop, nodig om bepaalde randvoorwaarden te stellen aan de vormgeving van ZZP's?
- Op welke wijze moeten de zorgkantoren hun materiële controletaak invullen? Welke rol kan een (wettelijk verankerd) zorgplan spelen ter vereenvoudiging van de materiële controle en een vermindering van de belasting voor partijen?

Daarnaast vraagt VWS het CTZ bij het in kaart brengen van de toezichtaspecten van de invoering van ZZP's specifiek aandacht te besteden aan de consequenties voor de hiermee samenhangende informatie-uitwisseling tussen zorginstellingen en zorgkantoren.

2. Invalshoek toezichttoets

Het CTZ houdt toezicht op rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door (in de huidige praktijk) zorgkantoren. De vraag die in een toezichttoets centraal staat is of de toezichthouder na invoering van de beoogde maatregelen adequaat toezicht kan (blijven) houden op de uitvoering. Geïnterviewd wordt welke randvoorwaarden daartoe van belang zijn en, voor zover knelpunten worden voorzien, hoe die kunnen worden verholpen.

Gebruikelijke toetspunten in een toezichttoets zijn:

- Is het toezichtdomein adequaat (omvat het toezicht alle relevante spelers)?
- Zijn de normen duidelijk (is duidelijk wat van alle spelers wordt verwacht)?
- Heeft de toezichthouder voldoende (doelmatige) mogelijkheden om informatie te verzamelen voor zijn oordeelsvorming?
- Heeft de toezichthouder voldoende (doelmatige) mogelijkheden om indien nodig in te grijpen?

De invoering van een AWBZ-brede prestatiebekostiging op basis van ZZP's levert geen verandering op in het toezichtdomein, de mogelijkheden voor informatieverzameling en interventies. Hoewel dit niet betekent dat er in de huidige situatie geen knelpunten zijn, richt deze toezichttoets zich daarom op de duidelijkheid van de normen: is voldoende duidelijk waarvoor zorgkantoren verantwoordelijk zijn na invoering van de bekostiging op basis van ZZP's? In dat kader komen ook de specifieke vragen van VWS over de controletaken van zorgkantoren aan de orde. Voor zover daarover reeds duidelijkheid bestaat worden de toezichtaspecten van de overgangsfase afzonderlijk beoordeeld.

Zoals u bekend maken CTG/ZAio en het CTZ na inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) per 1 oktober 2006 samen deel uit van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). CTG/ZAio heeft in een brief van 29 maart 2006 een reactie op hoofdlijnen gegeven op de voorstellen voor invoering van zorgzwaartebekostiging in de intramurale AWBZ-zorg, in antwoord op het verzoek van VWS om een uitvoeringstoets. In maandelijkse rapportages heeft CTG/ZAio verslag gedaan van de uitwerking van de in de reactie benoemde onderwerpen. In aansluiting daarop worden in deze toezichttoets vanuit de CTZ-invalshoek de toezichtaspecten beoordeeld.

Consumentenbelang

Het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ wil een bijdrage leveren aan het realiseren van de publieke doelstellingen van die wet en het waarborgen van de belangen van de consument / cliënt in de AWBZ. Een aantal opmerkingen en conclusies in deze toezichttoets houdt direct verband van het consumentenbelang:

- Bewaken dat de consument kan beschikken over duidelijke en eenduidige informatie over zijn recht op zorg (ook in de overgangssituatie).
- Bewaken dat de consument kan beschikken over transparantie en vergelijkbare informatie, op basis waarvan hij kan kiezen voor een zorgaanbieder die het beste aansluit bij zijn geïndiceerde zorgvraag en wensen over de zorglevering.

- Bewaken dat de consument zelf voldoende invloed kan uitoefenen op de zorglevering en adequate mogelijkheden heeft om zonodig af te dwingen dat hij de zorg krijgt waar hij recht op heeft.
- Bevorderen van de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg binnen de bestaande uitvoeringsorganisatie via het toezicht op de zorgkantoren en de door hen uit te voeren controles op de geleverde zorg.
- Bevorderen van de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg via het ontwikkelen van marktmodellen voor de AWBZ die optimale prikkels bevatten voor een doelmatige uitvoering van de AWBZ.

3. Bevindingen toezichttoets

In bijlage 1 is, op basis van het plan van aanpak van 2 juni 2006 en nadere informatie van het ministerie en CTG/ZAio, een samenvatting gegeven van de beoogde eindsituatie na invoering van de maatregelen en de overgangssituatie die daaraan voorafgaande wordt voorzien. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen het spoor van de individuele zorgverlening (cliënt en zorgaanbieder) en het spoor van de zorginkoop, de verantwoording en de betaling (zorgkantoor/zorgaanbieder). Bij de beoordeling van de toezichtaspecten is uitgegaan van die situatiebeschrijvingen.

Het CTZ vertaalt de eisen die in wet- en regelgeving aan de uitvoering worden gesteld in recht- en doelmatigheidseisen en houdt toezicht op de naleving daarvan. Betalingen ten laste van de AWBZ-verzekering zijn alleen rechtmatig indien is voldaan aan een aantal financiële rechtmatigheidseisen. Daarnaast moeten de uitvoerders van de AWBZ (in de huidige praktijk met name de zorgkantoren) voldoen aan een aantal overige rechtmatigheids- en doelmatigheidseisen. In bijlage 2 is aangegeven wat, gelet op de nieuwe (invulling van) wet- en regelgeving na invoering van de zorgzwaartebekostiging, van zorgkantoren wordt verwacht als het gaat om de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het uitvoeren van formele en materiële controles om vast te stellen of de zorg inderdaad ten laste mag worden gebracht van de AWBZ, of die zorg ook daadwerkelijk is geleverd en de verzekerde daarmee ook de zorg heeft gekregen die hij volgens zijn indicatie nodig had. Het CTZ wil benadrukken dat zorgkantoren zelf verantwoordelijk zijn voor de concrete invulling van de controles binnen de daaraan gestelde eisen. Daarnaast wijst het CTZ erop dat zorgkantoren de controles niet altijd zelf hoeven uit te voeren. Voor zover dergelijke controles reeds zijn verricht door de zorgaanbieder – uiteraard binnen dezelfde eisen die aan zorgkantoren worden gesteld – kunnen zorgkantoren daarop steunen. Dit is het geval wanneer zorgaanbieders voldoen aan de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ van CTG/ZAio. Daarmee wordt dubbel werk in de controleketen voorkomen. In het werkplan van de NZa voor 2007 zijn projecten opgenomen gericht op het verminderen van bureaucratie en administratieve lastendruk voor zorgaanbieders en een effectieve inzet van mensen en middelen bij de uitoefening van het toezicht. Bij die projecten wordt onder andere gekeken naar de nacalculatie. De gevolgen die de invoering van ZZP's hierop heeft, komen in dat kader aan de orde.

Hieronder volgen de bevindingen van de toezichttoets. Daarbij wordt ook antwoord gegeven op de vragen zoals die in de aanvraag voor de toets aan het CTZ zijn gesteld, of wordt meer specifiek verwezen naar een onderdeel van bijlage 2. Eerst wordt ingegaan op het toezicht in de beoogde eindsituatie, daarna wordt aandacht besteed aan de overgangssituatie.

3.1 Toezichtbevindingen beoogde eindsituatie

3.1.1 Financiële rechtmatigheidseisen

Bij de controle op de financiële rechtmatigheid van uitgaven voor zorg die ten laste worden gebracht van de AWBZ moet het zorgkantoor zich richten op de volgende eisen:

- Is de cliënt waaraan de zorg is geleverd verzekeringsgerechtigd in de zin van de AWBZ?

- Ligt aan de geleverde zorg een rechtsgeldige indicatie ten grondslag?
- Ligt aan de geleverde zorg een overeenkomst ten grondslag tussen zorgkantoor en (toegelaten) instelling?
- Is het tarief in overeenstemming met het CTG-tarief voor de betreffende zorg?
- Is voldaan aan de overige wet- en regelgeving.

De invoering van ZZP's is met name van invloed op de eisen genoemd onder de punten 2, 4 en 5 (zie tabel 1, bijlage 1).

In de beoogde eindsituatie voorziet het CTZ wat betreft de financiële rechtmatigheidseisen geen knelpunten als gevolg van de invoering van ZZP's. Het CTZ ziet het als een belangrijke en noodzakelijke verbetering ten opzichte van de huidige situatie dat de verschillende stappen in de zorgverleningsketen na de volledige invoering van ZZP's weer op elkaar aansluiten. Indicatie, zorginkoop, zorglevering en zorgbesteding vinden allemaal plaats in ZZP-termen. Bij een indicatie voor bijvoorbeeld 'ZZP-3 LVG' mag, mits ook aan de overige voorwaarden is voldaan, het tarief worden betaald dat voor die ZZP is vastgesteld. Naar het zich nu laat aanzien wordt het aantal prestaties waarvoor buiten het ZZP om een afzonderlijk tarief wordt vastgesteld, sterk teruggebracht ten opzichte van de huidige toeslagen voor bijzondere zorgzwaarte. Dit heeft als voordeel dat de uitvoering van de financiële rechtmatigheidscontroles eenvoudiger wordt. Een zorgkantoor moet immers ter vaststelling van de rechtmatigheid van de kosten ten laste van de AWBZ in zijn controleplan bijzondere aandacht besteden aan de rechtmatigheid (en daadwerkelijke levering) van alle prestaties waarvoor een afzonderlijk tarief is vastgesteld.

Voor een efficiënte vaststelling of AWBZ-uitgaven rechtmatig zijn is van belang dat alle partijen in de zorgverlenings- en controleketen kunnen steunen op voldoende en betrouwbare gegevens in de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR). De vergelijking tussen geïndiceerde ZZP's en geleverde en gedeclareerde ZZP's kan dan eenvoudig op individueel niveau worden gemaakt. Het CTZ ziet als noodzakelijke voorwaarde voor de invoering van ZZP's dat de AZR voldoende functioneert om daarop te kunnen steunen en dat beide trajecten voldoende op elkaar zijn afgestemd. Het CTZ wijst erop dat invoering van prestatiebesteding op basis van zorgzwaartepakketten zonder een volledig en betrouwbaar gevulde AZR tot knelpunten kan leiden in de vaststelling van de financiële rechtmatigheid van de uitgaven ten laste van de AWBZ. Dit vanwege het ontbreken van een directe administratieve koppeling op individueel cliëntniveau tussen indicaties en geleverde zorg. Zonder de AZR moet worden teruggevallen op afzonderlijke en niet zonder meer volledige en betrouwbare registraties van verschillende instanties die ten behoeve van de controles aan elkaar moeten worden gekoppeld. Juist bij invoering van prestatiebesteding ('boter bij de vis') moeten ter voorkoming van misbruik en oneigenlijk gebruik adequate beheersingsmaatregelen worden genomen om het risico daarop tot een minimum te beperken. Uit de Audit AWBZ 2005, die op 12 juli 2006 door bureau Twynstra Gudde is uitgebracht, blijkt dat de vulling van de AZR vanuit zorgkantoren en CIZ's redelijk verloopt. De vulling vanuit de zorgaanbieders blijft echter achter. In het convenant AWBZ tussen VWS en de koepelorganisaties van zorgaanbieders hebben zorgaanbieders toegezegd mee te werken aan de uitvoering van de ultieme vulling van de AZR. VWS heeft daartoe financiële compensatie beschikbaar gesteld. Op basis van dit convenant moet de ultieme vulling van de AZR eind 2006 gereed zijn. VWS heeft daarnaast inmiddels aangegeven voorstander te zijn van een wettelijke regeling, die zorgaanbieders verplicht gegevens uit te wisselen met het zorgkantoor via AZR. In de brief van 28 augustus 2006 wordt CTG/ZAio gevraagd om samen met

het CVZ in kaart te brengen hoe via de Wmg eisen te stellen zijn aan de administratie van zorgaanbieders. Een dergelijke regeling zou van kracht moeten worden op 1 januari 2007. CTG/ZAio is inmiddels gestart met de voorbereidingen daartoe. Voorafgaande aan de daadwerkelijke invoering van ZZP's in de bekostiging zal de stand van zaken met betrekking tot de vulling van de AZR opnieuw moeten worden vastgesteld.

3.1.2 Overige rechtmatigheids- en doelmatigheidseisen

Materiële controles

Zorgkantoren moeten controleren of de gedeclareerde prestaties daadwerkelijk en terecht zijn geleverd en of die zorg, gelet op de indicatie, voor de verzekerde passend is (materiële controles). De eisen waaraan de materiële controles door zorgkantoren moeten voldoen zijn vastgelegd in de Regeling administratie en controle uitvoeringsorganen AWBZ van het CVZ en het CTZ. De Regeling is aangevuld met een handreiking. In de toelichting bij de Regeling worden suggesties gedaan voor het (materiële) controle-instrumentarium (zie tabel 2 van bijlage 2). Zorgkantoren zijn zelf verantwoordelijk voor de invulling van de controles en moeten daarvoor een controleplan opstellen. Om de controles gericht te kunnen uitvoeren moet een risico-analyse worden gemaakt. De invoering van een prestatiebekostiging op basis van ZZP's heeft consequenties voor de risico-inschatting. Vanwege de inherente prikkels in dat bekostigingssysteem en de deels open omschrijving van ZZP's moeten zorgkantoren zich na volledige invoering van ZZP's in de bekostiging bij de invulling van hun materiële controles in het bijzonder richten op het risico dat verzekerden minder zorg krijgen dan de zorg die zij volgens hun indicatie nodig hebben. Een instelling levert bijvoorbeeld ongeacht de behoefte van een cliënt, aan de onderkant van de bandbreedte van het aantal uren. Of de zorg wordt geleverd door personeel met een te laag of onvoldoende passend opleidingsniveau. In het nu volgende wordt deze risico-inschatting toegelicht.

In de beoogde eindsituatie worden indicaties gesteld in termen van ZZP's en zijn ook de zorginkoop, zorglevering en betaling gebaseerd op ZZP's. In de ZZP-omschrijving is wel aangegeven welke functies in het kader van een bepaalde ZZP moeten worden geleverd, maar niet hoeveel uur per functie dat betreft. Per ZZP is alleen een gemiddeld aantal uren per cliënt per week voor alle relevante functies gezamenlijk aangegeven. De eventuele betrokkenheid van behandelaars, de totaaltijd (inclusief of exclusief eventuele dagbesteding) en de bandbreedte waarbinnen het aantal te leveren uren mag variëren. Het ZZP omvat verder een cliëntprofiel en een aantal verblijfskenmerken. Specifieke eisen aan de inzet van personeel door de instelling ontbreken. Uit de voorstellen blijkt dat er bewust voor is gekozen alleen de totale zorgtijd in de ZZP te specificeren en ruimte te laten voor substitutie tussen de verschillende onderliggende geïndiceerde functies. De bekostiging op het niveau van zorgzwaartepakketten moet de cliënt meer keuzemogelijkheden bieden en geeft instellingen gelegenheid om te handelen naar de wens van langdurig zorgbehoevenden. Het CTZ benadrukt dat moet worden bewaakt dat verzekerden daadwerkelijk de zorg krijgen die aansluit op de geïndiceerde zorgbehoefte en wensen, en dat de kwaliteit wordt bewaakt. Naarmate de eisen die vooraf (via de ZZP-omschrijving) aan het aanbod worden gesteld minder specifiek zijn, neemt het belang van goede controle door de zorgkantoren op zorginkoop en zorglevering toe. Om te waarborgen dat zorgkantoren voldoende invulling geven aan die verantwoordelijkheid moet duidelijker worden wat er op dit punt van zorgkantoren wordt verwacht. Juist vanwege het risico op een te beperkte invulling van de ZZP-aanspraak. Het CTZ verzoekt VWS nader aan te geven waarop zorgkantoren wat dit betreft kunnen worden

aangesproken. Vraag daarbij is onder andere welke normen het zorgkantoor daarbij – naast de gebruikelijke handvatten in het kader van de materiële controles zoals opgenomen in tabel 2 van bijlage 2 - kan hanteren zonder de vooraf bewust gecreëerde ruimte weer weg te nemen; welke aspecten zij zelf moeten bewaken; en in hoeverre zij kunnen aansluiten bij de oordeelsvorming van anderen, zoals de IGZ en consumentenorganisaties of cliënten zelf. Verder in deze brief wordt in een aparte paragraaf aandacht besteed aan de mogelijke rol van het zorgplan. Het ligt voor de hand wat betreft de meting van de kwaliteit van de zorg aansluiting te zoeken bij de 'normen voor verantwoorde zorg' zoals die met name voor de V&V-sector zijn ontwikkeld. Dergelijke normen zijn echter nog niet AWBZ-breed beschikbaar. Er wordt nog hard gewerkt aan verdere operationalisering en toepassing ervan. Om met de invoering van ZZP's juist ook de kwaliteit van de intramurale AWBZ-zorg een positieve impuls te geven, is het van belang dit traject goed af te stemmen met de inspanningen om de kwaliteit van zorg meetbaar en transparant te maken. Duidelijk moet ook zijn welke consequenties zorgkantoren via hun contracteerbeleid en de betaling van zorg kunnen verbinden aan de mate waarin normen voor verantwoorde zorg worden nageleefd. Om echt consequenties te kunnen verbinden aan niet-naleving van de normen moeten de normen uiteraard voldoende scherp en kenbaar zijn. Overigens hoeft in dit kader niet alleen aan negatieve consequenties te worden gedacht, zoals ook blijkt uit de brief die de staatssecretaris van VWS in april dit jaar aan de Tweede Kamer stuurde bij het rapport 'Resultaten inspectieformulier 2005'. Daarin geeft VWS aan in overleg te zijn met Zorgverzekeraars Nederland over de vraag of een bonusregeling mogelijk is voor goed presterende instellingen. Tevens geeft de staatssecretaris in de brief aan in 2007 te willen overgaan tot het benoemen van speerpunten bij de zorginkoop door zorgkantoren. De NZa wil via het ontwikkelen van marktmodellen voor de AWBZ bijdragen aan de invoering van prikkels om vraagsturing en efficiëntie te bevorderen.

Onderscheidend vermogen ZZP-omschrijvingen

Het onderscheid tussen ZZP's zit in het totaal aantal uren zorg, de functies die deel uitmaken van het ZZP, de verblijfskenmerken (setting, nachtdienst en leveringsvoorwaarde) en de invulling van eventuele dagbesteding en/of behandeling. Dit zijn dan ook de elementen waarop het zorgkantoor moet letten bij het maken van afspraken met een instelling over de zorginkoop en bij zijn controles op de zorglevering. Een zorgkantoor moet weten welke zorg het heeft ingekocht, of de in rekening gebrachte prestatie ook de prestatie is waarvoor het ZZP-tarief is bedoeld en of hetgeen geleverd is voldoende aansluit bij de indicatie en zorgbehoefte van de cliënt. De ZZP's moeten daarenboven niet alleen voldoende onderscheidend zijn ten opzichte van elkaar, maar ook ten opzichte van de extramurale zorgprestaties. De vraag is of dit bijvoorbeeld voldoende het geval is bij kleinschalige woonvormen waarin cliënten wonen met een indicatie voor bepaalde functies zonder verblijf, maar feitelijk wel met hetzelfde cliëntprofiel en dezelfde leveringsvoorwaarden die zijn opgenomen in de ZZP's voor intramurale AWBZ-zorg. In verband met de raakvlakken tussen intramurale en extramurale zorgverlening zijn er ook vraagpunten als het gaat om zorgverlening voor cliënten met indicatie voor verblijf die de zorg thuis ontvangen, als wens van de cliënt ('full package') of als overbruggingszorg omdat er nog geen intramurale plaats beschikbaar is. Moet betaling dan plaatsvinden met als maximum de ZZP-prijs (mogelijk betaald aan een aanbieder niet toegelaten voor verblijf?) of moet worden aangesloten bij de Beleidsregel extramurale zorg. In het laatste geval is een probleem dat in het ZZP de aanduiding van het aantal uren per functie ontbreekt.

Een eenduidige omschrijving van ZZP's is ook een randvoorwaarde wanneer het ZZP zou gaan fungeren als prestatiebeschrijving binnen een context van bijvoorbeeld maatstafconcurrentie (zie verder in deze brief). In de voorbereiding is veel aandacht besteed aan het zo helder en scherp mogelijk formuleren van ZZP's. Tijdens het proces zijn pilots uitgevoerd om de ZZP-beschrijvingen te verbeteren. De praktijk moet uitwijzen of het voldoende is gelukt om tot zodanige omschrijving te komen dat altijd eenduidig is wat de te leveren prestatie is en of altijd kan worden vastgesteld hoe het aanbod van een instelling past binnen de indeling in ZZP's. Dit zal voor de NZa een belangrijk aandachtspunt zijn bij de monitoring vanaf het moment van invoering van de ZZP-bekostiging. Wat betreft de vraagpunten rond het onderscheid tussen intramurale en extramurale zorgverlening acht het CTZ het noodzakelijk dat al voor invoering van de zorgzwaartepakketten als basis voor de bekostiging, oplossingen worden gevonden. CTG/ZAio heeft VWS hiertoe in de brief van 10 juli 2006 een voorstel gedaan.

Het is wellicht goed op te merken dat vanwege de onafhankelijke indicatiestelling in de AWBZ de consequenties van eventuele onduidelijkheden in de afbakening tussen ZZP's anders (en minder risicovol) zijn dan het geval is in de cure-sector met betrekking tot dbc's. Het zorgkantoor moet controleren of de zorg voor de verzekerde passend is 'gelet op de indicatie'. Ook voor de zorgverlenende instelling geeft de indicatie door het CIZ (in combinatie met het Besluit zorgaanspraken AWBZ) de grenzen aan van hetgeen de binnen de AWBZ-financiering aan zorg mag worden geleverd. Het risico van 'upcoding' door de zorgleverancier (cliënt koppelen aan een duurdere ZZP dan nodig gelet op de zorgbehoefte van de cliënt) wordt daarmee verkleind. Vanuit dit oogpunt is het dus van groot belang dat daadwerkelijk sprake is van een goed functionerende en onafhankelijke indicatiestelling. Voor zover het CIZ op grond van andere overwegingen de indicatiestelling mandateert aan een instelling, blijft het CIZ verantwoordelijk voor de juistheid daarvan en de controle daarop. Duidelijk zal zijn dat juist ook het CIZ voldoende houvast moet hebben aan de ZZP-omschrijvingen. Dit zal onder andere blijken bij de opstelling van beslisregels door het CIZ. De indicatiestelling valt buiten het toezichtsdomein van het CTZ. Met het oog op een doelmatige uitvoering van de AWBZ zal bij de aansturing van het CIZ de controle van het CIZ op door zorgaanbieders gestelde indicaties wel een belangrijk aandachtspunt moeten zijn.

Naleving zorgplicht en werking zorginkoopmarkt

Eén van de doelstellingen van de modernisering van de AWBZ is dat de keuzemogelijkheden van de consument binnen het zorgaanbod worden vergroot. Zorgkantoren moeten zorgdragen voor een gevarieerd aanbod van ingekochte zorg en de vestiging van nieuwe aanbieders stimuleren. Consumenten moeten vervolgens beschikken over voldoende transparante en vergelijkbare informatie om binnen het gecontracteerde zorgaanbod de aanbieder van hun voorkeur te selecteren. Via de door VWS aangekondigde consumentengids moet duidelijk worden voor cliënten waar zij recht op hebben als zij voor een bepaalde ZZP zijn geïndiceerd. In aanvulling daarop moeten zij ook kunnen beschikken over het zorgaanbod dat is gecontracteerd voor de voor hen relevante ZZP, de kwaliteit van dat aanbod, et cetera. Onderdeel van de taken van de NZa is het bewaken van de transparantie van en informatievoorziening op alle zorgmarkten. De informatievoorziening is primair de verantwoordelijkheid van marktpartijen. De NZa kan daarin voor zover nodig bijsturen in het kader van het gedragstoezicht. Daarbij kan de NZa gebruik maken van de bevoegdheid om zelf informatie te publiceren.

Prikkels voor doelmatige zorginkoop

De bekostiging op basis van ZZP's introduceert prestatiebekostiging in de intramurale AWBZ. In plaats van aan bijvoorbeeld 'het aantal bedden' hangt het prijskaartje voortaan aan activiteiten die echte prestaties omvatten. Ook de huidige instellingenfinanciering wordt losgelaten, zij het niet onmiddellijk. Voor een aantal instellingsgebonden financieringscomponenten (onder andere kapitaalslasten) is eerst nog een aparte financiering voorzien. Vooralsnog blijft ook sprake van een regiobudget waarbinnen zorgkantoren uitvoering moeten geven aan hun zorgplicht.

Zoals ook gesteld in de kabinetsvisie 'Toekomst AWBZ' impliceert de huidige organisatie van de AWBZ met zorgkantoren een zware bemoeienis van de overheid die vooraf helder maakt welke prestaties van zorgkantoren worden verwacht en achteraf controleert of de prestaties zijn geleverd (en zonodig sancties oplegt). Het kabinet constateert dan ook dat de huidige risicoloze organisatie van de AWBZ niet de beste is uit het oogpunt van de doelmatigheid. Het ligt in de lijn der verwachting dat het nieuwe kabinet een koers bepaalt over de toekomst van de AWBZ. De NZa draagt hier graag actief aan bij. Zo zal de NZa marktmodellen ontwikkelen waarin optimale prikkels zijn opgenomen voor een doelmatige uitvoering van de AWBZ. Hierbij zal onder andere worden onderzocht in hoeverre bijvoorbeeld de invoering van maatstafconcurrentie op deelmarkten in de AWBZ wenselijk is. Uiteraard moet bij de introductie van een ander marktmodel in de AWBZ ook opnieuw worden nagedacht over de invulling van het toezicht.

Rol zorgovereenkomst en zorgplan

In het verzoek om de toezichttoets heeft VWS het CTZ gevraagd welke rol het zorgplan kan vervullen ter vereenvoudiging van de materiële controle en vermindering van belasting voor partijen. In de brief van 2 juni 2006 aan de Tweede Kamer geeft VWS aan dat het niet verstandig is gebleken om zorgplannen een rol te laten spelen in de verantwoording, omdat dit teveel spanning zou zetten op de zorgrelatie tussen cliënt en professional. Wel blijft het de bedoeling om het zorgplan een stevige basis te geven via de zorgovereenkomst. VWS maakt een expliciet onderscheid tussen de algemene overeenkomst van zorgverlening en het op de persoon toegesneden zorgplan. Door wettelijke eisen te stellen aan de inhoud van de zorgovereenkomst, bijvoorbeeld over het opstellen van een actueel, doelgericht zorgplan, krijgt de cliënt een basis om op terug te vallen indien de zorg niet voldoet aan de afspraken die in het zorgplan zijn gemaakt. Daarnaast wil VWS het oordeel van cliënten over de geleverde zorg effect geven door toe te werken naar een situatie waarin zorgkantoren bij het maken van productieafspraken of het verdelen van groei ruimte, het oordeel van cliënten op instellingsniveau, (zoals dat bijvoorbeeld tot uitdrukking komt in CAPHS) standaard meewegen. In de brief van 2 juni geeft VWS verder aan dat als de wettelijk verplichte overeenkomst ontbreekt, er geen vergoeding aan de zorgverlener kan worden verstrekt. Het CTZ leidt daaruit af dat de zorgovereenkomst onderdeel zou moeten worden van de financiële rechtmatigheidseisen. Het CTZ geeft in deze paragraaf zijn toezichtbevindingen weer ten aanzien van de zorgovereenkomst als financiële rechtmatigheidseis, de rol van het zorgplan in de materiële controle en de rol van het zorgplan bij de zorginkoop door zorgkantoren.

Zorgovereenkomst als financiële rechtmatigheidseis

VWS stelt voor een splitsing aan te brengen tussen de algemene overeenkomst tot zorgverlening en het inhoudelijke, op de individuele zorgverlening gerichte zorgplan. Dit kan voorkomen dat het zorgplan verschaalt tot 'betaaltitel', in die zin dat het zorgplan vooral wordt

opgesteld om de betaling veilig te stellen. Het CTZ ziet daarnaast als meerwaarde van de algemene zorgovereenkomst dat de melding aanvang zorg door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor op deze manier wordt bevestigd door de cliënt en dat de cliënt hiermee duidelijkheid krijgt over zijn rechten (en plichten) ten opzichte van de instelling, waaronder het recht op een zorgplan dat voldoet aan bepaalde eisen. Voor de zorgaanbieder ligt er een sterke financiële prikkel om ervoor zorg te dragen dat er met iedere cliënt een zorgovereenkomst wordt gesloten en vervolgens ook zorgplannen op te stellen. Het CTZ plaatst hierbij wel een aantal kanttekeningen:

- Het is van belang dat de koppeling tussen zorgovereenkomst en zorgplan juridisch op juiste wijze wordt vastgelegd. Voorkomen moet worden dat een zorgovereenkomst zonder zorgplan niet rechtsgeldig is, omdat niet tijdig wordt voldaan aan de eis dat er een zorgplan moet zijn (en daarmee indirect toch de aanwezigheid van een zorgplan onderdeel wordt van de financiële rechtmatigheidseisen). Het CTZ stelt daarom voor om aan de zorgovereenkomst de wettelijke eis te verbinden dat partijen in die overeenkomst de afspraak opnemen dat zij binnen x weken een zorgplan zullen opstellen, dat voldoet aan de daaraan gestelde eisen. Het zorgplan wordt daarmee een voor de cliënt afdwingbaar onderdeel van de zorgovereenkomst, het zorgkantoor moet in het kader van de financiële rechtmatigheidseisen alleen controleren of er een zorgovereenkomst is en hierin de bedoelde afspraak is opgenomen.
- Het CTZ wijst erop dat (mede) vanuit het oogpunt van de benodigde controles een betrouwbare registratie nodig is van afgesloten zorgovereenkomsten. Ook moet er een administratieve koppeling aanwezig zijn tussen de zorgovereenkomst en de cliënt, plus de mogelijkheid van controle op de daadwerkelijke aanwezigheid. Het verplicht moeten aanbieden van een zorgovereenkomst brengt een administratieve belasting met zich voor zorgaanbieders. Aangezien het hier gaat om een standaardovereenkomst (waarin op cliëntniveau alleen moet worden aangegeven om welke ZZP het gaat en op welk moment de zorg aanvangt) lijkt die belasting, in verhouding tot de verwachte voordelen voor de cliënt, aanvaardbaar. De administratieve belasting kan worden beperkt indien kan worden aangesloten bij de melding aanvang zorg in de AZR.
- In het kader van de AWBZ-zorgverlening kan niet worden uitgesloten dat cliënten, die zelf handelingsbevoegd zijn, weigeren uitdrukkelijk instemming te verlenen met de zorg die zij binnen een instelling krijgen, bijvoorbeeld omdat zij hun situatie niet accepteren. Gevolg kan zijn dat de zorg wordt geleverd, maar een door beide partijen ondertekende zorgovereenkomst ondanks inspanningen daartoe van de instelling niet tot stand komt. Zonder een handtekening waaruit de uitdrukkelijke instemming van de cliënt blijkt, lijken de eerdergenoemde voordelen van de zorgovereenkomst (cliënt is op de hoogte van zijn rechten) teniet te worden gedaan. Het CTZ acht het van belang dat wordt voorkomen dat er een rigide en onwenselijke situatie ontstaat, waarbij uit rechtmatigheidsoogpunt zorg niet mag worden betaald vanuit AWBZ-geld, terwijl die wel degelijk conform de indicatie wordt geleverd. Het CTZ is bereid met VWS en cliëntenorganisaties nader van gedachten te wisselen over hoe om te gaan met dit dilemma tussen de wens financiële consequenties te verbinden aan het ontbreken van zorgovereenkomsten en hoe rekening te houden met situaties zoals hier beschreven. Dit moet leiden tot een heldere en praktijkbestendige vastlegging van het te hanteren rechtmatigheidsbegrip.
- Het CTZ wijst erop dat er duidelijk moet worden afgebakend hoe de zorgovereenkomst en het zorgplan zich verhouden tot de

behandelingsovereenkomst die verplicht is gesteld op basis van artikel 446, boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

Rol zorgplan in materiële controle

De rol van het zorgplan in de verantwoording zoals oorspronkelijk bedoeld hield in dat als de cliënt akkoord zou zijn met zijn zorgplan en de op basis daarvan geleverde zorg, aangenomen kan worden dat de zorg geleverd wordt conform de geïndiceerde behoefte en de wensen van de cliënt. De gedachte was dat de materiële controles door het zorgkantoor hiermee aanzienlijk konden worden vereenvoudigd. Het is niet meer de bedoeling op deze manier gebruik te maken van het zorgplan. Het CTZ wijst erop dat er daarnaast, ook in de huidige situatie, gebruik wordt gemaakt van het zorgplan in het kader van de materiële controles. Daarbij blijft het zorgkantoor nadrukkelijk verantwoordelijk voor de controle op de invulling van de zorg. Ook wordt de verantwoordelijkheid om te bewaken dat de zorg kwalitatief en kwantitatief voldoende is niet verschoven naar het niveau van de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder. Wanneer een zorgkantoor op grond van andere controlemethoden (waaronder ook klachten van cliënten) twijfels heeft ten aanzien van de daadwerkelijke levering van de in rekening gebrachte ZZP's, kan het ertoe besluiten om steekproefsgewijs individuele zorgplannen te vergelijken met de ZZP-omschrijving. In die zin blijven individuele zorgplannen dus ook een rol spelen in het kader van de materiële controles (waarbij dit uit privacyoogpunt wel op geanonimiseerde wijze kan gebeuren). Zeker daar waar registratie op urenbasis ontbreekt kan een controle aan de hand van individuele zorgplannen (waarin immers een vertaling heeft plaatsgevonden van globale indicatie naar de invulling van de zorg), aangevuld met inzicht in de personeelsinzet en de aansturing van medewerkers (hoe gewaarborgd dat mevrouw A de zorg krijgt die bij haar ZZP-indicatie hoort?) noodzakelijk zijn om voldoende zicht te krijgen op wat er daadwerkelijk in de instelling gebeurt.

Rol zorgplan bij zorginkoop door zorgkantoren

Het ministerie richt de aandacht op de inkoopfunctie. Dit om het oordeel van cliënten serieus te nemen en een prikkel voor zorgaanbieders in te bouwen om te werken met een actueel zorgplan. Bij het maken van productie-afspraken en het verdelen van de groei ruimte zou – als onderdeel van de kwaliteitsbeoordeling – het oordeel van cliënten over de mate waarin het zorgplan wordt uitgevoerd moeten worden meegenomen. Om geen inbreuk te maken op de vertrouwelijkheid van het zorgplan zou dat volgens u niet moeten gebeuren op het niveau van de individuele cliënt, maar op een wat collectiever niveau per instelling (via uitbreiding van de CQ-vragenlijsten waarmee nu al wordt gevraagd naar het oordeel van de cliënt over het gebruik van het zorgplan). Vanuit toezichtoogpunt merkt het CTZ hierover op dat het al dan niet aanwezig zijn van een zorgplan én de daadwerkelijke invulling ervan door een instelling, één van de aspecten vormt die een zorgkantoor moet laten meewegen bij de zorginkoop. Daarbij is het wel van belang dat zorgkantoren beschikken over alternatieven bij de aankoop van zorg, aangezien zij wel de benodigde zorg moeten contracteren in het kader van hun zorgplicht. Of zorgkantoren hun verantwoordelijkheid in deze voldoende oppakken toetst het CTZ door dit punt op te nemen als onderdeel van de 'prestatiemeting AWBZ'. Overigens blijft het uiteraard van groot belang dat de cliënt goed is geïnformeerd over waar hij volgens zijn indicatie recht op heeft. Ook hierin heeft het zorgkantoor een belangrijke rol.

Benodigde registratie en informatie-uitwisseling en verantwoording

De informatie-uitwisseling in de keten gebeurt in hoofdzaak in ZZP-terminen. Alleen daar waar ook andere prestaties worden getarifeerd, is vanuit het oogpunt van financiële verantwoording aanvullende informatie-uitwisseling nodig. Hoe efficiënt de benodigde informatie-uitwisseling kan geschieden is vooral afhankelijk van de stand van zaken van de AZR en de mate waarin de inhoud van de AZR aansluit bij het gebruik van ZZP's in de zorgverleningsketen. Op basis van de beschikbare informatie over beide trajecten concludeert het CTZ dat momenteel hard wordt gewerkt aan een optimale afstemming daartussen.

In de controleketen kan optimale efficiëntie worden bereikt wanneer iedere partij in de keten kan steunen op de controles die zijn voorganger in de keten reeds heeft verricht. Daartoe is het van belang dat de eisen die in de verschillende onderdelen aan de controles worden gesteld, zo goed mogelijk aansluiten op elkaar, alsmede op de behoeften van de eigen bedrijfsvoering. Dit is in belangrijke mate bevorderd door de afstemming die heeft plaatsgevonden tussen de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ van CTG/ZAio, gericht op de zorgaanbieders, en de Regeling administratie en controle uitvoeringsorganen AWBZ die het CVZ in overeenstemming met het CTZ heeft vastgesteld.

Het CTZ concludeert dat binnen de zorginstelling een registratie van geleverde functies op urenbasis per cliënt niet noodzakelijk is om te kunnen controleren of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd en verzekeren de zorg hebben gekregen waar ze volgens hun indicatie recht op hebben. Wel is een adequate invulling nodig van de materiële controles, die voldoet aan de gestelde eisen en met name aandacht heeft voor het risico dat de zorglevering te beperkt wordt ingevuld gelet op de geïndiceerde zorgbehoefte van de cliënt. Hierover is in het voorafgaande al voldoende opgemerkt. Zorgkantoren moeten ten behoeve van hun controles kunnen beschikken over de benodigde informatie van zorginstellingen. Gelet op de invoering van ZZP's en het verhoogde risico van te beperkte invulling van de zorg is bijvoorbeeld informatie over de wijze van aansturing van het personeel van de instelling in relatie tot de indicatie van cliënten relevant. Hoe wordt bijvoorbeeld gewaarborgd dat iedere cliënt dagelijks de zorg krijgt die past bij zijn indicatie? Dit geldt ook voor rapportages binnen de instelling over de geleverde zorg. Hierover kunnen zij afspraken maken in de tussen zorgkantoor en zorgkantoor te sluiten overeenkomst. De voorgestelde invoering van ZZP's in de bekostiging staat een effectieve en efficiënte informatie-uitwisseling tussen zorgkantoren en zorgaanbieders niet in de weg. Door optimale aansluiting bij de informatie die ook in het kader van de bedrijfsvoering van de instelling nodig is, kan extra administratieve belasting worden voorkomen. Ook kunnen zij gebruik maken van de verplichte verantwoording door instellingen in het kader van de WTZi.

3.2 Toezichtbevindingen overgangssituatie

Het bestuur van CTG/ZAio heeft op 18 september 2006 een besluit genomen over de wijze van invoering van de bekostiging op basis van zorgzwaartepakketten. Conform de toezegging van VWS is het uitgangspunt daarbij dat zorgaanbieders in het jaar 2007 nog geen financiële consequenties ondervinden van de invoering van zorgzwaartebekostiging. Bij de productieafspraken 2007 wordt wel een opgave in ZZP's gevraagd, maar de bekostiging wordt — evenals in 2006 — bepaald op basis van de huidige beleidsregels en daarin opgenomen budgetparameters.

Financiële rechtmatigheidseisen in overgangssituatie

Het gegeven dat in 2007 de productieafspraken nog zijn gebaseerd op de huidige bekostigingsparameters betekent vanuit toezichtoogpunt dat daarmee voor dat jaar geen wijzigingen plaatsvinden wat betreft de financiële rechtmatigheidseisen. Wat betreft de eis dat aan de zorg ten laste van de AWBZ een indicatie ten grondslag moet liggen, blijft sprake van knelpunten. In de huidige situatie gaat het daarbij het om het ontbreken van indicaties en om het niet aansluiten van de indicatie bij de geleverde zorg en de bekostiging daarvan. In het convenant Taken en beheerskosten zorgkantoren 2006 – 2008, afgesloten tussen VWS, CVZ en ZN, is voor het jaar 2006 vastgelegd wat van zorgkantoren wordt verwacht ten aanzien van controles op de indicatiestelling. Voor het CTZ op de zorgkantoren vormen deze afspraken het uitgangspunt voor de invulling van het toezicht. Gevolg van het gekozen invoeringsmodel is dat in 2007 de kloof tussen geïndiceerde en geleverde zorg blijft bestaan.

De zorglevering door zorgaanbieders zal immers nog niet zijn gebaseerd op ZZP's. Bovendien kunnen er in de loop van 2007 cliënten zijn zonder indicatie, cliënten met indicatie in functies (en aantal uren per functie) en cliënten met indicatie in ZZP-termen. Nieuwe cliënten krijgen vanaf 1 januari 2007 een indicatie in ZZP-termen. De zittende cliëntenpopulatie wordt vanaf het najaar van 2006 in ZZP-termen gescoord. Uiterlijk 15 oktober 2007 is sprake van een gevalideerde opgave van de cliëntenpopulatie in ZZP's. Het CTZ vraagt VWS aan te geven wat voor de controles op de indicatiestelling voor het jaar 2007 wordt verwacht van zorgkantoren. Daarnaast dient bij het vastleggen van de wettelijke verplichting van de zorgovereenkomst duidelijk te worden aangegeven vanaf welk moment een zorgaanbieder voor iedere in zorg genomen cliënt over een dergelijke overeenkomst dient te beschikken.

Zoals ook is aangegeven in de circulaire van CTG/ZAio aan de AWBZ-instellingen en zorgkantoren over het invoeringsmodel zorgzwaartebekostiging 2007, is een gevolg van het gekozen invoeringsmodel dat het noodzakelijk is dat de zorgaanbieders in 2007 blijven registreren in de bestaande budgetparameters. Daarnaast moet de zorgaanbieder, ter voorbereiding op de nieuwe bekostigingssystematiek, een registratiesysteem opzetten voor de zorgzwaartepakketten. In het overgangsjaar is dus sprake van een verhoogde administratieve belasting. Voordeel is wel dat in 2007 nog kan worden benut ter voorbereiding van de daadwerkelijke bekostiging op basis van ZZP's, alsmede voor de volledige en betrouwbare invulling van de AZR.

Overige rechtmatigheids- en doelmatigheidseisen in overgangssituatie

In het bijzonder in een overgangssituatie is van belang dat voldoende duidelijk is wat van partijen wordt verwacht als bijdrage ter voorbereiding van de definitieve invoering van de beoogde maatregelen. Het CTZ verzoekt VWS dan ook duidelijk en op een voor de toezichthouder kenbare wijze vast te leggen wat in 2007 van zorgkantoren wordt verwacht en waarop zij kunnen worden aangesproken in het kader van de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Gedacht kan worden aan de rol van zorgkantoren bij de validatie van indicaties, en de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor bij het bieden van duidelijkheid aan verzekerden wat zij, gelet op de overgangssituatie en hun indicatie, gedurende 2007 kunnen verwachten van de invulling van de zorg.

3.3 Samenvatting antwoorden op specifiek gestelde vragen

In het verzoek om een toezichttoets heeft VWS het CTZ een aantal specifieke vragen voorgelegd. In deze paragraaf worden de antwoorden die volgen uit de uitgevoerde toezichttoets kort samengevat en/of specifiek verwezen naar relevante passages in de tekst van de toezichttoets.

Wat is het oordeel over de ZZP-systematiek in relatie tot de formele controle?

Het CTZ voorziet geen knelpunten ten aanzien van beoogde eindsituatie, mits kan worden gesteund op een volledig en betrouwbaar gevulde AZR. Voorafgaande aan de invoering van ZZP's met financiële consequenties voor zorgaanbieders is het nodig opnieuw vast te stellen wat de stand van zaken is met betrekking tot de vulling van de AZR.

Randvoorwaarden aan vormgeving ZZP's

Vanuit het oogpunt van toezicht op de doelmatige zorginkoop is een heldere afbakening nodig van ZZP's onderling en ten opzichte van prestaties in de extramurale AWBZ-zorg. Een eenduidige omschrijving van ZZP's is ook een randvoorwaarde wanneer het ZZP zou gaan fungeren als prestatiebeschrijving binnen een context van bijvoorbeeld maatstafconcurrentie. De helderheid en eenduidigheid van de ZZP-omschrijvingen zal voor de NZa een belangrijk aandachtspunt zijn bij de monitoring vanaf het moment van invoering van de ZZP-bekostiging. Daarnaast heeft het CTZ in deze toets een aantal vraagpunten opgeworpen rond het onderscheid tussen intramurale en extramurale zorgverlening. Het CTZ acht het noodzakelijk dat hiervoor al voor invoering van de zorgzwaartepakketten als basis voor de bekostiging, oplossingen worden gevonden.

Op welke wijze moeten zorgkantoren hun materiële controletaak invullen?

Zorgkantoren moeten zich bij de invulling van hun materiële controles in het bijzonder richten op het risico dat verzekerden minder zorg krijgen dan de zorg die zij volgens hun indicatie nodig hebben. In dit verband vraagt het CTZ VWS om meer duidelijkheid te bieden over de verantwoordelijkheid van zorgkantoren ten aanzien van de invulling en kwaliteit van de binnen een ZZP geleverde zorg. Vraag is daarbij ook welke normen zorgkantoren moeten hanteren, welke aspecten zij zelf moeten bewaken en in hoeverre zij daarbij kunnen aansluiten bij de oordeelsvorming van anderen. Een mogelijke invulling van de materiële controles is beschreven in tabel 2 van bijlage 2.

Rol zorgplan ter vereenvoudiging materiële controle en vermindering belasting voor partijen?

Het CTZ ziet de mogelijke meerwaarde van het wettelijk verplicht stellen van een zorgovereenkomst tussen zorgaanbieder en cliënt en het verbinden van financiële consequenties aan het ontbreken van een dergelijke overeenkomst. Het CTZ acht het van belang dat de beoogde verhouding tussen zorgovereenkomst en het zorgplan op juridisch juiste wijze wordt geregeld en doet daartoe in deze toets een aantal suggesties. Het CTZ wijst erop dat de rol die het zorgplan nu al speelt in de materiële controles (het steekproefsgewijs kunnen toetsen of de zorg die is geleverd past bij de geïndiceerde zorgbehoefte) juist ook na invoering van ZZP's in de bekostiging van belang blijft.

Consequenties voor de informatie-uitwisseling tussen partijen?

De informatie-uitwisseling gebeurt in hoofdzaak in ZZP-termen. Hoe efficiënt dit kan geschieden is met name afhankelijk van het goed functioneren van de AZR. Zorgkantoren moeten ten behoeve van hun controles kunnen beschikken over de benodigde informatie van zorginstellingen. Hierover kunnen zij afspraken maken in de tussen zorgkantoor en zorgkantoor te sluiten overeenkomst. Ook kunnen zij gebruik maken van de verplichte verantwoording door instellingen in het kader van de WTZi.

Overgangssituatie

Het CTZ heeft in zijn toezichttoets een onderscheid gemaakt tussen de beoogde eindsituatie en de overgangssituatie. Specifiek voor de overgangssituatie vraagt het CTZ VWS aan te geven wat voor de controles op de indicatiestelling voor het jaar 2007 wordt verwacht van zorgkantoren. Bij het vastleggen van de wettelijke verplichting van de zorgovereenkomst dient duidelijk te worden aangegeven vanaf welk moment een zorgaanbieder voor iedere in zorg genomen cliënt over een dergelijke overeenkomst dient te beschikken. Ten slotte vraagt het CTZ VWS duidelijk en op een voor de toezichthouder kenbare wijze vast te leggen wat in 2007 van zorgkantoren wordt verwacht en waarop zij kunnen worden aangesproken in het kader van de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

Bijlage 1: Voorgestelde zorgzwaartebekostiging AWBZ intramuraal

Als uitgangspunt voor de toezichttoets is hieronder kort samengevat welke situatie ontstaat na invoering van de bekostiging op basis van ZZP's, alsmede de situatie tijdens de overgangssituatie. Daarbij zijn twee sporen onderscheiden: het spoor van de individuele zorgverlening (cliënt — zorgaanbieder) en het spoor van zorginkoop, verantwoording en betaling (zorgkantoor — zorgaanbieder). De situatiebeschrijving is met name gebaseerd op de brief van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer van 2 juni 2006, en relevante notities van het CTG/ZAio over de overgangssituatie. De taken zorgkantoren zijn uitgewerkt in het Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren 2006-2008.

Tabel 1: Spoor individuele zorgverlening (verzekerde / cliënt – zorgaanbieder)

	Na volledige invoering	Overgangssituatie
<i>Indicatie door CIZ</i>	- Indicatie voor bepaalde ZZP (Zorgindicatiebesluit aangepast waardoor geen klassen meer per functie) - In indicatie cliëntprofiel, functies, integrale tijd per week per cliënt, verblijfskenmerken, en behandelaars - Alleen extreme zorgzwaarte in uitzonderingsgevallen, beoordeling door externe instantie zoals CCE - Verduidelijking indicatie voor cliënt via 'consumentengids ZZP's'	- Nieuwe cliënten ontvangen vanaf 1-1-2007 van het CIZ een indicatie in ZZP's - Zittende cliënten worden vanaf najaar 2006 door de zorgaanbieder gescoord in ZZP's. In de periode maart – augustus 2007 worden de scoreresultaten van zorgaanbieders onder verantwoordelijkheid van het CIZ gecontroleerd en gevalideerd - Vanaf uiterlijk 15 oktober zijn de indicaties definitief
<i>Keuze voor zorgaanbieder</i>	- Cliënt kan binnen gecontracteerde zorgaanbod voorkeur aangeven voor bepaalde aanbieder - Zorgkantoor moet verzekeren zodanig en tijdig informeren over het gecontracteerde zorgaanbod, dat een verzekerde een afweging en een keuze kan maken uit het gecontracteerde zorgaanbod - Indien nodig ondersteuning cliënt bij keuze door zorgkantoor	- Zolang zorginkoop en zorgverlening nog niet in ZZP-termen, maar indicatie nieuwe cliënten wel, moeten zij nog keuze maken in termen 'oude zorgaanbod'
<i>Zorgverlening</i>	- (Algemene) overeenkomst tot zorgleverantie tussen aanbieder en cliënt of zijn vertegenwoordiger. Overeenkomst is verplicht en moet voldoen aan daaraan gestelde eisen - Verplicht individueel zorgplan waarin indicatie wordt geconcretiseerd / doelen zorg worden vastgelegd - Periodieke evaluatie zorgplan	- Zorgverlening nog niet geënt op ZZP's, cliënt ziet 'zijn ZZP' nog niet terug in mate en wijze waarop zorg wordt verleend - Nog niet iedere cliënt beschikt over zorgovereenkomst en zorgplan
<i>Wijzigingen in zorgverlening</i>	- Voor zover binnen indicatie alleen aanpassing zorgplan nodig - Voor zover buiten indicatie: nieuwe indicatie nodig	- Overgangssituatie nvt
<i>Betaling eigen bijdrage intramuraal</i>	- Indien cliënten de zorg inclusief diensten- en kapitaalslastencomponent aanvaarden, betalen ze de 'intramurale' eigen bijdrage. Indien zij de zorg thuis ontvangen of het onderkomen op een andere manier betalen, betalen zij een daarop aangepaste eigen bijdrage - Op grond van voorstellen niet duidelijk of sprake is van verdere wijzigingen in eigen bijdrages nav invoering ZZP's.	- Wijzigingen in eigen bijdrage-inning staan los van ZZP's

**Tabel 2: Spoor zorginkoop, verantwoording en betaling
(zorgkantoor – zorgaanbieder)**

	Na volledige invoering	Overgangssituatie
<i>Bekostiging</i>	- NZa stelt per ZZP maximum-tarief vast (geen aparte tarieven per leveringsvoorwaarde, voor zover keuze binnen ZZP?) - NZa stelt maximum-tarieven vast voor dagbesteding / behandeling? - NZa stelt hoogte toeslagen vast voor aantal modules 'extreme of bijzondere zorgzwaarte' - Normatieve huisvestingslasten zijn geïntegreerd in de prijscomponenten van de ZZP's - Vooralsnog contracteerruimte per zorgkantoorregio	- Uitgangspunt in 2007: zorgaanbieder heeft (bij constant aantal plaatsen en afgezien van extra aanbod uit groeimiddelen) een totale omzet aan gecontracteerde zorg die gelijk is aan het budget voor 2006 (geen financiële consequenties invoering ZZP's); Zorgaanbieder kan beschikbare middelen herverdelen over mensen met lichtere en zwaardere zorgzwaarte - Zorgaanbieder kan vermelden dat – volgens de geobjectiveerde scores – de som van de pakketten lager dan wel hoger uitkomt dan budget-2006 (bij gelijke aantallen cliënten); die opgave heeft voor 2007 nog geen financiële gevolgen; verschil wordt in daarop volgende jaren afgebouwd - De gevalideerde opgave in ZZP's is het uitgangspunt voor het bepalen van het in 2008 startende herallocatietraject - Normatieve huisvestingslasten nog buiten ZZP
<i>Zorginkoop</i>	- Zorgkantoor schat zorgbehoefte binnen zijn regio in, als uitgangspunt voor zorginkoop - Inkoop ZZP's; afspraak omvat volume (mix ZZP's), prijs en kwaliteit - Prijs per ZZP mag niet hoger zijn dan door NZa vastgestelde maximum-tarief; daarnaast moet bedrag totaal zorginkoop binnen vastgestelde regiobudget blijven - Toeslagen voor extreme of bijzondere zorgzwaarte alleen voor zeer zware cliënten (aparte indicatie) - Drie contracteerrondes per jaar - Bij het maken van productieafspraken of het verdelen van groeiruimte moet oordeel van cliënten op instellingsniveau standaard meewegen - Voornemen is de contracteerplicht voor intramurale zorg op te heffen tegelijkertijd met opheffen zorgkantoren (voorgenomen datum is 1 januari 2009)	- De productieafpraak 2007 is in eerste instantie een voortzetting van de productieafspraken 2006 en bevat daarnaast een opgave van de cliëntpopulatie in ZZP's. - Aanbieder en zorgkantoor kunnen van bovenstaand uitgangspunt afwijken wanneer zij gezamenlijk van oordeel zijn dat dit tot aperte knelpunten leidt. Wanneer partijen niet tot een gezamenlijk oordeel komen gelden de beslisregels conform de Beleidsregels contracteerruimte
<i>Registratie en verantwoording geleverde zorg</i>	- Aanbieder meldt aanvang zorg en evt. wijzigingen daarin via AZR (op cliëntniveau)	- Zowel oude als nieuwe cliënten moeten worden geregistreerd in de bestaande productparameters. Daarnaast moet de zorgaanbieder een registratiesysteem opzetten voor de ZZP's
<i>Betaling voor geleverde zorg</i>	- Uitbetaling voorschotten op basis gemaakte productie-afspraken - nacalculatie op basis daadwerkelijk geleverde productie	- Het afrekenen geschiedt op basis gerealiseerde budgetparameters
<i>Controles door zorgkantoor</i>	- Formele controles - Controles of cliënten 'waar voor hun geld krijgen'	- Overgangssituatie nvt

Bijlage 2: Eisen aan rechtmatige en doelmatige uitvoering

Toezicht op financiële rechtmatigheid betaling aanspraken AWBZ
 Toezicht op overige rechtmatigheidseisen / rechtmatige en doelmatige uitvoering AWBZ.

NB Deze eisen zijn gebaseerd op wet- en regelgeving, geen eisen van de toezichthouder zelf. De vertaling van de wet- en regelgeving naar eisen gebeurt voor zover nodig door de toezichthouder, via kaderregelingen en protocollen. Zorgkantoren zijn zelf verantwoordelijk voor een adequate invulling van de eisen (ruimte voor eigen invulling, eigen verantwoordelijkheid). Waar nodig (en vaak op verzoek) handreikingen waarin voorbeelden worden gegeven van wijze waarop aan de eisen kan worden voldaan.

Zorgkantoor hoeft niet altijd zelf controles uit te voeren, maar kan zich ook baseren op controles eerder in de keten (door zorgaanbieder), voor zover voldoende gewaarborgd is dat die controles voldoen aan eisen die aan de controles door zorgkantoren zelf worden gesteld (bijvoorbeeld als zorgaanbieders voldoen aan kaderregeling AO/IC van CTG-Zaio, dan kan zorgkantoor zich daarop baseren.

Situatie na volledige invoering bekostiging op basis ZZP's

Tabel 1: financiële rechtmatigheidseisen na volledige invoering

Financiële rechtmatigheidseisen	Invulling eisen na volledige invoering
1. Controle door zorgkantoren op verzekeringsgerechtigdheid	Wordt niet beïnvloed door invoering voorgestelde zorgzwaartebekostiging (eisen vooralsnog vastgelegd in <u>convenant zorgkantoren 2006-2008</u>)
2. Controle door zorgkantoor of aan gedeclareerde zorg geldige indicatie ten grondslag ligt	Vergelijking tussen gedeclareerde zorg en geïndiceerde zorg (beide in ZZP's) => eisen waaraan controles moeten voldoen in Regeling administratie en controle <u>uitvoeringsorganen AWBZ</u>
3. Controle door zorgkantoor op aanwezigheid overeenkomst met toegelaten instelling	Wordt niet beïnvloed door invoering voorgestelde zorgzwaartebekostiging
4. Controle door zorgkantoor of tarief in overeenstemming is met CTG-tarief	Toets of prijs per gedeclareerde ZZP het door de NZa vastgestelde maximumtarief niet overschrijdt => formele controles binnen eisen in Regeling administratie en controle <u>uitvoeringsorganen AWBZ</u>
5. Controle of is voldaan aan overige wet- en regelgeving	Aanwezigheid zorgovereenkomst wordt naar verwachting eis in kader financiële rechtmatigheid

Tabel 2: overige rechtmatigheids- en doelmatigheidseisen na volledige invoering

Overige rechtmatigheids- en doelmatigheidseisen	Invulling eisen na volledig invoering
Controle of gedeclareerde prestaties daadwerkelijk en terecht zijn geleverd en of deze zorg, gelet op de indicatie, voor de verzekerde passend is	Aandachtspunten: - krijgt verzekerde / cliënt voldoende zorg gelet op zijn zorgbehoefte (niet vooral onderkant bandbreedte / minder intensieve zorg / beperktere beschikbaarheid, etc.?) - voor zover toeslagen buiten ZZP's om: betaald voor daadwerkelijk geleverde zorg? - eisen aan materiële controles in Regeling administratie en controle uitvoeringsorganen AWBZ van 1 september 2004 van CVZ en CTZ (toegelicht in handreiking 13 december 2004); eisen aan aanbieders gesteld in Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ productregistratie en facturering van CTG-Zaio, december 2004 (regelingen zijn onderling afgestemd) - Voor zover extra zorgelementen waarvoor toeslagen worden betaald speciale aandacht nodig bij controles Mogelijke invulling controles (mede afhankelijk van verantwoordelijkheid zorgkantoren voor bijvoorbeeld kwaliteit ingekochte en geleverde zorg!): - algemeen: zie Handreiking Regeling administratie en controle uitvoeringsorganen AWBZ en Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ - controle of aantal gedeclareerde ZZP's overeenkomt met aantal ZZP's op basis meldingen aanvang zorg in AZR - steekproefgewijze vergelijking individuele zorgplannen met ZZP-omschrijving die hoort bij geïndiceerde ZZP - vergelijking personeelsinzet / formatie van de instelling met gemaakte afspraken en gedeclareerde ZZP's, in combinatie met aansturing personeel: hoe wordt koppeling gelegd met per ZZP te leveren zorg aan de verschillende cliënten; hoe wordt door de instelling gecontroleerd dat instructies worden nageleefd? (vertaling door instelling in AO/IC?) - rapportages binnen instelling over geleverde zorg - klachten individuele verzekerden over niet-nakoming gemaakte afspraken over te leveren zorg - controle op acceptatiebeleid instelling (bijvoorbeeld geen weigering of langer laten wachten cliënten die zorg nodig hebben aan bovenkant bandbreedte, daar waar geen toeslag in rekening kan worden gebracht) => <i>vb bepaalde cliëntengroepen waarvan duidelijk is dat de daaraan verbonden kosten onvoldoende gedekt zijn in ZZP en waarvoor geen aparte toeslag is</i>
- Naleving zorgplicht en werking zorginkoopmarkt	- zorgkantoor moet goede inschatting maken benodigd volume ZZP's, maar ook van gewenste invulling daarvan binnen regio - aandacht voor kwaliteit ingekochte zorg - aandacht voor keuzemogelijkheden cliënten, transparantie zorgaanbod waaruit verzekerde / cliënt keuze kan maken

Situatie tijdens overgangssituatie invoering bekostiging op basis ZP's**Tabel 3: financiële rechtmatigheidseisen overgangssituatie**

Financiële rechtmatigheidseisen	Invulling eisen tijdens overgangssituatie
1. Controle door zorgkantoren op verzekeringsgerechtigdheid	Wordt niet beïnvloed door invoering voorgestelde zorgzwaartebekostiging (eisen vastgelegd in convenant zorgkantoren 2006-2008)
2. Controle door zorgkantoor of aan gedeclareerde zorg geldige indicatie ten grondslag ligt	- Rol zorgkantoren bij validatie indicaties? - Er zijn ontbrekende indicaties, indicaties in functies en indicaties in ZP's; bovendien geen aansluiting tussen termen indicatie en termen zorglevering en bekostiging; aanvullende afspraken nodig over eisen aan rechtmatigheid
3. Controle door zorgkantoor op aanwezigheid overeenkomst	Wordt niet beïnvloed door invoering voorgestelde zorgzwaartebekostiging
4. Controle door zorgkantoor of tarief in overeenstemming is met CTG-tarief	Afrekening op basis oude budgetparameters, registratie, verantwoording en controles moet in die eenheden plaatsvinden (verblijfsdagen en 'toeslagen'); in feite zelfde als situatie 2006
5. Controle of is voldaan aan overige wet- en regelgeving	- geldt in 2007 direct als eis dat voor alle cliënten een zorgovereenkomst en zorgplan aanwezig moeten zijn, of alleen voor nieuwe cliënten?

Tabel 4: overige rechtmatigheidseisen overgangssituatie

Overige rechtmatigheids- en doelmatigheidseisen	Invulling eisen tijdens overgangssituatie
- Controle of gedeclareerde prestaties daadwerkelijk en terecht zijn geleverd	- probleem bij materiële controles kan zijn dat voor nieuwe cliënten vanaf 1-1-2007 een indicatie in ZP-termen wordt afgegeven, terwijl de zorgverlening daarop nog niet is geënt. Hoe kan gecontroleerd worden of nieuwe cliënten de zorg hebben gekregen waar ze recht op hebben?
- Naleving zorgplicht en werking zorginkoopmarkt	- duidelijkheid nodig over verantwoordelijkheden zorgkantoren in overgangssituatie

Bijlage 3: Brief VWS 28 februari 2006

Aan de voorzitter van het College toezicht zorgverzekeringen
Postbus 324
1110 AH DIEMEN

Afd. CTZ Zaaknr.:
INGEKOMEN CTZ
1 MRT 2006
Volgnr: 26023744

Ons kenmerk
MC/MO-2658211

Inlichtingen bij
Drs. H.G. van der Burg

Doorkiesnummer
6163

Den Haag
26 FEB 2006

Onderwerp
toezichttoets intramurale AWBZ-zorg

Bijlage(n)
1

Uw brief

1. Inleiding

In mijn brief van 2 november jl. heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over mijn plannen over de bekostiging van intramurale AWBZ-zorg. Mijn voornemen is om per 1-1-2007 een start te maken met de invoering van een AWBZ-brede prestatiebekostiging op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's). In lijn daarmee heb ik het College tarieven gezondheidszorg/ Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) verzocht om een uitvoeringstoets uit te voeren. De brief aan het CTG/ZAio treft u bijgaand aan.

In de brief die nu voor u ligt vraag ik u een toezichttoets over dit onderwerp uit te brengen. Ik geef hierna de kern weer van de voorgenomen maatregelen (een uitgebreide toelichting staat in de brief aan CTG/ZAio). Daarna ga ik in op de vragen over het toezicht die ik graag door u beantwoord zou willen zien.

2. Zorgzwaartebekostiging

De nieuwe zorgzwaartebekostiging gaat uit van een 15-tal clusters van prestaties (ZZP's) die zijn gebaseerd op de intramurale zorgarrangementen (IZA's) zoals die in het kader van de functiegerichte bekostiging zijn ontwikkeld. Een complete set van ZZP's en IZA's treft u aan als bijlage bij de brief aan CTG/ZAio. CTG/ZAio zal voor iedere ZZP per grondslag nog onderliggende prestaties definiëren (ZZP/IZA's).

Het is mijn wens om per 1-1-2007 een start te maken met het nieuwe systeem. In de beleidsregels van het CTG/ZAio zullen prestaties gedefinieerd en geprijsd worden waarover zorgkantoren en zorginstellingen een prijs- en volumeafspraken zullen maken. De prijs van de prestaties zullen zijn gebaseerd op een normatief volume van de onderliggende zorgaanspraken in termen van functies.

Voor een verdere toelichting op de zorgzwaartepakketten verwijs ik naar mijn brief aan het CTG/ZAio en de 3 bijlagen bij die brief. Gaarne leg ik u in de volgende paragrafen mijn toezichtvragen voor.

VWFS

3. Formele controle

Voor wat betreft de formele controle dient het zorgkantoor te bezien of de verzekerde voor wie de zorg is ingekocht daadwerkelijk een verzekeringsaanspraak heeft op die zorg. De inhoud van het indicatiebesluit zoals dat per 1-1-2007 vorm en inhoud krijgt zal voldoende houvast moeten bieden om dat te beoordelen. Cruciaal hierbij is de combinatie van het geïndiceerde aantal zorguren (de ZZP) en de dominante grondslag. Deze combinatie bepaalt welke ZZP/IZA het zorgkantoor voor de cliënt kan inkopen. Het CIZ zal daarbij ook de zorgfuncties indiceren waaruit de betreffende ZZP/IZA is opgebouwd.

Gaarne vraag ik u de relevante aspecten van de ZZP-systematiek op de formele controle te beoordelen. Ook vraag ik u te beoordelen of u, vanuit oogpunt van het toezicht op een doelmatige zorginkoop, het nodig acht om bepaalde randvoorwaarden te stellen aan de vormgeving van ZZP's.

4. Materiële controle

Een tweede controletaak van het zorgkantoor is de materiële controle. Het gaat hierbij vooral om de vraag:

- a. of de zorg die zal worden betaald ook daadwerkelijk is geleverd, en
- b. of de cliënt qua intensiteit en kwaliteit de zorg heeft gekregen waarop hij op basis zijn indicatiestelling aanspraak heeft.

Gaarne vraag ik u te bezien op welke wijze zorgkantoren hierop moeten toezien.

Een onderdeel van mijn plan van aanpak zorgzwaartebekostiging is het wettelijk verankeren van een zorgplan. Het zorgplan zie ik als een belangrijke afspraak tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de wijze waarop de zorg in de praktijk zal worden verleend. Met de brancheverenigingen van zorgaanbieders heb ik afgesproken om te bezien of het mogelijk is of de materiële controle door zorgkantoren zou kunnen worden vereenvoudigd indien cliënten tevreden zijn over de geleverde zorg. Mijn wens is dat materiële controle uiteindelijk vrijwel geen belasting voor partijen meer oplevert. Graag verneem ik - vooruitlopend op de resultaten van uw toezichttoets - voor 1 juli 2006 uw visie op dit punt.

5. Tot slot

Wellicht ten overvloede deel ik met u mijn visie op de wijze waarop de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) betekenis kan hebben voor zowel bij de doelmatige zorginkoop als de formele en materiële controle.

Het zorgkantoor kan bij het maken van de productieafspraken handig gebruik maken van de AZR. In de AZR zijn grondslag, geïndiceerd aantal zorguren (het ZZP) en de geïndiceerde functies op verzekerdeniveau bekend. Deze combinatie is maatgevend voor het in te kopen zorgzwaartepakket (ZZP/IZA). Overigens zal het op basis van de WTG-beleidsregels daarnaast nog mogelijk zijn productieafspraken te maken over andere grootheden, bijvoorbeeld opslagen, die niet zijn vermeld in de AZR.

Voorts zal in de AZR de combinatie van zorgfuncties worden opgenomen waarop de verzekerde aanspraak heeft. Deze functies zullen niet zijn gekwantificeerd: slechts het totaal aantal uren (exclusief dagbesteding/dagbehandeling) zal onderdeel uitmaken van de indicatie. Voor de formele controle is van belang dat de functies waaruit de ingekochte

VHS

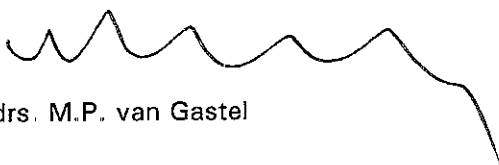
ZZP/IZA is opgebouwd ook daadwerkelijk zijn geïndiceerd. In het bijzonder speelt dit bij de verschillende pakketten met en zonder een normtijd voor de functie behandeling. Vanzelfsprekend dient ook omwille van een correcte zorginkoop voor iedere ZZP/IZA volstrekt helder te zijn welke toelating in termen van functies de instelling nodig heeft om de zorg ten laste van de wettelijke verzekering te kunnen verlenen.

Ook verwacht ik dat de AZR nuttig zal zijn bij de materiele controle. Na afloop van het jaar zal het zorgkantoor voor iedere ZZP/IZA de productieopgaven van instellingen vergelijken met de bijbehorende meldingen aanvang zorg (MAZ). Het zorgkantoor kan met de meldingen ook lopende het jaar bepalen in hoeverre de zorginstelling de afgesproken productie realiseert. Eventueel kan men afspreken de bevoorschotting op basis daarvan bij te stellen.

Ik zie uw rapportage graag uiterlijk medio oktober 2006 tegemoet, of eerder indien u van mening bent dat uw bevindingen van belang zijn voor keuzes of beslissingen die ik lopende het jaar tijdens het invoeringstraject nog moet maken. Graag vraag ik u bij het in kaart brengen van de toezichtaspecten van de invoering van ZZP's specifiek aandacht te besteden aan de consequenties voor de hiermee samenhangende informatie-uitwisseling tussen zorginstellingen en zorgkantoren.

Een afschrift van deze brief heb ik gezonden naar CTG/ZAio, het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ). Ik verzoek u bij uw toezichttoets rekening te houden met de bevindingen van CTG/ZAio en waar nodig uw reactie af te stemmen met het CVZ en het CIZ.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Maatschappelijke Zorg,



drs. M.P. van Gastel

WTG

De voorzitter van het College Tarieven Gezondheidszorg / Zaio.
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Ons kenmerk
MC/MO-2655885

Inlichtingen bij
Drs. H.G. van der Burg

Doorkiesnummer
6163
Bijlage(n)

Den Haag
17 FEB 2006
Uw brief

Onderwerp
Intramurale AWBZ-zorg

1. Inleiding

In de zomermaanden heb ik tijd genomen om de door de mij voorgestane wijzigingen van de intramurale bekostiging nog eens goed te doordenken. Aanleiding daarvoor waren signalen van instellingen dat de functiegerichte systematiek te ingewikkeld zou zijn en dat de verschillende doelgroepen onvoldoende herkenbaar zouden zijn. Ook zou het vaststellen van de intramurale zorg in termen van functies lastig zijn aangezien in de praktijk de zorg altijd een combinatie van functies bevat. In uw uitvoeringstoetsen heeft u er meermaals op gewezen dat invoering van de functiegerichte bekostiging in de vorm die door mij werd voorgestaan, in de huidige uitvoeringsstructuur ernstige budgettaire risico's zou hebben. Al deze overwegingen hebben meegespeeld bij mijn beslissing om af te zien van mijn voornemen om de intramurale AWBZ-zorg te bekostigen en te verantwoorden op het niveau van de geïndiceerde zorgfuncties, en te kiezen voor een bekostiging op het niveau van zorgzwaartepakketten (ZZP's). De Tweede Kamer heb ik hierover geïnformeerd in mijn brief van 2 november jl. (TK 2004/2005, 26 631, nr 152).

Ik realiseer mij dat deze keuze belangrijke gevolgen heeft voor zowel de indicatiestelling als de bekostiging. Bijgaand treft u aan het plan van aanpak zorgzwaartebekostiging waar ik nader inga op de verschillende deeltrajecten en de samenhang daartussen (bijlage 1). Voor u ligt een brief waarin ik u de relevante uitvoeringsvragen voor de WTG voorleg. Daarnaast vraag ik u middels deze brief de noodzakelijke stappen te zetten zodat per 1-1-2007 gestart kan worden met de invoering van het nieuwe systeem.

In paragraaf 2 van deze brief zal ik eerst nader ingaan op de hoofdlijnen van de zorgzwaartebekostiging zoals mij dat nu voorstaat. Een wezenlijk onderdeel daarvan is de aansluiting tussen indicatiestelling, bekostiging en verantwoording. In paragraaf 3 ga ik nader in op de meer inhoudelijke beleidsmatige randvoorwaarden die ik stel bij de bekostiging. Daarbij zal ik ingaan op relevante passages uit uw uitvoeringstoets van 14 oktober 2004. Vervolgens ga ik in paragraaf 4 in op de procesmatige kant van de invoering. De mogelijkheid bestaat dat cliënten met een verblijfsindicatie ervoor kiezen thuis te blijven wonen. Op dit punt ga ik in paragraaf 5 in.

VWS

Waar ik in de eerste vijf paragrafen spreek over prijscomponenten bedoel ik steeds prijscomponenten zonder vergoedingen voor nacalculeerbare kapitaallasten. Over dat onderdeel stel ik u mijn vragen in paragraaf 6 van deze brief. Ik zal u verzoeken een plan van aanpak op te stellen om mijn beleid uit te voeren dat ik heb beschreven in mijn brief "Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg" (TK 2004/2005, 27 659, nr. 52).

2. Indiceren en bekostigen op basis van zorgzwaartepakketten

Onveranderd is mijn doel om in de ontschotte AWBZ de cliënt meer keuzemogelijkheden te bieden en instellingen de ruimte te geven om te handelen naar de wens van de langdurig zorgbehoevenden. Het bekostigen op het niveau van zorgzwaartepakketten brengt daarom met zich mee dat de noodzaak toeneemt om de concrete invulling van de zorgvraag van de individuele cliënt vast te leggen in een niet vrijblijvende afspraak tussen de instelling en de cliënt: het zorgplan.

Met de invoering van de nieuwe bekostiging voor intramurale AWBZ-zorg beoog ik de omslag te maken naar prestatiebekostiging, die enerzijds in zijn uitvoering zo globaal en eenvoudig mogelijk is, maar anderzijds voldoende rekening houdt met zorgzwaarteverschillen tussen de cliënten. Uit de indicatiestelling moet blijken welk zorgzwaartepakket het zorgkantoor voor de cliënt kan inkopen. Van belang hiervoor is de combinatie van:

- de geïndiceerde zorgbehoefte kwalitatief in termen van functies;
- de geïndiceerde zorgbehoefte kwantitatief in termen van zorguren, maar niet gekwantificeerd per functie;
- een profiel van de cliënt (en dominante grondslag) die het CIZ bij de indicatie aangeeft;
- een beschrijving van de noodzakelijke setting en leveringsvoorwaarde die het CIZ bij de indicatie aangeeft.

Inmiddels heb ik de Raad van Bestuur van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) verzocht om voor de verzekerden die aanspraak hebben op zorg met verblijf de indicatiestelling hiervoor aan te passen. Om zoveel mogelijk eenheid van taal in de keten te waarborgen zal het CIZ de indicatiestelling aanpassen aan de omschrijvingen behorende bij de zorgzwaartepakketten. De zorgzwaartepakketten zijn gebaseerd op de intramurale zorgarrangementen (IZA's) die bureau HHM heeft ontworpen als hulpmiddel voor de instellingen om hun geleverde zorg uit te drukken in termen van functies. Als bijlage 2 treft u de complete set IZA's aan.

Ik heb er voor gekozen om van het zorgzwaartepakket alleen de *totale* zorgtijd vast te stellen, zodat substitutievrijheid bestaat tussen de verschillende onderliggende geïndiceerde zorgfuncties. Naar mijn mening moet de cliënt met een verblijfsindicatie op zak zo vrij mogelijk zijn om te beslissen bij welke aanbieder hij de zorg afneemt. Ook zorgaanbieders behouden alle ruimte om invulling te geven aan hun eigen inzichten omtrent zorgverlening. De zorgaanbieders kunnen voor iedere potentiële cliëntgroep inzichtelijk maken wat men te bieden heeft.

Voor de uitvoering van de WTG is van belang dat de combinatie van de indicatiegegevens bepalend is voor het pakket dat zorgkantoren inkopen. Met name gaat het dan om de

VTF's

combinatie van cliëntprofiel en het aantal geïndiceerde zorguren. In bijlage 3 treft u het overzicht aan van de 15 ZZP's zoals die door bureau HHM zijn opgesteld. U ziet dat iedere ZZP bestaat uit een aantal in de WTG te verankeren prestaties die ik in het vervolg van deze brief aanduid als "ZZP/IZA's".

Zorgkantoren zullen de intramurale AWBZ-zorg inkopen op basis van de prestaties die zijn beschreven in uw beleidsregels. Voorts hebben zorgkantoren de taak om te controleren of de prestaties daadwerkelijk zijn geleverd en of de cliënt een verzekeringsaanspraak heeft op de geleverde zorg. Ik ben voornemens het CTZ te verzoeken een toezichttoets uit te voeren naar de wijze waarop dit kan plaatsvinden.

Voor de verdere toelichting verwijs ik naar mijn brief aan de Tweede Kamer van 2 november. In paragraaf 3 ga ik nader in op mijn beleidsmatige randvoorwaarden en leg ik u mijn uitvoeringsvragen voor.

3. Beleidsmatige keuzes en inhoudelijke randvoorwaarden

a) budgetneutraliteit

In uw uitvoeringstoets van 14 oktober 2004 stelt u een route voor om te komen tot een budgetneutrale invoering van IZA's. U introduceert daarbij het begrip "trias politica van de AWBZ": om de invoering budgetneutraal te laten verlopen dient er een onlosmakelijke relatie te zijn tussen functie, prestatie en prijs. Deze onlosmakelijke relatie is volgens u noodzakelijk omdat het in de AWBZ zou ontbreken aan countervailing power vanuit de zorginkoop. Ik ben met u eens dat de onlosmakelijke relatie de beste garanties biedt voor een budgetneutrale omzetting. Naar mijn mening voldoet een systeem van ZZP's goed aan deze voorwaarde. Bovendien blijft via een pakketfinanciering de volumebeheersing ook op langere termijn beter gewaarborgd.

Om uiteindelijk tot een budgetneutrale invoering te komen zullen aan de hand van een representatieve steekproef prijscomponenten bepaald moeten worden. In paragraaf 4 van deze brief ga ik daar nader op in.

b) Bij vaststellen zorgzwaartepakketten uitgaan van IZA's

Gaarne verzoek ik u bij het vaststellen van uw beleidsregels prestatiebeschrijvingen gebruik te maken van de omschrijvingen van de IZA's die zijn ontwikkeld door HHM (Bijlage 2). Deze voldoen aan een paar belangrijke eigenschappen die van belang zijn geweest tot mijn in de inleiding bedoelde heroverwegingen.

Zoals ik in mijn brief aan de Tweede Kamer heb aangegeven streef ik bij de indicatiestelling naar een beperkt aantal ZZP's. Vervolgens moet voor iedere indicatie helder zijn op welke WTG-prestaties dan aanspraak bestaat. Voor een verantwoorde verankering van zorgzwaartebekostiging in de WTG moet inzicht bestaan in *kostenhomogeniteit* en kostenconformiteit van de verschillende zorgzwaarteklassen. Met de brancheverenigingen heb ik op 21 september de intentie gedeeld om de zorgzwaartebekostiging zoveel mogelijk sectorneutraal in te voeren. Mede daardoor zijn urenclusters niet per definitie kostenhomogeen, en is het noodzakelijk per ZZP meerdere prestaties te onderscheiden. In mijn brief aan de Tweede Kamer heb ik dat reeds aangegeven.

VVFJ

Voor het groeperen van de IZA's in een beperkter aantal *urenhomogene* groepen zijn verschillende mogelijkheden denkbaar:

- a. het indelen op basis van de tijd van het woonzorgdeel,
- b. het indelen op basis van de tijd van het woonzorgdeel plus behandeling (exclusief dagbesteding)
- c. het indelen op basis van de tijd van het woonzorgdeel plus dagbesteding (exclusief behandeling)
- d. het indelen op basis van uren totaal; (woonzorgdeel, behandeling en dagbesteding)

Ik heb de onderzoekers van HHM gevraagd een aanzet te leveren om IZA's in te delen in ZZP's. In Bijlage 3 treft u het resultaat aan van een exercitie op basis van variant b. Dit is ook de indeling die *bij de pilot* zal worden gehanteerd en waar vermoedelijk ook bij de indicatiestelling per 1-1-2007 van zal worden uitgegaan. Aan de hand van de uitkomsten van de pilot kunnen betrokkenen zich een oordeel vormen of dezelfde indeling ongewijzigd kan worden toegepast bij de invoering van ZZP's per 1-1-2007 of dat nog aanpassingen noodzakelijk zijn.

c) ZZP/IZA's zo integraal mogelijk vaststellen

Mijn streven is dat de ZZP/IZA in principe alle zorg omvat. De prijs van de ZZP/IZA is dan gebaseerd op een norm voor de intensiteit van de verschillende zorgvormen. In de praktijk is er volop ruimte om per cliënt een optimaal arrangement samen te stellen. Op cliëtniveau hoeft echter alleen de juiste ZZP/IZA te worden vastgelegd.

In mijn brief aan de Tweede Kamer heb ik aangegeven dat uit onderzoek mogelijk zal blijken dat voor wat betreft de dagbesteding en behandeling in sommige gevallen uitzonderingen op de hoofdregel noodzakelijk zijn.

In de huidige praktijk krijgt een cliënt met indicatie voor verblijf zonder behandeling ook een aparte indicatie voor *dagbesteding*. Cliënten met hetzelfde profiel en met dezelfde woonzorg-behoefte krijgen soms hun dagbesteding via de AWBZ, terwijl anderen naar een sociale werkplaats gaan. Ten principale vind ik het een goede zaak dat cliënten vrij kunnen kiezen tussen zorgaanbieders van dagbesteding. Dit zou ervoor pleiten om in gevallen waar deze keuze reëel is de dagbesteding apart per dagdeel te bekostigen en het zorgpakket vast te stellen zonder dagbestedingcomponent.

Voor wat betreft de *behandelcomponent* kan gelden dat de noodzakelijke behandelintensiteit per cliënt sterk verschilt. Op het niveau van de instelling kunnen deze verschillen zich uitmiddelen. Tot het tegendeel blijkt het mijn voorkeur uit te gaan van zorgpakketten inclusief de behandelcomponent.

Mogelijk leiden de uitkomsten van de pilots nog tot nadere aanscherpingen van de beschrijvingen die u uiteindelijk in uw beleidsregels zult vaststellen.

Tot slot vraag ik u om een voorstel te ontwikkelen voor de groep verzekerden die gelet op hun bijzondere zorgvraag niet goed zijn in te delen in een ZZP/IZA. Het gaat hier met name om de groep meervoudig gehandicapten en cliënten met ernstige gedragsproblematiek waarvan in het jaar 2006 de zorg bekostigd zal worden via de beleidsregel Extreme zorgzwaarte. Voor deze groep zal mijns inziens een bekostiging op maat moeten volgen.

VVFJ

d) ZZP/IZA's zo integraal mogelijk prijzen

De invoering van zorgzwaartebekostiging is een overgang van input- naar outputbekostiging. Bij een systeem van prestatiebekostiging is het logisch om uiteindelijk alle kosten om te slaan over de prestaties die de instellingen leveren. Bij de invoering van DBC's is ervoor gekozen in eerste instantie een paar kostencomponenten apart te houden (kapitaallasten, opleidingen, topreferente zorg en academische component). Zoals u weet is mijn streven om in de eindsituatie zoveel mogelijk te werken met integrale tarieven, waarbij aanbieders om de gunst van de verzekerden kunnen wedijveren op basis van een gelijk speelveld. Gaarne verzoek ik u daarom om aan te geven op welke punten naar uw mening nog beleidsmatige keuzes te maken zijn of kosten wel of geen onderdeel zouden moeten zijn van een ZZP/IZA. Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- instellingsgebonden kosten die niet eenduidig kunnen worden omgeslagen naar intramurale of extramurale prestaties (opleidingen niet in het opleidingsfonds).
- Vergoedingen voor voorzieningen die geheel of gedeeltelijk buiten de AWBZ-aanspraken liggen (bijv. inloophuizen in de GGZ).

Gaarne verzoek ik u dit te inventariseren en, indien nodig, mij de meer beleidsmatige keuzes ter beslissing voor te leggen.

e) Prijscomponenten van de ZZP/IZA's onderbouwen op basis van onderliggende zorgaanspraken

Nu bij de indicatiestelling alleen het *totaal* aantal zorguren (niet gespecificeerd naar functie) is aangegeven is de vraag aan de orde of ook in de bekostiging de samenstelling naar zorgfunctie van deze uren nog relevant zou moeten zijn. Naar mijn mening is dit inderdaad het geval: de maximum budgetparameterwaarden kunt u wat mij betreft baseren op de achterliggende samenstelling per IZA naar functie. HHM heeft destijds bij het IZA-onderzoek vastgesteld dat deze overeenstemmen met de huidige praktijk bij de AWBZ-instellingen. Door bij het prijzen van ZZP/IZA's uit te gaan van de achterliggende functies blijft de relatie tussen de zorgaanspraak en de intramurale bekostiging zichtbaar. Het voordeel van zo'n transparantie en normatieve tariefopbouw is dat bij onderhandelingen over kwaliteit bekend is op welke uitgangspunten het maximumtarief is gebaseerd. Voorts zie ik belangrijke voordelen bij het onderhoud van het systeem in de toekomst.

In uw voortgangsnotitie (A05 57-b4-a) geeft u aan dat u een rekenmodel ontwerpt. Dat vind ik een prima initiatief. Ik neem aan dat voor het nader invullen van uw kostenmodel het AWBZ-brede onderzoek 'functiegerichte kostprijzen AWBZ' van KPMG behulpzaam zal zijn. Over het onderliggende kostprijsmodel bestaat in het veld brede overeenstemming.

f) Bij invoering uitgaan van sectorspecifieke kostprijzen

Bij het verder vormgeven van uw model vraag ik uw aandacht voor de verschillen die we thans waarnemen tussen de sectoren. Uit het KPMG-onderzoek blijkt aanzienlijke kostprijsverschillen per functie per sector. Vooral verschillen in overhead liggen hieraan ten grondslag. Deels zal dat verklaard kunnen worden doordat de organisatorische context om een uur zorg te leveren per doelgroep anders moet zijn, en deels zal het verschil voortkomen uit een minder goed objectiveerbare historisch verdeelde scheefgroei tussen sectoren en deelsectoren. Op basis van het KPMG-onderzoek is hierover geen uitspraak te doen. Ik zou het een goede zaak vinden om in eerste instantie rekening te houden met de waargenomen sectorale verschillen. Op termijn vind ik dat de verschillen een meer inhoudelijke onderbouwing verdienen. Deze onderbouwing is niet alleen nodig vanuit oogpunt van

VHS

evenwichtige kostenconforme bekostiging van de zorg in natura, maar ook om te voorkomen dat PGB-houders daardoor met verschillende grondslag om onduidelijke redenen sterk verschillende hoeveelheden zorg zouden kunnen inkopen. Graag vraag ik uw visie op deze kwestie.

g) Zo min mogelijk aanvullende modules en opslagen

Zoals ik bij punt e. heb aangegeven vind ik het een goede zaak om bij de intramurale bekostiging zoveel mogelijk uit te gaan van integrale prijscomponenten. Omwille van de eenvoud en administratieve lasten bepleit ik de nodige terughoudendheid bij het invoeren van opslagen en modules voor afwijkende cliëntkenmerken, bijzondere leveringsvoorwaarden of andere meerkosten.

Het kan echter voorkomen dat de prestaties binnen één pakket te divers zijn, onvoldoende kostenhomogeen en de levering sterk ongelijk verdeeld zijn over instellingen. In die gevallen brengt het streven naar prestatiebekostiging met zich mee om concessies te doen aan de globaliteit. In het recente verleden zijn er om die reden opslagen geïntroduceerd, bijvoorbeeld voor verpleeghuiscliënten met aids. Duidelijk is dat deze groep in meerdere ZZP/IZA's kunnen voorkomen. In dit verband vraag ik u tevens om met een voorstel te komen over wijze waarop de aanspraken in artikel 15 van het Besluit Zorgaanspraken een plaats verdienen. Mijn voorkeur gaat er naar uit om - omwille van de eenvoud - in eerste instantie *per ZZP/IZA* te bezien of hiervoor normen zijn te ontwikkelen.

h) Handhaven voorgenomen aansluiting bij bekostigingsstructuur extramurale zorg

Met een keuze voor bekostigen op basis van ZZP/IZA's voor de intramurale zorg en functies en klassen voor de extramurale zorg zal geen sprake zijn van een zichtbare aansluiting tussen de intramurale en extramurale tarieven. Toch heeft het naar mijn mening voordelen indien tarieven van intramurale – en extramurale zorg op dezelfde wijze zijn onderbouwd. Dit voorkomt dat zorg in de intramurale setting a-priori aantrekkelijker of onaantrekkelijker is om te leveren dan extramurale zorg. Een dergelijke goede aansluiting is ook van belang voor enkele andere beleidsdoelen:

1. De tarieven van de prestaties van intramurale zorg zullen als bovengrens moeten dienen bij de bepaling van de omslagpunten. Het heeft daarbij voordelen dat de tarieven voor intra- en extramurale zorg goed vergelijkbaar zijn op basis van onderbouwde functietarieven.
2. De leden van de Tweede Kamer heb ik in het vooruitzicht gesteld dat verblijfsgeïndiceerden die hun eigen woonomgeving willen behouden, in de toekomst aanspraak kunnen maken op een volwaardig pakket verblijfsdiensten (full package). Om dit te operationaliseren is het van belang dat de kosten van zorg in de intramurale en extramurale setting goed vergelijkbaar zijn.
3. In de brief "Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg" (box 4) is aangekondigd dat ik uit oogpunt van transparantie de kosten van wonen en welzijn wil scheiden van de kosten van de zorg. Daarmee worden de kosten van intramurale zorg en de extramurale zorg beter vergelijkbaar en kunnen betere afwegingen worden gemaakt rondom scheiden van wonen en zorg.

Een identieke opbouw van het kostenmodel voor intra- en extramurale zorg laat uiteraard onverlet dat de functietarieven intramuraal en extramuraal kunnen verschillen.

VHS

i) beperking administratieve lasten

Een belangrijke randvoorwaarde aan het invoeringsproces is dat de administratieve lasten voor instellingen en zorgkantoren tot een minimum beperkt blijven. Dit streven heb ik vastgelegd in de afspraken met de brancheorganisaties van 21 september jl.

Een mogelijkheid om registratie en controle te vereenvoudigen zou zijn om bij het maken van de productieafspraken de gegevens van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) te gebruiken. Voor alle nieuw in zorg te nemen cliënten zal in de AZR het geïndiceerde aantal uren en het cliëntprofiel worden opgenomen. De bedoeling is om ook na de ultieme vulling van de AZR de relevante gegevens van de zittende populatie aan de AZR toe te voegen. Gaarne vraag ik u bij de verdere uitwerkingen aandacht te geven aan de gevolgen voor de administratieve lasten en met voorstellen te komen die kunnen leiden tot een vermindering van de lastendruk.

4. Procesmatige aspecten van het traject

In deze paragraaf zal ik nader ingaan op de meer procesmatige kant van het invoeringstraject. Hierbij zal ik uitgaan van het 5-stappenplan zoals u dat hanteert in uw voortgangsrapportage.

j) Voortouw invoeringstraject bij CTG/ZAio

Ten overvloede merk ik op dat ik verwacht dat CTG/ZAio het voortouw neemt bij het verdere invoeringsproces van de nieuwe bekostiging. Besluitvorming over zaken die de uitvoering betreffen valt immers binnen de wettelijke taken en bevoegdheden van uw college en dient zoveel mogelijk plaats vinden binnen de daarvoor bestaande structuren. Vanzelfsprekend zal ik intensief betrokken zijn bij de meer beleidsmatige keuzes en verzoek ik u om – waar nodig – mij deze voor te leggen.

Om de inhoudelijke en procesmatige samenhang te bewaken tussen de verschillende onderwerpen die ik heb beschreven in mijn brief van 2 november is een taakgroep actief onder voorzitterschap van mijn departement. Het gaat dan vooral om de deelprojecten bekostiging, indicatiestelling, verankering van het zorgplan, de rol van de zorginkoper, de inrichting van de pilots en afstemming tijdschema's. In het plan van aanpak (bijlage 1) treft u een tijdschema aan. Het directeurenoverleg, dat is gestart als bestuurlijk platform voor de convenantsafspraken, zal ik regelmatig informeren over de voortgang van het proces. Daar worden echter geen bindende afspraken gemaakt.

Zoals ik u aangaf streef ik naar eenheid van taal tussen indicatie, bekostiging en verantwoording. Om deze reden vraag ik u, vermoedelijk ten overvloede, om wijzigingen in de prestatiebeschrijvingen die relevant kunnen zijn voor de werkzaamheden van het CIZ en CTZ met hen af te stemmen.

k) Pilot

Om ZZP's budgetneutraal te kunnen invoeren is het noodzakelijk te weten hoeveel cliënten in iedere ZZP/IZA zijn vertegenwoordigd. Pas dan kunnen de bijbehorende prijscomponenten worden vastgesteld. Zoals ik in mijn brief van 2 november heb aangegeven ben ik geen voorstander van om hiervoor de instellingen zelf te verzoeken om het landelijk scoren van de zittende populatie. Ik geef de voorkeur aan het uitvoeren van een steekproef waarbij het CIZ een toetsende rol heeft. Graag verzoek ik u om in samenwerking met het CIZ en HHM deze pilot vorm te geven en te laten uitvoeren.

VHS

Inhoudelijk zijn bij het uitvoeren van de pilot de volgende voorwaarden van belang:

- de pilot dient (qua samenstelling en geografische spreiding) voldoende representatief te zijn voor de zittende AWBZ-populatie;
- de pilot dient voldoende omvang te hebben om de resultaten daarvan te kunnen extrapoleren naar landelijke totalen en verantwoorde rondrekeningen mogelijk zijn voor een budgetneutrale invoering;
- de pilot dient inzicht te geven in de mate waarin verzekerden dagbesteding en/of vervoer hebben genoten die bekostigd is vanuit de beleidsregel extramurale zorg. Ook dient bekend te zijn of voor de cliënt afspraken zijn gemaakt voor aanvullende zorg of andere opslagen zijn afgesproken. Ook dient beoordeeld te worden welke motiveringsgronden daarvoor zijn gehanteerd. Bijzonder punt van aandacht zijn ook de kosten behorend bij artikel 15 BZa/AWBZ.
- De pilot dient te worden uitgevoerd door de instellingen die hun cliënten scoren met behulp van daarvoor ontwikkelde software. De uitkomsten worden geverifieerd door het zorgkantoor en het ClZ. Op basis van de pilot kunt u een inschatting maken of AWBZ-breed bij de invoering het indelen van de cliënten volledig overgelaten kan worden door het lokaal overleg of dat een meer geclausuleerde, en daarmee ook gefaseerde invoering in de rede ligt.

Indien op 1 maart gestart kan worden met het uitvoeren van de pilot kunt u naar verwachting op 1 april 2006 starten met de financiële doorrekening van de gegevens.

l) Invoeringsstrategie en herallocatietraject

Voor wat betreft de alternatieven van invoering zie ik verschillende mogelijkheden met ieder hun eigen voor- en nadelen. Van groot belang is dat er per 1-1-2007 een betekenisvolle start wordt gemaakt met de invoering. Het tijdpad is echter ambitieus. Om met voldoende vertrouwen alle sectoren gelijktijdig tot invoering te kunnen overgaan is het van groot belang dat het scoren van de zittende populatie in ZZP/IZA's voldoende betrouwbaar is en door een onafhankelijke partij kan worden geverifieerd. Tevens is de kwaliteit van de uitkomsten van de pilot van groot belang. Pas in de zomer van 2006 zal over deze zaken meer duidelijkheid zijn en nader overleg plaatsvinden. Ten overvloede merk ik op dat ik grote waarde hecht aan een zorgvuldige invoering en, indien u dat noodzakelijk acht, de budgetmutaties op het niveau van de individuele instelling geleidelijk te laten plaatsvinden via een herallocatietraject.

m) Onderhoud en monitoring

Om na de invoering van de nieuwe intramurale bekostiging het systeem te onderhouden en de gevolgen ervan te monitoren lijkt het mij verstandig nu alvast na te denken over de daarvoor noodzakelijke informatievoorziening. Mogelijk heeft het voordelen de opbouw van een gegevensbestand in eigen beheer te nemen. Een andere optie is om periodiek een kostprijsonderzoek uit te (laten) voeren. Graag vraag ik u mij te adviseren in deze.

5. Liever thuis

De mogelijkheid bestaat dat een cliënt een verblijfsindicatie krijgt er toch voor kiest om thuis te blijven wonen. Thuis wonen is steeds vaker mogelijk omdat er in de praktijk steeds vaker alternatieven worden gevonden om, daar waar dat kan en wenselijk is, de zorg in de thuissituatie aan te bieden. Op grond van de huidige formuleringen in het BZa kan aan de

VWS

verblijfsindicatie geen alternatief recht worden ontleend. In het kader van de "full package-discussie" zal hierin verandering kunnen komen. Mijn streven is om per 1-1-2007 een start te maken met het full package. Hieraan zijn belangrijke beleidsmatige en uitvoeringsvragen verbonden, met name de vraag welke cliënten met verblijfsindicatie daar voor in aanmerking komen, en welke aanspraak op naturazorg dan zal bestaan. Op basis van een antwoord op de laatste vraag zal ook een passend tarief moeten worden vastgesteld. Mijn voornemen is om over het full package op korte termijn beleidsmatige keuzes te maken en mijn uitvoeringsvragen in een gezamenlijke aanvraag uitvoeringstoets aan CVZ, CIZ, CTZ en uw college voor te leggen.

6. Kapitaallastenvraagstuk

Graag wil ik in deze brief ook uw aandacht vragen voor het kapitaallastenvraagstuk. In de brief van 8 maart 2005 (Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg; TK 2004/2005, 27 659, nr. 52) is het pad geschetst volgens welke instellingen bij hun investeringsbeslissingen geleidelijk meer bevoegdheden gaan krijgen, maar tegelijkertijd ook meer risico gaan lopen. Op dit moment lopen instellingen waarvoor het bouwregime geldt nauwelijks risico over de kosten van "de stenen".

In mijn brieven over de extramurale functiegerichte bekostiging (MC/MO 2592302) en de invoering van de WTZi (Z/P-U-2517796 en MC/MO-2161882) heb ik u reeds gevraagd om tot een normatieve vergoeding voor de extramurale zorgprestaties en de kleinschalige woonvoorzieningen te komen. Verder bent u in de ziekenhuiszorg aan de slag met het goedgekeurde Gezamenlijke Plan van aanpak "Kapitaallasten en nkc's" (CZ/IZ-2599929).

In dit kader verzoek ik u uiterlijk 1 april 2006 een Plan van aanpak te maken voor de invoering van een normatieve vergoeding van de huisvestingslasten in de grootschalige intramurale AWBZ-zorg¹. Het model dat bij het bepalen van deze normatieve component wordt gebruikt, dient onderdeel te zijn van het Plan van aanpak. Wellicht ten overvloede meld ik voor de volledigheid dat VWS de beleidsmatige beslissingen neemt, zowel bij de vaststelling als bij de uitvoering van het Plan van aanpak.

Wat betreft de inhoud van het Plan van aanpak het volgende.

Ik vraag u in te gaan op de samenhang tussen de uitvoeringstoets ZZP/IZA's en het Plan van aanpak kapitaallasten. Dit geldt in het bijzonder voor de volgende punten:

- Uitgangspunt is dat de normatieve huisvestingslasten op 1 januari 2008 worden geïntegreerd in de prijscomponenten van de ZZP/IZA's. Daarom vind ik het wenselijk dat in 2006 wordt gestart met de informatieverzameling over de kapitaallasten.
- De wijze waarop wordt voorzien in een goede samenhang tussen het overgangstraject naar zorgzwaartebekostiging exclusief kapitaallasten en het overgangstraject naar integrale tarieven.

¹ Bij grootschalige intramurale AWBZ-zorg gaat het om instellingen waar meer dan 25 cliënten verblijven.

VHFS

- De wijze waarop bij het onderbouwen van de normatieve huisvestingsvergoedingen (vooralsnog) een onderscheid wordt gemaakt tussen:
 - normen voor ruimte voor de woonfunctie;
 - normen voor ruimte voor de zorgfunctie (HV, PV,);
 - normen voor ruimte voor de behandeling (BH)
 - normen voor ruimte voor de begeleiding (OB, AB, OB-dag, AB-dag);
 - normen voor ruimte voor welzijn en diensten (welzijnsinfrastructuur).

Met het apart zichtbaar houden van bovenstaande componenten kan te zijner tijd worden beoordeeld of het de voorkeur verdient aan de drie onderdelen van iedere ZZP/IZA (woonzorg, dagbesteding en behandeling) afzonderlijk normatieve huisvestingscomponenten (nhc's) te koppelen of juist niet. Ook bij het construeren van adequate prijscomponenten voor "full-package" is het van belang inzicht te hebben in de verschillende componenten, in het bijzonder in de normen voor ruimte voor de woonfunctie.

Daarnaast verzoek ik u bij het opstellen van het Plan van aanpak zowel aandacht te besteden aan de aansluiting bij de normatieve vergoeding in de regeling kleinschalig wonen, als aan de aansluiting bij de nhc's in de ziekenhuiszorg (dit laatste is bijvoorbeeld relevant voor de GGZ).

Verder verzoek ik u in te gaan op de vraag of en in welke mate nhc's zouden moeten verschillen voor de verschillende cliëntprofielen. Wellicht kunt u op dit punt ook gebruik maken van de indeling die het College bouw zorginstellingen (Cbz) heeft ontwikkeld in licht, zwaar en beveiligd verblijf. Afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt gelden immers verschillende eisen aan de verschillende ruimten die voor de zorg beschikbaar moeten zijn. Mogelijk kunnen ook de beschrijvingen van de ZZP/IZA's behulpzaam zijn.

Voorts vraag ik u mij aan te geven welke andere factoren bij de ontwikkeling van nhc's een rol spelen en een onderscheidend effect kunnen hebben in het bepalen van de hoogte van de nhc's. Daarbij wil ik opmerken dat ik streef naar een zo eenvoudig mogelijk en transparant bekostigingssysteem. Ik verzoek u met nadruk dit uitgangspunt bij de uitwerking in het oog te houden.

Tot slot wijs ik erop dat op dit moment een onderzoek ("quick scan") naar de budgettaire effecten van de nhc's en de boekwaardeproblematiek in de AWBZ wordt uitgevoerd door Cbz, Prismant en CTG/ZAio. Ik verzoek u de uitkomsten van dat onderzoek bij het opstellen van het Plan van aanpak te betrekken.

7. Tot slot

Ik realiseer mij dat het uitwerken van mijn vragen in deze uitvoeringstoets en het zorgvuldig invoeren van de zorgzwaartebekostiging een majeure operatie is. Het tijdspad is ambitieus. Ik heb er echter alle vertrouwen in dat u dit tot een goed einde weet te brengen. Met belangstelling zie ik uw voorstellen voor wat betreft de zorgzwaartebekostiging voor 1 oktober 2006 tegemoet. Voor wat betreft de voortgang blijf ik geïnformeerd via uw voortgangsrapportage's en mijn waarnemers. Voor het kapitaallastenonderdeel vraag ik u voor 1 april 2006 een plan van aanpak voor de verdere uitwerking op te stellen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

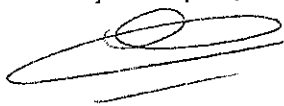
11

Kenmerk

MC/MO-2655885

Een afschrift van deze brief heb ik gestuurd aan het College voor zorgverzekeringen, het College bouw zorginstellingen, het Centrum Indicatiestelling Zorg en het College toezicht zorgverzekeringen. Ik vertrouw er op dat u waar dat van belang is uw voorstellen met de colleges en het CIZ afstemt.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



drs. Clémence Ross-van Dorp

Bijlage 4: Brief VWS 20 juni 2006

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Aan de voorzitter van het
College toezicht zorgverzekeringen
Postbus 324
1110 AH DIEMEN

Afd. Zaaknr.	CTZ 26025744
INGEKOMEN CTZ	
21 JUN 2006	
Volgnr.	26059542

Ons kenmerk
Z/M-2692767

Inlichtingen bij
mr. drs. M. Amelung

Doorkiesnummer

Den Haag

20 JUN 2006

Onderwerp

Bijlage(n)

Uw brief

Toezichttoets intramurale AWBZ-zorg

1

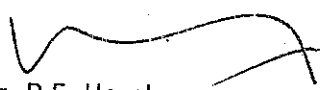
Bij brief van 28 februari 2006 schreef ik u over mijn voornemen om per 1 januari 2007 een start te maken met de invoering van een AWBZ-brede prestatiebekostiging op basis van zorgzwaartepakket (ZZP's). Ik verzocht u een toezichttoets over dit onderwerp uit te voeren en mij uiterlijk medio oktober 2006 uw bevindingen te doen toekomen.

Tevens gaf ik aan dat het wettelijk verankeren van een zorgplan een onderdeel uitmaakt van mijn plan van aanpak zorgzwaartebekostiging en dat ik uw visie op dit punt graag vóór 1 juli 2006 zou vernemen.

Inmiddels ben ik van mening dat dit laatste punt beter in de toezichttoets kan worden geïntegreerd. Dit betekent dat ik niet meer van u verwacht dat u vóór 1 juli 2006 uw visie over de wettelijke verankering van het zorgplan naar voren brengt. Wel verzoek ik u mij hierover uiterlijk medio oktober 2006 als onderdeel van de toezichttoets te berichten.

In de bijlage treft u aan het plan van aanpak dat ik begin juni 2006 naar de Tweede Kamer heb gestuurd.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur Zorgverzekeringen


dr. P.F. Hasekamp

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Internetadres:
www.minvws.nl

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk
DLZ/ZZB-2690042

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer

Den Haag

2 juni 2006

Onderwerp
Zorgzwaartebekostiging

Bijlage(n)
5

Uw brief

Tijdens het AO met de vaste commissie VWS op 19 april jl. over indicatiestelling en zorgzwaartebekostiging, is verduidelijking gevraagd op de aanpak van de invoering van zorgzwaartebekostiging in de intramurale zorg AWBZ per 1 januari 2007. Over de noodzaak en het belang om de keten van indicatiestelling, zorginkoop, zorgverlening, bekostiging en verantwoording te definiëren in herkenbare producten en daarop afgestemde financiering bestaat brede overeenstemming. Een verduidelijking is wenselijk gebleken op de manier om daartoe te komen en de betekenis ervan voor verschillende partijen. Die verduidelijking wil ik geven door de aanpassingen in de gehele keten van de 'intramurale' zorgverlening te beschrijven. Ook geef ik voor de verschillende onderdelen de stand van zaken weer.

Ik zal verder afzonderlijk ingaan op het invoeringstraject, en op de moties die tijdens het VAO op 27 april zijn ingediend. Op uw verzoek heb ik u bij brief van 17 mei jl. (TK 2005-2006, 26 631, nr. 176) tevens geïnformeerd over de huidige bekostiging van intramurale zorg in de AWBZ.

1. Begripsverduidelijking

Mij is gebleken, dat in het debat verwarring kan ontstaan over een aantal begrippen. Daarom wil ik die graag vooraf toelichten.

Zorgzwaartepakketten en IZA's

Het zorgproduct waarvoor een cliënt wordt geïndiceerd noem ik een zorgzwaartepakket. Het bestaat uit een beschrijving van het type cliënt, de aanduiding van het totale aantal uren zorg dat nodig wordt geacht en uit een kwalitatieve beschrijving waaruit die zorg bestaat of kan bestaan¹. In bijlage 1 is een voorbeeld opgenomen. Aan een dergelijk pakket hangt

¹ Deze beschrijving in een zorgzwaartepakket is toegevoegd op advies van cliëntenorganisaties.

tevens een (maximale) prijs. Eerder in het traject is gesproken over intramurale zorgarrangementen (IZA's).

IZA's zijn de basisbouwstenen die na uitgebreid onderzoek zijn opgesteld. Aanvankelijk heb ik voorgesteld een aantal IZA's te clusteren tot pakketten die wat betreft het aantal uren met elkaar overeenkomen. Het feit dat een dergelijk pakket dan meerdere prijzen zou kennen is verwarrend gebleken. Daarom is verder afgezien van clustering. Ik ga uit van zorgzwaartepakketten die en één aanduiding voor het aantal uren en één prijs kennen. Deze zijn nog steeds gebaseerd op de IZA's maar inmiddels na overleggen met partijen op onderdelen aangepast.

Persoonsgebonden budget en persoonsvolgend budget

Ik maak onderscheid tussen het persoonsvolgende budget en het persoonsgebonden budget. Dat onderscheid zit niet in de mate van cliëntgebondenheid, maar in het feit of nog sprake is van zorg in natura met een zorgplicht voor de verzekeraar, of niet.

Als iemand kiest voor een persoonsgebonden budget (pgb) gaat het geld via het zorgkantoor direct naar de budgethouder die zelf opdrachtgever of werkgever is van zijn hulpverleners. Hij krijgt zijn pgb op zijn rekening gestort en organiseert zijn eigen zorg (huurt zijn hulpverleners in, sluit contracten met ze af, betaalt ze en legt verantwoording af over de besteding). Een pgb is mogelijk voor alle functies met uitzondering van behandeling en de wooncomponent.

Bij een persoonsvolgend budget blijft sprake van zorg in natura. Aan het recht op zorg wordt een bedrag gekoppeld dat met de cliënt meeverhuist. De klant hoeft, in tegenstelling tot het persoonsgebonden budget, het budget niet zelf te beheren en hij wordt ook geen werkgever. Het geld gaat via het zorgkantoor naar de aanbieder, inclusief de wooncomponent als de klant in een intramurale instelling verblijft en exclusief de wooncomponent als de klant zijn eigen woonlasten betaalt.

In bijlage 2 heb ik het voorbeeld 'de heer Janssen' beschreven waarin de keuzevrijheid van de cliënt na een indicatie voor verblijf wordt toegelicht.

Het begrip verblijf

Het persoonsvolgend budget biedt de mogelijkheid voor de cliënt om 'verblijfszorg' thuis te ontvangen. In het spraakgebruik wordt dat wel 'volledig pakket' (of 'full package') genoemd. Of een cliënt aanspraak kan maken op het volledige pakket wordt bepaald door de behoefte van een cliënt aan een beschermende woonomgeving, aan een therapeutisch leefklimaat of aan permanent toezicht. Deze zorg kan ook thuis verstrekt worden als dat redelijkerwijs mogelijk is natuurlijk.

2. Aanpassingen in de keten

De keten van indicatiestelling, zorginkoop, zorgverlening, bekostiging en verantwoording in de AWBZ wordt aangepast door de invoering van zorgzwaartebekostiging. De keten ziet er na de maatregelen die ik zal nemen als volgt uit:

VFFS

Indicatiestelling

2.1 Cliënten worden geïndiceerd voor een totaalpakket aan zorg dat doelmatig en doeltreffend is gezien de aard en omvang van de zorg die nodig is in verband met de objectief vastgestelde beperkingen.

De taal in de keten van indicatiestelling tot verantwoording is die van de zorgzwaartepakketten. Om uitvoering te geven aan de motie Vietsch (TK 2005-2006 26 631 nr. 171) zijn alle zorgzwaartepakketten de afgelopen maand mei per doelgroep nogmaals tegen het licht gehouden in overleggen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de betreffende brancheorganisaties van zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordigers. Hierbij zijn - conform het verzoek uit de motie - het voorstel van ZN en de voorgestelde indeling in zorgzwaartepakketten vergeleken met de indeling in pakketten zoals eerder voorlopig was vastgesteld. Inmiddels is overeenstemming bereikt over de indeling met betrokken partijen. Voor alle zorgzwaartepakketten geldt dat ze eind juni 2006 definitief worden vastgesteld rekening houdend met de uitkomsten van zowel de pilot indicatiestelling als de pilot bekostiging. Dit houdt in dat zowel de indeling, het aantal pakketten, het gemiddelde aantal uren per zorgpakket als de bandbreedte dan definitief worden vastgesteld.

In bijlage 3 heb ik een stand van zaken-overzicht opgenomen van de verschillende zorgzwaartepakketten per doelgroep.

Bij de indicatiestelling maak ik onderscheid tussen het onderzoek naar de beperkingen en mogelijkheden van een cliënt (het CIZ gebruikt daarbij de ICF classificatie als basis) en het vaststellen van de aanspraak op zorg en ondersteuning die daaruit voortvloeit. Door de invoering van zorgzwaartepakketten treden er geen wijzigingen op in de wijze waarop de beperkingen van een cliënt in beeld worden gebracht. De indicatiesteller voert onderzoek uit naar de beperkingen van de cliënt aan de hand van een landelijk uniform protocol. De zorgbehoefte van de cliënt wordt afgeleid van de aandoeningen, stoornissen en beperkingen van de cliënt.

De aanspraak op een volledig zorgzwaartepakket wordt zoals gezegd bepaald door de behoefte van een cliënt aan een beschermende woonomgeving, aan een therapeutisch leefklimaat of aan permanent toezicht. Aan de hand van de pilot indicatiestelling (zie bijlage 4) worden deze criteria verder verduidelijkt. Op basis van het totale beperkingenbeeld van de cliënt bepaalt het CIZ wat dit betekent voor de manier waarop aan die cliënt de zorg geleverd kan worden. Dat zijn de leveringsvoorwaarden. Er zijn vier typen leveringsvoorwaarden: zorg op afspraak, zorg op afroep, zorg in de nabijheid en permanent toezicht. De leveringsvoorwaarde die iemand nodig heeft is, afhankelijk van de mate waarin de cliënt zelf het initiatief kan nemen voor de noodzakelijke zorglevering, diens zorg (on)planbaar is, de cliënt zelf kan alarmeren en de zorg kan afwachten (zie bijlage 5).

Momenteel wordt bij het vaststellen van de noodzakelijke zorg de aanwezigheid van mantelzorg meegewogen. In sommige gevallen leidt dit ertoe dat voor de cliënt geen aanspraak op een volledig pakket wordt vastgesteld, bijvoorbeeld omdat de mantelzorg

VWS

voorziet in toezicht en/of beschermende woonomgeving. Eerder heb ik aangegeven dat de mantelzorg afzonderlijk zichtbaar wordt in het individuele indicatiebesluit. Dat zal per 1 januari 2007 gebeuren. Dit onder voorbehoud van de mogelijkheid om deze vorm van indicatiestelling te registreren per die datum. In de loop van 2007 worden vervolgens ook de beslisschema's bij het CIZ aangepast.

Om deze vorm van indicatiestelling mogelijk te maken wordt het zorgindicatiebesluit (ZIB) komend najaar aangepast en per 1 januari 2007 ingevoerd.

2.2 De zorgzwaartepakketten, het zorgaanbod en het individuele zorgpakket zijn voor de cliënt herkenbaar en begrijpelijk

Door de invoering van zorgzwaartepakketten is er een directe koppeling tussen een zorgzwaartepakket en de individuele cliënt. Het cliëntgebonden zorgzwaartepakket moet begrijpelijk zijn. Voor de cliënt moet het duidelijk zijn welk zorgaanbod past binnen het geïndiceerde zorgzwaartepakket. Voor een begrijpelijke omschrijving van het zorgzwaartepakket komt vanaf november 2006 een consumentengids beschikbaar. In deze gids wordt per zorgzwaartepakket een voor iedereen begrijpelijke omschrijving van het cliëntprofiel en van het zorgaanbod (in kwalitatieve termen en met een kwantitatieve onderbouwing als illustratie/richtsnoer) gegeven. De consumentengids wordt ontwikkeld door verschillende cliëntenorganisaties, ZN en VWS.

Bij de instellingen die hebben meegedaan aan de pilot wordt - op suggestie van cliëntenvertegenwoordigers - getoetst bij individuele cliënten (of hun vertegenwoordigers) of zij zich herkennen in het cliëntenprofiel dat door de instelling is 'gescoord'. De informatie die uit deze toetsvragen beschikbaar komt helpt bij het opstellen van de consumentengids en bij de afbakening van de pakketten.

Dagbesteding en behandeling

2.3 Binnen de zorgzwaartepakketten worden dagbesteding en behandeling (voorzover die behandeling onderdeel is van de AWBZ) afzonderlijk onderscheiden. Voor dagbesteding bestaat de mogelijkheid om deze apart te indiceren en als herkenbare component binnen een pakket te bekostigen.

Bij de indicatiestelling wordt bepaald of dagbesteding in het pakket zit of niet. De reden daarvoor is gelegen in het feit dat dagbesteding soms uit andere voorzieningen wordt bekostigd. Bijvoorbeeld lichamelijk gehandicapte jongeren kunnen begeleid werk hebben, en dan is dagbesteding gefinancierd uit de AWBZ niet aan de orde en dus geen onderdeel van het pakket. In het geval van de zorgzwaartepakketten voor de V&V zal het in (uitzonderingen daargelaten) niet voorkomen dat dagbesteding vanuit andere voorzieningen wordt geboden (ter vervanging van werk of onderwijs). Per zorgzwaartepakket is de hoeveelheid dagbesteding (indien in de indicatie is bepaald dat dit onderdeel uitmaakt van het pakket) genormeerd.

VFFS

2.4 Het geïndiceerde zorgzwaartepakket is persoonsvolgend. Cliënten krijgen op grond van hun indicatie de mogelijkheid om het geïndiceerde zorgzwaartepakket te ontvangen en te besteden waar men dat wil (ook thuis!), uiteraard onder de conditie dat het aanbieden van zorg op die plek redelijkerwijs mogelijk is. Het zorgkantoor keert aan de door de cliënt uitgekozen zorgaanbieder de overeengekomen prijs uit.

Zorgzwaartebekostiging maakt het makkelijker om te kiezen voor een zorgaanbieder van eigen voorkeur en om te wisselen van zorgaanbieder. Een geïndiceerd zorgzwaartepakket is cliëntvolgend en er is een persoonsvolgend budget aan gekoppeld dat naar de zorgaanbieder van keuze gaat. Het is nodig om dagbesteding apart op te nemen in het indicatiebesluit en te bekostigen.

Voorts kan elke cliënt met zijn zorgaanbieder afspraken maken over het aanbieden van bepaalde onderdelen van de zorg in onderaannemerschap. Het is dus niet zo dat het hele zorgzwaartepakket persé door één aanbieder moet worden geleverd.

Het is mijn voornemen mogelijk te maken dat zorginstellingen aan cliënten die zijn aangewezen op een volledig pakket, de zorg en ondersteuning op de plek van hun eigen keuze aan kunnen bieden, bijvoorbeeld thuis of in een geclusterde setting waar men zelf de woonlasten betaalt. Het moet met andere woorden mogelijk zijn dat mensen met een indicatie voor een volledig pakket het pakket aangeboden kunnen krijgen zonder de wooncomponent. Zorgzwaartebekostiging op deze wijze vormgegeven faciliteert dan ook nieuwe vormen van intensieve zorg die in een geclusterde setting plaatsvinden waar mensen zelf hun woonlasten betalen, bijvoorbeeld bij sommige projecten voor kleinschalig wonen met dementie, of bij geextramuraliseerde of geclusterde projecten in de gehandicaptenzorg (ADL clusterwoningen).

Om deze vorm van het volledige pakket in de praktijk vorm te geven, zal ik het Besluit Zorgaanspraken, de eigen bijdrage regeling en toelatingsbeleid voor instellingen dit najaar daartoe aanpassen. Ook zullen de prijzen van de zorgzwaartepakketten worden vastgesteld die zijn gecorrigeerd voor de wooncomponent. Dit is momenteel onderwerp van overleg met diverse betrokkenen.

Zorginkoop

2.5 De zorgzwaartepakketten worden door de zorgkantoren c.q. de verzekeraars gecontracteerd. Zij zullen de pakketten inkopen die landelijk zijn vastgelegd voor de betreffende sector of doelgroep (in totaal: 49 pakketten). Zij komen met de zorgaanbieders tot afspraken over de passende mix van pakketten, prijs en kwaliteit.

Het zorgkantoor contracteert zorgzwaartepakketten. Als in de loop van het jaar blijkt dat de samenstelling van de gecontracteerde inkoop afwijkt van de behoefte, kan lopende het jaar herziening plaatsvinden. De huidige systematiek van de regionale contracteerruimte voorziet daartoe per jaar in drie contracteerrondes.

VFS

Vanuit hun wettelijk geregelde taak maken zorgkantoren afspraken met aanbieders over volume, prijs en kwaliteit van de pakketten, in het licht van de totale zorgvraag. Daarbij kijkt het zorgkantoor ook naar de beste invulling van elk zorgzwaartepakket (kwaliteit). Daarnaast is er ruimte voor innovatie van zorgarrangementen. De zorgkantoren zijn ook belast met toetsing van geleverde en gedeclareerde zorg (krijgen klanten "waar voor het geld").

Zorgverlening

2.6 Op basis van het indicatiebesluit sluiten cliënt (of diens vertegenwoordiger) en de instelling die de zorg gaat leveren een overeenkomst tot zorgleverantie. Aan die overeenkomst zullen eisen worden gesteld, die voor alle instellingen verplicht worden. In die overeenkomst staat in ieder geval dat de kwaliteit van de zorg zal voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg; dat er binnen x weken een zorgplan wordt opgesteld; dat de geleverde zorg moet bijdragen aan de doelen die in het zorgplan worden opgenomen; dat de overeenkomst periodiek wordt geëvalueerd. Het sluiten van een dergelijke overeenkomst is wettelijk verplicht. Door in de voorschriften rond de zorgovereenkomst tevens een bepaling op te nemen over de opstelling van het zorgplan, is tevens het zorgplan zelf verplicht geworden. Zonder een dergelijke overeenkomst zal geen vergoeding aan de zorgverlener kunnen worden verstrekt.

In de huidige praktijk worden zowel overeenkomsten voor zorglevering als zorgplannen vastgesteld. Eerder is aangegeven dat zorgplannen wettelijk verplicht worden gesteld en dat bezien zou worden of deze plannen ook een rol in de verantwoording kunnen spelen. Dat laatste is inmiddels niet verstandig gebleken. Het zou te veel spanning zetten op de zorgrelatie tussen cliënt en professional, terwijl die relatie juist in belangrijke mate op onderling vertrouwen gebaseerd moet zijn. Toch wil ik het oordeel van cliënten over de geleverde zorg effect geven. Ik werk dan ook toe naar een situatie waarin zorgkantoren bij het maken van productieafspraken of het verdelen van de groei ruimte het oordeel van cliënten op instellingsniveau, zoals dat bijvoorbeeld tot uitdrukking komt in de CAPHS, standaard meewegen.

In het zorgplan wordt de indicatie geconcretiseerd. Met dit document kan de cliënt daadwerkelijk gaan sturen op de invulling van zijn zorg. Ik kies er dan ook voor om het zorgplan een steviger basis te geven via de zorgovereenkomst. Daarmee maak ik een expliciet onderscheid tussen de algemene overeenkomst van zorgverlening en het op de persoon toegesneden zorgplan. Door wettelijke eisen te stellen aan de inhoud van de zorgovereenkomst, bijvoorbeeld over het opstellen van een actueel, doelgericht zorgplan, heeft de cliënt straks een basis om op terug te vallen indien de zorg niet voldoet aan de afspraken die in het zorgplan zijn gemaakt.

Om in de zorgovereenkomst een relatie met de normen voor verantwoorde zorg te leggen is het nodig dat die normen er daadwerkelijk zijn. Niet in alle sectoren zijn al normen voor verantwoorde zorg opgesteld. Wel hebben alle partijen zich bereid verklaard dergelijke normen op te stellen

VVF

Verantwoording

2.7 De verantwoording over de geleverde zorg door de zorginstelling zal vanaf 2007 plaatsvinden in terminologie van de zorgzwaartepakketten en dus niet de aan de zorgzwaartepakketten ten grondslag liggende functies en klassen. Daardoor kan de benodigde informatie-uitwisseling tussen zorgkantoren en zorginstellingen beperkt blijven.

Het zorgkantoor kan de informatie van de zorginstellingen vergelijken met de binnengekomen indicatiestellingen om na te gaan of de verzekerde de zorg krijgt die is geïndiceerd. Het zorgkantoor kan op basis daarvan ook bepalen in hoeverre de zorginstelling de afgesproken productie realiseert. Daarnaast moet het zorgkantoor net als nu via controles vaststellen of de zorg daadwerkelijk is geleverd. Het gaat er bij deze controles om via steekproeven, verbandcontroles, enquêtes onder cliënten zekerheid te verkrijgen of de cliënt zorg heeft gekregen op basis van een zorgplan dat tegemoet komt aan de indicatiestelling. Ik heb het College toezicht zorgverzekeringen gevraagd mij in september 2006 nader te informeren over deze verantwoordingsaspecten.

Bekostiging

2.8 De instelling ontvangt per klant aan wie een zorgzwaartepakket wordt geleverd een bij de contractering overeengekomen bedrag dat aan een maximum is gebonden. Aan de zorgzwaartepakketten is een maxumprijs verbonden dat wordt vastgesteld en onderhouden door CTG/ZAio.

De maxumprijzen van de zorgzwaartepakketten worden bepaald op basis van de pilots die nu worden geëvalueerd uitgaande van budgettaire neutraliteit per sector. De pilots, uitgevoerd door circa honderd instellingen met samen circa 20.000 cliënten, geven een representatief beeld van de verdeling van de huidige populatie over de vastgestelde zorgzwaartepakketten (zie bijlage 4). Op grond hiervan zullen door CTG/ZAio de maxumprijzen in november van dit jaar worden vastgesteld. Uitgangspunt is dat de normatieve huisvestingslasten op 1 januari 2008 worden geïntegreerd in de prijscomponenten van de zorgzwaartepakketten.

Los hiervan wordt momenteel onderzoek gedaan naar de relatie tussen kwaliteit van de zorg en de doelmatigheid in de verpleeghuissector. Het onderzoek dat wordt uitgevoerd door CTG/ZAio is medio juni beschikbaar.

Eigen bijdrage

2.9 Indien cliënten de zorg inclusief de diensten- en kapitaalslastencomponent aanvaarden (klassiek 'intramuraal' dus, mits daarvoor geïndiceerd natuurlijk) betalen ze de huidige 'intramurale' eigen bijdrage. Indien zij de zorg thuis ontvangen of het onderkomen op een andere manier zelf betalen, betalen zij een daarop aangepaste eigen bijdrage.

Voor verzekerden die met het persoonsvolgend budget het op hen van toepassing zijnde pakket aan verblijfszorg en –diensten thuis ontvangen, zal de bijdrage van artikel 14 Bijdragebesluit zorg gaan gelden. Hiertoe zal het Bijdragebesluit zorg worden gewijzigd. De bijdrage van artikel 14 is de bijdrage die een verzekerde die in een instelling verblijft, verschuldigd is indien hij nog een eigen huishouden heeft. Deze bijdrage geldt nu onder meer voor een verzekerde die in een instelling verblijft en een thuiswonende partner heeft of die zijn eigen huishouden nog moet aanhouden omdat hij slechts tijdelijk is opgenomen. Het is dus aangewezen deze bijdrage ook te hanteren voor de thuiswonende verzekerden die zorg met een persoonsvolgend budget ontvangen.

3. Extreme of bijzondere zorgzwaarte

Het systeem van zorgzwaartebekostiging is ontwikkeld voor de reguliere cliënten. De ontwikkelde zorgzwaartepakketten beschrijven circa 95% van de cliënten. Voor de cliënten met een zeer omvangrijke of bijzondere zorgvraag wordt een aparte regeling toegepast om het systeem niet onnodig te belasten.

Voor deze groepen wordt – min of meer gelijk aan de huidige systematiek van de toeslagenregeling voor personen met een extreme zorgzwaarte – een regeling ontworpen door CTG/ZAio. Deze regeling zal voorzien in een toeslag voor specifieke groepen, onder voorwaarde van externe beoordeling door een deskundige instantie zoals CCE. Deze toeslag wordt toegepast op de zorgzwaartepakketten. Op basis van de pilot bekostiging en bij het vaststellen van de zorgzwaartepakketten eind juni zal bepaald worden voor welke groepen een dergelijke regeling nodig is. CTG/ZAio zal deze regeling in november 2006 bekend maken.

4. Invoering en overgangstraject

Het jaar 2007 is het jaar waarin de invoering start. Dat betekent dat in dat jaar de indicatiestelling is afgestemd op zorgzwaartepakketten, en dat zorgkantoren en zorgaanbieders afspraken over omvang en kwaliteit van de te leveren zorg maken in termen van zorgzwaartepakketten. In dit overgangsjaar zijn de financiële effecten van de invoering voor zorgaanbieders nihil.

Dit najaar zullen zorgaanbieders zich voorbereiden op de invoering van dit systeem. De eerste stap is gericht op het toerusten van zorgaanbieders en zorgkantoren voor het maken van productieafspraken in termen van zorgzwaartepakketten. Daarvoor zullen de zorgaanbieders eerst zicht moeten hebben op hun huidige cliënten in termen van zorgzwaartepakketten. Zorgaanbieders zullen daarvoor de huidige cliënten (peildatum: oktober 2006) aan een zorgzwaartepakket koppelen. Dat gebeurt aan de hand van een instrument dat vanuit het Ministerie van VWS per 1 augustus 2006 beschikbaar komt. Op basis van deze koppeling van cliënten aan zorgzwaartepakketten zullen zorgaanbieders een voorstel maken voor de productieafspraken met zorgkantoren voor het jaar 2007. Daarbij kunnen afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en de prijs van de zorgzwaartepakketten.

VVFJ

Voor de bekostiging in 2007 geldt het uitgangspunt dat een zorgaanbieder (bij een constant aantal plaatsen en afgezien van extra aanbod uit de groeimiddelen) een totale omzet aan gecontracteerde zorg heeft die gelijk is aan het budget voor het jaar 2006. Dat geeft in het eerste jaar van de invoering zorgzwaartebekostiging de benodigde (financiële) rust voor de instellingen. Met die omzet komt de instelling tot een herverdeling van beschikbare middelen over mensen met lichtere en hogere zorgzwaarte. Ook kan de instelling vermelden dat – volgens geobjectiveerde “scores” – de som van de pakketten lager dan wel hoger uitkomt dan budget-2006 (bij gelijke aantallen cliënten); die opgave heeft voor het jaar 2007 nog geen financiële gevolgen.

Ik ben nog met partijen in overleg over de afbouw van het verschil in de jaren daarna. Met ZN en ActiZ heb ik overeenstemming om vanaf 2008 de verdere afbouw van het verschil aan het lokale overleg over te laten. VGN geeft de voorkeur aan een vaste afbouw in 4 tot 5 jaar.

5. Moties

Naar aanleiding van het VAO op 27 april jl. zijn door de Tweede Kamer vier moties aangenomen over zorgzwaartebekostiging.

De motie van het lid Vietsch c.s. (2005-2006, 26631, nr. 171) met het verzoek om het plan van aanpak zorgzwaartebekostiging met het plan van ZN uit te werken heb ik met deze brief en het voorafgaande intensieve overleg met ZN uitgevoerd. Voor de moties van het lid Van Miltenburg c.s. (2005-2006, 26631, nr. 172 en 173) over de introductie van een full package en de invoering van een persoonsvolgend budget, verwijs ik naar de betreffende passages in deze brief. De motie van het lid Koşer Kaya ((2005-2006, 26631, nr. 174) met het verzoek om in overleg te treden met cliëntenorganisaties en deze te betrekken bij de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten heb ik uitgevoerd. Dit heeft er toe geleid dat de structuur en inhoud van de pakketten zal worden aangepast.

Daarnaast is apart overleg gevoerd met de cliëntenorganisaties over het opstellen van een consumentengids over de zorgzwaartepakketten en de voorstellen gericht op het zorgplan. In het voorgaande heb ik de stand van zaken beschreven. Op twee punten verschil ik van mening met de verschillende cliëntenorganisaties. Cliëntenorganisaties zijn van mening dat de indicatiestelling en bekostiging gescheiden dienen te blijven. Voorts is van men van mening dat de indicatiestelling door het CIZ voor het volledige pakket van AWBZ-zorg geformuleerd dient te blijven in functies en klassen. Beide zaken zijn in tegenspraak met de door mij geformuleerde beleidsuitgangspunten voor de bekostiging.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. Clémence Ross-van Dorp

ZZP 4 VV BESCHUT WONEN MET DEMENTIEZORG**CLIENTPROFIEL**

Deze cliëntengroep heeft vanwege matige dementiële problematiek, eventueel in combinatie met langdurende psychiatrische problematiek, begeleiding en verzorging nodig, in een beschutte woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van alle *psychosociale/cognitieve functies* behoefte aan het krijgen van hulp, toezicht of sturing, omdat de cliënt veel beperkingen heeft met betrekking tot met name geheugen, oriëntatie en concentratie.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* betreffende veel aspecten hulp, toezicht en sturing nodig. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven. Betreffende het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven is veelal overname van zorg nodig. De communicatie levert daarentegen meestal geen of weinig problemen op. Bij deze cliënten is vaak sprake van zwerfgedrag. Verder is veelal nog wel sprake van enige mate van zelfregie en ervaren de cliënten nog een zekere mate van woonbeleving.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobilititeit* veelal hulp nodig betreffende het verplaatsen buitenshuis.

Ten aanzien van de verschillende aspecten van de *ADL* hebben de cliënten veelal toezicht en stimulans nodig, met name met betrekking tot het wassen.

Bij deze cliënten kan sprake zijn van enige *gedragsproblematiek* in de vorm van verbaal agressief, dwangmatig en reactief gedrag. Hierbij is één of enkele keren per week hulp, toezicht of sturing nodig.

De aard van het begeleidingsdoel heeft vaak betrekking op begeleiding bij achteruitgang, maar kan ook gericht zijn op stabilisatie.

Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard.

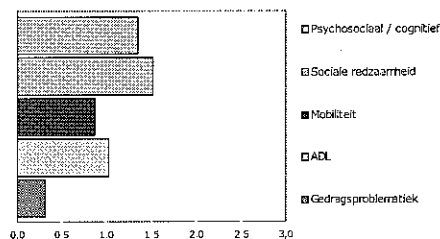
De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op verschillende momenten per dag. De zorg moet voortdurend in de nabijheid zijn.

Het beperkingenbeeld van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

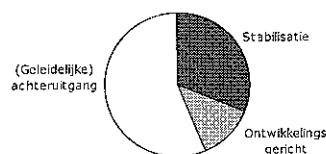
De dominante grondslag voor dit cliëntprofiel is een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

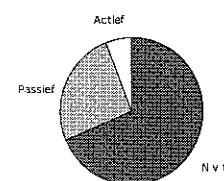
- Bewoners met een matig dementieel syndroom
- Eventueel is sprake van bijkomende psychiatrische problematiek
- Bewoners met PG meerszorg in het verzorgingshuis



Figuur 1 Gemiddelde scores beperkingen



Figuur 2. Aard van het begeleidingsdoel



Figuur 3. Aard psychiatrische problematiek

KRISLIJNEN VAN HET AANBOD

Woon- en leefklimaat: de cliënt woont in een beschutte omgeving; een leefomgeving waar hij/zij zich prettig kan voelen. Er is voortdurend toezicht en een zorgverlener in de nabijheid van de cliënt. Daarnaast krijgt de cliënt op verschillende momenten op de dag de vereiste zorg geboden.

Veiligheid: in de leefomgeving is veiligheid gecreëerd met behulp van passende voorzieningen zoals alarmopvolging, hulpmiddelen en brand- en inbraakbeleid. Er is een situatie gecreëerd waarbij het eventuele zwerfgedrag van de cliënt wordt ondervangen.

Voeding, maaltijdvoorziening: er wordt zorggedragen voor een smakelijke en gezonde maaltijd op verschillende momenten van de dag. De zorgverleners zien er op toe, dat de cliënt voldoende eet en drinkt.

Passende verzorging: er wordt ondersteuning geboden die past bij de (zelf)verzorging van de cliënt, deze zal in ieder geval betrekking hebben op het wassen, in- en uit bed gaan, en het verrichten van de kleine verzorgingstaken.

Gezondheidsbescherming (ziekenzorg, verpleging): er is enige verpleegkundige zorg die mede is gericht op gezondheidsbescherming; bijvoorbeeld preventie – zo nodig behandeling – van decubitus, 'voeding & vocht', gewicht, et cetera.

Ondersteuning gericht op de redzaamheid van de cliënt: de cliënt krijgt ondersteuning bij het plannen en uitvoeren van de dagelijkse taken. De cliënt wordt ondersteund in het handhaven van de structuur in het dagelijks leven.

Participatie (dagstructurering): er worden groepsgewijze activiteiten georganiseerd, in de vorm van dagdeelprogramma's; afhankelijk van eigen dagindeling kan de cliënt hieraan deelnemen.

Mentaal welbevinden: de cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling.

Behandeling: een verpleeghuisarts is betrokken bij de behandeling; indien nodig wordt een fysiotherapeut ingezet.

Verblijfsdiensten: maaltijdverzorging; linnenservice; schoonmaak van appartement et cetera.

FUNCTIES EN TIJD PER CLIËNT PER WEEK

Woonzorg					Dagbesteding			Behandeling	Totaaltijd
Functie	OB-alg	PV	VP	AB-alg	Functie	OB-dag	AB-dag	1,5 uur	incl dagbesteding 13,3 uur bandbreedte 11 - 15
	ja	ja	nee	Ja	Dagdelen	7	-		
Gemiddeld : 10,4 uur									

De heer Janssen is 74 jaar en heeft vergevorderde diabetes. Hij is alleenstaand. Zijn twee kinderen en zijn zus wonen binnen een straal van drie kilometer. Hij is steeds moeilijker in staat om zelfstandig te leven en een eigen huishouden te voeren. Hij is door het CIZ geïndiceerd. Gezien de beperkingen van de heer Janssen krijgt hij een indicatie voor een volledig pakket Zorgzwaartepakket 6 voor de sector V&V. De heer Janssen heeft in het systeem van zorgzwaartebekostiging diverse keuzemogelijkheden. De reikwijdte van de keuzevrijheid wordt uiteraard bepaald door de omvang van het geïndiceerde pakket en de beschikbaarheid van geschikt zorgaanbod. Met de indicatie voor zorgzwaartepakket V&V 6, heeft de heer Janssen de volgende keuzes:

- De heer Janssen wil naar het verpleeghuis. Daar is nog plek. Het verpleeghuis heeft afspraken gemaakt met het zorgkantoor over de prijs en kwaliteit van het zorgzwaartepakket. Voor deze intramurale zorg ligt de regie van de zorg bij de aanbieder, het budget gaat van het zorgkantoor naar de aanbieder. De heer Janssen verlaat zijn woning en de woonlasten komen ten laste van de AWBZ. Meneer Janssen betaalt een inkomensafhankelijke intramurale eigen bijdrage.
- De heer Janssen verhuist naar een kleinschalige woonvorm met 24 uur zorgondersteuning. Hij betaalt zelf huur voor het tweekamer-appartement in een complex waar nog 20 andere cliënten zorg op afroep ontvangen. De zorg wordt geleverd door een thuiszorgorganisatie die een samenwerkingsverband heeft met een verpleeghuis. Ook hier wordt de beschikbare prijs voor het zorgzwaartepakket gecorrigeerd voor de kosten van het wonen. De heer Janssen betaalt een eigen bijdrage.
- De heer Janssen besluit om niet naar een verpleeghuis te gaan. Hij wil thuis blijven wonen. Hij blijft de huur of kosten van zijn eigen woning betalen. Hij vraagt aan het verpleeghuis om de zorg thuis te leveren. Dat kan. Immers, het zorgzwaartepakket dat verbonden is aan de heer Janssen is persoonsvolgend. De regie van de zorg ligt bij de aanbieder, het budget gaat van het zorgkantoor naar de aanbieder. Twee voorwaarden: zorgverlening moet wel mogelijk zijn en er zijn grenzen aan het geld (prijs voor een zorgzwaartepakket gecorrigeerd voor de kosten van de wooncomponent). De heer Janssen betaalt een eigen bijdrage.

Verpleging en verzorging van ouderen en chronisch zieken

Over de pakketten verpleging en verzorging is het volgende afgesproken:

- Er wordt onderscheid gemaakt in langdurende zorg en kortdurende zorg (die op termijn wellicht naar de zorgverzekeringswet kan gaan).
- Voor de langdurende zorg is een indeling in 8 of 9 pakketten zinvol en werkbaar (ook in de suggesties van ZN;
- Voor de kortdurende zorg zijn twee pakketten benoemd: (a) reactivering in het verpleeghuis, (b) palliatief-terminale zorg. In ieder geval in 2007 zijn die nog een onderdeel van de AWBZ.
- Op basis van de uitkomsten van de pilot volgt eind juni een besluit over eventuele clustering van zorgzwaartepakket 7 en 8 V&V.
- Pakketten 3 en 4 V&V en 5 en 6 V&V zijn nagenoeg urenhomogeen, maar willen betrokkenen omdat ze geheel andere doelgroepen betreffen wel apart zichtbaar houden.
- VWS gaat ermee akkoord om – indien de sector dat kan onderbouwen – het aantal uren van pakket 5 (beschermde wonen met intensieve dementiezorg) vast te stellen op 18,5 uur per week in plaats van 16,5 uur per week

Personen met een verstandelijke handicap (8)

- Voor mensen met een verstandelijke handicap zijn 8 pakketten ontwikkeld; deze zijn het uitgangspunt voor de definitieve vaststelling van de pakketten eind juni 2006.
- Een voorwaarde is dat de pakketten 4 en 6 goed zijn af te bakenen, zodat aanbieders niet onnodig bepaalde mensen doorschuiven naar het pakket VG-6 (licht probleemgedrag). Hierover is de afspraak gemaakt dat dit in de maand juni verder technisch wordt uitgewerkt, rekening houdend met de uitkomsten van de pilots.

Personen met een lichamelijke handicap (7 pakketten) en personen met een zintuiglijke handicap (8 pakketten)

- Over de pakketten voor cliënten uit deze doelgroepen is overeenstemming met betrokkenen.

Personen die behandeling ontvangen in een SGLVG-behandelcentrum (1 pakket)

- Voor mensen die sterk gedragsgestoord zijn met een licht verstandelijke handicap is één zorgzwaartepakket ontwikkeld. Het betreft mensen die in een SGLVG behandelcentrum worden behandeld.
- De sector zelf ziet op dit moment geen zinvolle mogelijkheid tot nadere differentiatie. Eventueel kan dat in een latere fase alsnog gebeuren, op basis van zorgprogramma's voor specifieke cliëntgroepen.

Personen met een licht verstandelijke handicap (5 pakketten).

- Over de pakketten voor cliënten uit deze doelgroep is overeenstemming met betrokkenen.
- Belangrijk voor de komende jaren is tegelijk een nadere verkenning naar het zorgaanbod binnen de jeugd-LVG als basis van doorontwikkeling van de pakketten.

¹ Uitgangspunt is het document Totaaloverzicht zorgzwaartepakketten. De verwijzingen in deze bijlage corresponderen met de indelen naar zorgzwaartepakketten zoals vermeld in dat document (zie www.zorgzwaartebekostiging.nl)

Personen met langdurige psychiatrische problemen (9 pakketten)

Voor cliënten met langdurige psychiatrische problemen zijn 9 pakketten beschreven. GGZ-NL en ZN zijn van mening dat de 9 voorliggende zorgzwaartepakketten voor de GGZ in 2007 verder moeten worden doorontwikkeld. Vooral de onderbouwing van de functie behandeling in de zorgzwaartepakketten moet nog verder worden uitgewerkt. Streven is clustering tot 6 pakketten.

Bekostiging

In de periode maart-mei van dit jaar is de pilot bekostiging uitgevoerd door circa 100 instellingen. Ongeveer 20.000 cliënten zijn in deze periode gekoppeld aan de voorliggende 49 zorgzwaartepakketten met als doel informatie te verzamelen over de relatieve verdeling van de huidige cliënten over de pakketten. Met deze informatie is het vervolgens mogelijk om per pakket een prijs vast te stellen. Voorts zal deze pilot informatie geven over de bruikbaarheid van de zorgzwaartepakketten. Dat wil zeggen de mate waarin de pakketten onderling voldoende onderscheidend zijn, de mate waarin de pakketten alle relevante cliëntgroepen omvatten en de mate waarin zorgaanbieders in staat zijn een goede koppeling te maken tussen cliënt en zorgzwaartepakket. Tijdens deze pilot is ook informatie verzameld om een definitief besluit te kunnen nemen over de vraag of dagbesteding apart bekostigd dient te worden voor de gehandicaptenzorg en GGZ.

De pilot is eind mei afgerond. Ik verwacht dat medio juni een volledige analyse beschikbaar is. Mede op basis van deze analyse zullen de voorliggende zorgzwaartepakketten worden vastgesteld. Daarbij betrek ik de aanpassingen zoals deze zijn voorgesteld door de verschillende brancheorganisaties.

De prijzen voor de zorgzwaartepakketten worden in oktober van dit jaar door het CTG/Zaio vastgesteld, inclusief een regeling voor cliënten met een extreme zorgzwaarte

Indicatiestelling

In 2006 zal ook de indicatiestelling worden aangepast. Dit gebeurt in twee stappen. De eerste stap betreft een pilot in zes regio's van het CIZ. In deze pilot worden voor ca 9.000 cliënten naast een reguliere indicatie, indicaties opgesteld in termen van een zorgzwaartepakket. Het betreft hier 'schaduwdraaien' aangezien de cliënt in kwestie deze indicatie in een zorgzwaartepakket niet te zien krijgt. Op basis van de uitkomsten van deze pilot zal het volgende gebeuren:

- beoordelen van de zorgzwaartepakketten, met name de mate waarin cliëntprofielen voldoende onderscheidend zijn. Uitkomsten worden betrokken bij het definitief vaststellen van de zorgzwaartepakketten eind juni
- bijstellen van de werkprocessen van het CIZ
- vaststellen van de onderliggende beslisregels

Eind mei eindigt de pilot indicatiestelling. Evaluatie van de uitkomsten zijn medio juni beschikbaar. In augustus zal ik de beslisregels waarmee cliënten worden verbonden aan een zorgzwaartepakket vaststellen. In de periode augustus-december zal het CIZ werkprocessen aanpassen en het personeel trainen voor het werken met zorgzwaartepakketten per 1 januari 2007.

Voor de cliënten die in 2006 een indicatie ontvangen dan wel een indicatie hebben voor verblijfszorg zal deze aanpassing in 2006 geen gevolgen hebben

Leveringsvoorwaarden

- Leveringsvoorwaarde A betekent dat de beperkingen van de cliënt zodanig zijn dat deze (bijna) alleen zorg nodig heeft op planbare momenten en minimaal (< 1x per week) gebruik maakt van alarmering.
- Leveringsvoorwaarde B betekent dat de beperkingen van de cliënt zodanig zijn dat deze naast planbare zorg ook bijna dagelijks op ongeplande momenten zorg nodig heeft. Cliënt is in staat tot dagelijkse alarmering voor zorg waarvoor de komst van de zorgverlener kan worden afgewacht.
- Leveringsvoorwaarde C betekent dat de beperkingen van de cliënt zodanig zijn dat deze naast planbare zorg ook dagelijks op ongeplande momenten zorg nodig heeft. Cliënt is echter niet (meer) in staat om zelf het initiatief voor de noodzakelijke zorg te nemen en is ook niet (meer) in staat om altijd de alarmering te bedienen. Wel kan de cliënt gezien zijn beperkingen nog wachten op de komst van de zorgverlener zonder dat er onveilige situaties ontstaan. Voor de zorgverlener betekent dit dat deze op geregelde tijden bij de cliënt nagaat of zorgverlening nodig is.
- Leveringsvoorwaarde D betekent dat de beperkingen van de cliënt zodanig zijn dat deze naast planbare zorg ook dagelijks op ongeplande momenten zorg nodig heeft. Cliënt is echter niet (meer) in staat om zelf het initiatief voor de noodzakelijke zorg te nemen en is ook niet (meer) in staat om altijd de alarmering te bedienen. Ook kan de cliënt gezien zijn beperkingen niet de komst van de zorgverlener afwachten zonder dat er onveilige situaties ontstaan. Voor de zorgverlener betekent dit dat de cliënt 24 uur per dag toezicht nodig heeft.

In de pilot indicatiestelling wordt voor alle cliënten met leveringsvoorwaarden B, C en D tevens onderzocht of deze gezien hun zorgbehoefte zijn aangewezen op een beschermende woonomgeving, op een therapeutisch leefklimaat of op permanent toezicht.

Alleen voor de cliënten waarvoor in de pilot leveringsvoorwaarde 'A' is vastgesteld zal de indicatiesteller veronderstellen dat deze gezien hun zorgbehoefte niet zijn aangewezen op een beschermende woonomgeving, op een therapeutisch leefklimaat of op permanent toezicht.

De resultaten van de pilot maken zo duidelijk of er onder de cliënten met leveringsvoorwaarden B, C of D groepen cliënten zijn die formeel geen aanspraak hebben op een volledig pakket.

Bijlage 5: Brief CTZ 28 september 2006

BEZOEKADRES
Bekholt 4
1112 XH Diemen

POSTADRES
Postbus 324
1110 AH Diemen

T (020) 797 80 00

F (020) 797 81 11

E info@ctz.nl

I www.ctz.nl

De Staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. C.I.J.M. Ross-van Dorp
Postbus 20350
2500 EJ 's-GRAVENHAGE

Uw brief van
20 juni 2006

Uw kenmerk
Z/M-2692767

Datum
28 september 2006

Ons kenmerk
CTZ/26085419

Behandeld door
drs. A.J. van Zoest

Doorkiesnummer
(030) 2968307

Onderwerp

Toezichttoets zorgzwaartebekostiging intramurale AWBZ-zorg

U heeft het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) verzocht een toezichttoets uit te brengen over de voorgenomen invoering van een AWBZ-brede prestatiebekostiging op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's). Hierbij bieden wij u de bevindingen van de toezichttoets aan.

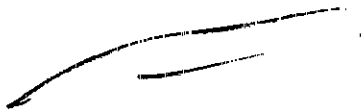
Aangezien de invoering van de zorgzwaartebekostiging op basis van ZZP's geen verandering oplevert in het toezichtdomein, de mogelijkheden tot informatieverzameling en interventies van de toezichthouder, richt deze toezichttoets zich op de vraag of voldoende duidelijk is waarvoor zorgkantoren verantwoordelijk zijn na invoering van ZZP's. Daarnaast zijn de vragen beantwoord die u het CTZ heeft gesteld over de invulling van de controles door zorgkantoren en de rol van het zorgplan. Het CTZ heeft in zijn toezichttoets een onderscheid gemaakt tussen de beoogde eindsituatie en de overgangssituatie.

Per 1 oktober 2006 treedt de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) in werking en gaan het College Tarieven Gezondheidszorg / de Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) en het CTZ samen op in de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). U heeft CTG/ZAio eerder verzocht om een uitvoeringstoets naar de invoering van ZZP's. CTG/ZAio heeft hier 29 maart 2006 in hoofdlijnen een reactie op gegeven en deze in maandelijkse rapportages

verder vormgegeven. In aansluiting daarop worden in deze toezichttoets vanuit het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ, de toezichtaspecten beoordeeld. In de toekomst zal één uitvoerings-toezichttoets volstaan.

Wij vertrouwen erop dat u de bevindingen van deze toezichttoets meeweegt in uw verdere besluitvorming rond de invoering van de zorgzwaartebekostiging in de intramurale AWBZ-zorg en de verdere uitwerking van de randvoorwaarden.

Hoogachtend,
College toezicht zorgverzekeringen



dr. M.E. Homan
algemeen directeur



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

E info@nza.nl

I www.nza.nl