

Vergaderjaar 2009–2010

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 149**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2010

Op 1 februari 2010 heeft de voormalige staatssecretaris uw kamer geïnformeerd over de betekenis van de visie op langdurige zorg voor de bekostiging van de AWBZ (TK 2009–2010, 30 597, nr. 134). In die brief heeft de staatssecretaris aangegeven dat de behoefte van de cliënten centraal staan in de langdurige zorg en dat de zorg daar binnen de kaders op aan moet sluiten. In dezelfde brief heeft de Staatssecretaris aangegeven hoe dat vertaald moet worden in de bekostiging.

Met de invoering van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de intramurale zorg is een eerste belangrijke stap gezet naar een bekostiging die de cliënt volgt: de persoonsvolgende bekostiging.

Zorgzwaartebekostiging is sinds 1 januari 2009 van kracht. De drie doelstellingen achter de invoering van de zorgzwaartepakketten zijn:

1. Prestatiebekostiging naar zorgzwaarte (geen plaatsen of bedden bekostigen maar prestaties naar zorgzwaarte).
2. Persoonsvolgendheid: het stimuleren van aanbodsturing naar vraagsturing, waarbij ruimte is voor cliënt en aanbieder om samen afspraken te maken over de gewenste zorg;
3. Eenvoudig transparant systeem: één taal in de keten.

Vóór 2009 ontvingen zorginstellingen een gemiddeld bedrag per cliënt en het aantal beschikbare bedden. Het maakte daarbij niet uit of een cliënt veel of weinig zorg nodig had. En of een bed bezet was. Zorgzwaartebekostiging realiseert een eerlijker verdeling van de beschikbare AWBZ-middelen. De hoeveelheid zorg die cliënten nodig hebben, bepaalt nu het budget dat instellingen krijgen. Zorginstellingen krijgen minder geld voor cliënten die weinig zorg nodig hebben, en meer geld voor cliënten die intensieve zorg nodig hebben.

De zorgzwaartepakketten voor cliënten in de langdurige zorg zijn gebaseerd op de zorgbehoefte van vergelijkbare cliënten (cliëntprofielen) en worden gebruikt in de hele zorgketen van indicatiestelling t/m bekostiging en verantwoording.

Het pakket moet de cliënt in staat stellen om daarbinnen de door de cliënt gewenste zorg en zorgaanbieders te kiezen. Met zorgzwaartepakketten

wordt het voor de cliënt mogelijk om onderdelen van het pakket onderling uit te wisselen (substitutie). Zorgaanbieder en cliënt maken hierover afspraken in het zorgplan.

De systematiek van zorgzwaartepakketten die is geïntroduceerd voor de intramurale zorg wordt ook verder ontwikkeld voor de extramurale zorg.

In deze brief ga ik verder in op de voortgang van de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Daarbij ga ik in op een aantal toezeggingen die ik heb gedaan inzake de zorgzwaartebekostiging in de AWBZ. Het betreft het door de voormalige staatssecretaris toegezegde onderzoek van PWC over inzet van

AWBZ-middelen met als onderdeel de relatie tussen kwaliteit en instellingen die in budget stijgen of dalen en de stand van zaken van het onderzoek van de werkgroep pgb die VWS adviseert over de toekomstige bepaling, vormgeving en hoogte van het pgb voor verblijfsgeïndiceerden. In deze brief komen daarnaast de volgende onderwerpen aan bod: cliëntenmonitor zzp's van juni 2010, behandelcomponent in de zorgzwaartepakketten, onderhoud aan de zorgzwaartesystematiek en aanvullende diensten.

### **Stand van zaken invoering zorgzwaartebekostiging**

In de afgelopen jaren is in overleg met alle betrokken partijen veel tijd geïnvesteerd in zorgzwaartepakketten (ZZP's) en de daarbij behorende tarieven te introduceren. Daarbij is veel aandacht besteed aan de ontwikkeling en onderhoud van een passende reeks met zorgzwaartepakketten. Tevens is veel aandacht besteed aan een geleidelijk en zorgvuldig overgangstraject om zowel zorgaanbieders als cliënten in staat te stellen om zich voor te bereiden op de gevolgen van de nieuwe zorgzwaartepakketten.

Daar waar in 2009 de oude bekostiging nog leidend was voor de hoogte van het budget van de instelling (met een beperkt financieel effect van de zorgzwaartepakketten), is in 2010 de volledige overstap gemaakt. Dit betekent dat er vanaf 1 januari 2010 sprake is van één taal in de keten van indicatiestelling t/m bekostiging en verantwoording. Het systeem van de zorgzwaartebekostiging staat daarmee.

Het blijft echter zaak om te bewaken of de systematiek recht doet aan cliënten(groepen). Ik blijf dat in overleg met alle betrokkenen in de drie sectorale kerngroepen zorgzwaartebekostiging bewaken in het kader van het jaarlijkse onderhoud. Over het jaarlijkse onderhoud bericht ik verderop in deze brief. Ik wil in overleg met alle betrokken partijen bij het onderhoud ook bewaken dat de eenvoud van de systematiek gewaarborgd blijft.

In de afgelopen jaren hebben alle partijen zich voorbereid op de financiële gevolgen (zowel positief voor stijgers in budget, als negatief voor dalers in budget) die de invoering van de zorgzwaartepakketten met zich meebrengen. Zorgzwaartepakketten betekenen niet alleen een andere manier van de verdeling van de beschikbare middelen, maar ook een heroriëntatie op de bedrijfsvoering van instellingen.

In het veld is men druk bezig om het principe van zorgzwaartebekostiging in de gehele bedrijfsvoering en het primaire proces vorm te geven. Ik heb bemerkt dat daarbij behoefte bestaat aan ondersteuning. Om deze reden wordt binnen het «In Voor Zorg» programma een apart element ingebracht voor de ondersteuning van de adequate toepassing van ZZP's. De doelstelling van «In Voor Zorg» is het ondersteunen van zorgaanbieders in het realiseren van meer kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. Door de relatie met de ZZP-bekostiging te leggen, wordt gewerkt aan het samenbrengen van kwaliteit en bekostiging in de langdurige zorg. Door kennis rond verbetering van kwaliteit en bedrijfsvoering te verzamelen en

deze in relatie tot de ZZZP-bekostiging te brengen ontstaat samenhang in het beleid voor de zorgaanbieders die met beide aspecten van beleid worden geconfronteerd.

Deze ondersteuning zal bestaan uit informatievoorziening, en «hands on» hulp. In de informatievoorziening gaat het om informatie over strategisch gebruik van de ZZZP's, het verspreiden van slimme voorbeelden van «collega's» en workshops. Bij de «hands on» ondersteuning moet u denken aan de inzet van slimme software die helpt met de eigen informatievoorziening. Begonnen wordt met een inventarisatie onder de ZZZP bekostigde instellingen om een goed beeld van de stand van zaken en de ondersteuningsbehoefte te krijgen. De inventarisatie onder alle instellingen in Nederland zal in de zomer van start gaan.

Tevens wordt op landelijk niveau een klankbordgroep samengesteld. Deze groep zal bestaan uit deskundigen uit de instellingen en gaat in september van start. De taak van deze groep is signaleren van knelpunten in het veld, die we dan tijdig kunnen aanpakken. De taak is ook het signaleren van mogelijkheden, die we dan breed kunnen verspreiden. Daarin wil VWS natuurlijk samenwerken met landelijke organisaties zoals ActiZ, GGZ Nederland, VGN en ZN. Naast de landelijke klankbordgroep blijven ook de sectorale kerngroepen zorgzwaartebekostiging bestaan waarin het jaarlijkse onderhoud aan de zorgzwaartesystematiek wordt besproken.

### **Clïëntenmonitor**

De gezamenlijke clïëntenorganisaties monitoren de veranderingen in de langdurige zorg. Een van de aandachtsgebieden daarbij is de invoering van de zorgzwaartepakketten. In de als bijlage bijgevoegde monitor<sup>1</sup> gaan de clïëntenorganisaties in op de volgende aspecten:

- hoe de zorginstellingen de invoering van de zorgzwaartepakketten aanpakken, en
- wat de ervaringen van de clïënten zijn over de invulling van de pakketten.

Uit de monitor blijkt dat zorginstellingen positief zijn over de uitgangspunten van de zorgzwaartepakketten en de toename van transparantie waar dit toe leidt. Zorgorganisaties geven aan dat ze vaker dan voorheen de dialoog aangaan met de clïënt over de invulling van de zorg. De nieuwe bekostiging heeft als voordeel dat voor mensen met (zeer) uitgebreide beperkingen gericht meer geld beschikbaar is. Een deel van de organisaties en beroepskrachten ziet de ZZZP's echter als een nieuwe bekostigingsvorm en niet meer dan dat.

Clïëntenorganisaties signaleren dat veel organisaties terugkomen op de keuze om met clïënten gedetailleerd afspraken te maken over het aantal uren. Veel meer wordt de insteek gekozen om het met de clïënt te hebben over de manier waarop de kwaliteit zo goed mogelijk kan worden ingevuld. Ook de landelijke clïëntenorganisaties hebben in hun brochure «ZZP wat kan ik ermee» afstand genomen van het invullen van ZZZP's op basis van zorgtijd. Cruciaal is dat de afspraken zoals die worden gemaakt in het zorgplan worden nagekomen.

Uit de clïëntenmonitor blijkt dat de zorg over het algemeen redelijk goed aansluit op de persoonlijke behoeften en wensen van de clïënt. In de langdurige GGZ is de aansluiting lager dan in de andere twee sectoren. De clïëntenorganisaties constateren dat onder het beeld van de over het algemeen redelijk goede aansluiting nog wel knelpunten bestaan; bijvoorbeeld te weinig persoonlijke begeleiding bij persoonlijke ontwikkeling of dagactiviteiten die te weinig afwisselend zijn. De clïëntenorganisaties geven aan dat de aansluiting bij de wensen en behoeften niet – of niet beslissend door de zorgzwaartepakketten hoeft te komen. De zorgzwaartepakketten helpen wel wat, maar van doorslaggevende betekenis is de cultuur van vraaggericht werken en de werkstijl van

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

zorgplannen rond leefgebieden. Soms zijn het kleine vernieuwingen die grote betekenis kunnen hebben voor de kwaliteit van zorg. De cliëntenorganisaties constateren dat er verschillen zijn in wat zorginstellingen binnen het ZZP voor cliënten kunnen realiseren. Instellingen zouden meer van elkaar kunnen leren, zo is de constatering van de cliëntenorganisaties.

De cliëntenorganisaties komen met de aanbeveling om het ZZP-stelsel meer stabiel te maken, omdat cliënten met eenzelfde zorgzwaarte in uiteenlopende pakketten worden ingedeeld. Daarbij is volgens de cliëntenorganisaties een tendentie waarneembaar om cliënten in te delen in hogere ZZP's.

De NZa heeft eerder onderzoek gedaan naar signalen over indeling in hogere zorgzwaarte. In de «Voortgangsrapportage invoering ZZP's» van de NZa van juni 2009 (die als bijlage was bijgevoegd bij TK 2009–2010, 30 597, nr. 115 ), constateert de NZa op basis van hun onderzoek, dat dit in de praktijk niet wordt bevestigd. Ik wil dit signaal in overleg met onder andere de cliëntenorganisaties bespreken en samen met hen bezien hoe de afbakening van de ZZP's verbeterd kan worden. Stelselmatige indeling in hogere ZZP's zou betekenen dat de houdbaarheid van de ZZP-systematiek onder druk komt te staan.

### **Gevolgen voor afschaffen budgetgarantie voor pgb**

Over de vormgeving van de toekomstige pgb-regeling voor ZZP-geïndiceerden moet nog besluitvorming plaatsvinden. Voor bestaande pgb-houders die een ZZP-indicatie hebben, geldt een budgetgarantie tot 31-12-2011. In de werkgroep ZZP-rgb die de voormalige Staatssecretaris heeft ingesteld (bestaande uit vertegenwoordigers van Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland, CIZ, CVZ en VWS) worden knelpunten van de ZZP-invoering voor pgb-houders onderzocht. Tevens heeft de werkgroep aan een onderzoeksbureau gevraagd om onderzoek te doen naar de financiële gevolgen van het afschaffen van de budgetgarantie voor pgb-houders. Het concept-onderzoeksrapport is inmiddels gereed en zal begin juli in de werkgroep ZZP-rgb worden besproken. De werkgroep zal mij adviseren over de wijze waarop in de toekomst het pgb voor verblijfsgelicenseerden moet worden vastgesteld en tevens over het invoeringstraject. Op basis van het advies van de werkgroep zal ik (of mijn opvolger) een beslissing nemen. Bij het nemen van de beslissing zal ik tevens in beschouwing nemen of voor de zogenoemde ouderinitiatieven en Thomashuizen nog aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn om tegemoet te komen aan de toezegging van de voormalige staatssecretaris dat deze niet zouden omvallen als gevolg van de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

### **Behandelcomponent in de Zorgzwaartepakketten**

In de brief van 1 februari 2010 over de «betekenis visie langdurige zorg voor bekostiging AWBZ» is de voormalige staatssecretaris ingegaan op de behandelcomponent in de ZZP's in de sectoren Verpleging en Verzorging en gehandicaptenzorg.<sup>1</sup> In die brief is aangegeven dat iedere keuze omvangrijke gevolgen heeft voor overheveling van budgetten van AWBZ naar Zvw en WMO of omgekeerd. Er is ook aangekondigd dat een en ander zou worden gebaseerd op inhoudelijke gronden en niet op de omvang van mogelijke overheveling van budgetten.

<sup>1</sup> In de huidige bekostiging is de vergoeding voor de behandelcomponent die in de ZZP's is opgenomen afhankelijk van de toelating die de instelling heeft. Afhankelijk van de toelating komen de kosten voor behandeling t.l.v. de AWBZ of Zvw. Het streven is om dit onderscheid in de toekomst te laten vervallen en in ieder geval niet te koppelen aan de toelating van de instelling.

Ik heb inmiddels in een drietal werkconferenties in overleg met de vertegenwoordigers uit beide sectoren – vanuit de inhoud – verkend, welke scenario's voor de korte termijn (2011) en voor de langere termijn (na 2011) wenselijk zijn. De deelnemers aan de werkconferenties schetsten dat er in de praktijk veel onduidelijkheid bestaat over wat onder behan-

deling in de AWBZ wordt verstaan. Volgens een aantal deelnemers is het goed mogelijk om een onderscheid te maken tussen gespecialiseerde behandeling (conform artikel 8 van het besluit zorgaanpak(BZa)) en behandeling conform artikel 15 BZa. Andere deelnemers aan het overleg bestrijden dat dit onderscheid helder te maken is.

Belangrijk signaal uit de georganiseerde expertmeetings is dat de behandelcomponent in het ZZP niet moet worden gezien als een individueel claimbaar recht, maar meer als een middel om zorgaanbieders te bekostigen voor de behandeling van de populatie cliënten die zij in zorg hebben. De aard en omvang van de behandeling staan niet vast met de indicatiestelling, maar worden bepaald in overleg tussen de behandelaar en de cliënt en vastgelegd in het zorgplan.

Omdat de specifieke AWBZ-behandeling wordt gekenmerkt door een gecombineerde benadering vanuit verschillende behandeldisciplines, werd door meerdere partijen het opzetten van multidisciplinaire behandelunits wenselijk geacht. Door het ontwikkelen van standaarden, richtlijnen en behandelprogramma's (evidence based) kan een verdere professionalisering plaatsvinden. Op die manier kan kennis en kunde worden gebundeld en beschikbaar gesteld worden voor cliënten met of zonder verblijf. Die units kunnen binnen zorginstellingen worden georganiseerd, maar ook als zelfstandige organisaties worden ingericht, waarbij ook sprake is van samenwerking met de eerste lijn. Wat betreft de financiering is het mogelijk om deze units afzonderlijk te financieren als expertisecentra of via de behandelcomponent van de ZZP's. Voordeel voor het financieren van de expertisecentra als geheel is, dat het zorgkantoor/de verzekeraar direct met deze centra afspraken kan maken. Dit kan in de toekomst zowel binnen de Zvw als de AWBZ; afhankelijk van de keuze die wordt gemaakt over de toekomstige bekostiging van de behandelcomponent.

Op basis van de werkconferenties ben ik nog niet gekomen tot een definitief oordeel over de toekomst van de component behandeling in de zorgzwaartepakketten voor de gehandicaptenzorg. Ik wil dit verder in overleg met de sector uitwerken, waarbij het zeer goed mogelijk is dat voor verschillende deelsectoren binnen de gehandicaptensector ook verschillende keuzes worden gemaakt.

Voor cliënten in de gehandicaptensector geldt dat zij langdurig (vaak een heel mensenleven) op verblijfszorg zijn aangewezen. In de gehandicaptenzorg zijn er daarom veel voorstanders om alles zo «gewoon mogelijk» te regelen, zoals het ook voor mensen zonder beperkingen geregeld is. Vanuit dat perspectief wordt door velen geopperd om alleen de gespecialiseerde behandeling (de artikel 8 behandeling die samenhangt met de grondslag waarop men in aanmerking komt voor AWBZ-verblijf) in de zorgzwaartepakketten op te nemen en de overige behandeling over te hevelen naar de Zvw. Ik vind dit een gedachtenlijn om verder te verkennen.

Voor de sector Verpleging en Verzorging heb ik een duidelijker beeld over de gewenste wijze waarop de behandelcomponent in de toekomst moet worden bekostigd. In het kader van een verdere extramuralisering en het verder scheiden van wonen en zorg acht ik het erg waarschijnlijk dat in de toekomst ZZP's 1 t/m 3 in de V&V niet langer als intramurale/verblijfsaanspraak zullen worden geïndiceerd, maar als een extramurale indicatie. Ook het ambtelijke rapport «brede heroverwegingen langdurige zorg» en de verkiezingsprogramma's van meerdere partijen spreken zich uit over een dergelijke richting.

De voormalige staatssecretaris heeft in haar brief van 1 februari 2010 al haar voorkeur uitgesproken voor het bekostigen van alle zorg (inclusief de behandeling) en begeleiding voor de meest kwetsbare cliëntengroepen

integraal vanuit één kader (de AWBZ) en vanuit één pakket (het ZZP) om daarmee een goede samenhang tussen zorg en welzijn te bereiken. In de brief van 1 februari 2010 werd gesproken over ZZP 5 en hoger. Omdat ik het niet wenselijk acht om voor ZZP VV4 als enige ZZP in de V&V-sector een afwijkende keuze te maken (uitgaande van het op termijn verdwijnen op termijn van ZZP 1 t/m 3) zal ik in overleg met de V&V-sector het scenario verder uitwerken waarbij vanaf ZZP VV4 behandeling een integraal onderdeel vormt van het pakket dat uit de AWBZ wordt vergoed.

### **Behandeling in de ZZP's op korte termijn (2011)**

Voor 2011 verandert de wet- en regelgeving niet. Voor de ZZP's in zowel de gehandicaptenzorg als de V&V blijven er in 2011 twee tarieven bestaan (één met een behandelcomponent en één zonder, waarbij de toelating van de instelling bepalend is welke prijs kan worden afgesproken).

De reeks van ZZP's waarin behandeling als onderdeel is opgenomen verandert niet in 2011 (in de ZZP's voor de V&V is bijvoorbeeld vanaf ZZP VV3 behandeling opgenomen in de pakketomschrijving, dit is ook het geval in 2011).

Ik ga ervan uit dat zorgkantoor en zorginstellingen in het lokaal overleg – binnen de beschikbare contracteerruimte – tot maatwerkafspraken kunnen komen over adequate bekostiging van de benodigde zorg (inclusief de behandelcomponent).

### **Onderhoud aan de zorgzwaartesystematiek**

In de vorige voortgangsrapportage van 5 november 2009 is uitgebreid beschreven welke onderhoudspunten in de onderhoudsagenda 2010 (ten behoeve van indicatiestelling en bekostiging in 2011) waren opgenomen. Onder regie van het ministerie van VWS zijn in de afgelopen maanden de onderhoudspunten in overleg met NZa, CVZ, CIZ, ZN, brancheorganisaties van zorgaanbieders en cliëntenorganisaties opgepakt en besproken in de diverse sectorale kerngroepen zorgzwaartebekostiging. Op basis van de bespreking in de diverse kerngroepen heeft het ministerie van VWS begin mei 2010 - via een brief aan de NZa - bekendgemaakt welke keuzes zijn gemaakt. De NZa heeft op basis van deze keuzes de beleidsregels, inclusief tarieven, opgesteld voor de bekostiging in 2011. Deze beleidsregels zijn gepubliceerd op de website van de NZa. De zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen hiermee met de voorbereidingen van de zorginkoop voor het jaar 2011 starten. Op 30 juli 2010 leveren alle zorgaanbieders daartoe hun eerste offerte in bij de zorgkantoren.

In de tweede bijlage wordt ingegaan op de belangrijkste onderhoudspunten.<sup>1</sup> Vooral in de gehandicaptensector is een aantal verbeteringen in de ZZP-systematiek doorgevoerd. De belangrijkste wijzigingen in de gehandicaptensector zijn de introductie van een toeslag voor kinderen en jeugdigen (t/m 22 jaar in 3 leeftijdscategorieën) en de opsplitsing van het «oude» ZZP voor meervoudig complex gehandicapten (VG5).

Met de toeslag voor kinderen en jeugdigen in de gehandicaptenzorg ontvangen instellingen een vergoeding voor de extra kosten die gemaakt worden voor opvoeding en extra toezicht en begeleiding die verband houden met de leeftijd van kinderen en jeugdigen.

Onderzoek naar de zorg voor meervoudig complex gehandicapten (die ingedeeld zijn in ZZP VG5) heeft aangetoond dat er binnen dit ZZP twee verschillende cliëntgroepen zijn te onderscheiden. Het onderscheid tussen beide cliëntgroepen zit in de mate van mobiliteit. Het oude VG5 wordt opgesplitst in een nieuw VG5 en een VG8.

Niet alle onderwerpen uit de onderhoudsagenda 2010 konden worden meegenomen in de bekostiging en indicatiestelling per 2011. In overleg met alle betrokken partijen wordt een onderhoudsagenda opgesteld ten

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

behoefte van het jaar 2012. Daarbij worden ook gezamenlijk afspraken gemaakt over het stellen van prioriteiten bij de aanpak van de onderhoudspunten.

### **Relatie tussen op- en afbouw van budget en kwaliteit van zorg**

In eerdere algemene overleggen met uw kamer over de invoering van de zorgzwaartebekostiging (voor het laatst op 3 december 2009) heeft de voormalige staatssecretaris toegezegd om onderzoek te doen naar de relatie tussen op- of afbouw van budget en kwaliteit van zorg. Dit aspect is meegenomen in een breder onderzoek naar de inzet van AWBZ-middelen in de sector Verpleging en Verzorging in relatie tot de kwaliteit van zorg. Dit onderzoek heeft de voormalige staatssecretaris laten uitvoeren naar aanleiding van de discussie over transparantie van besteding van AWBZ-middelen in het voorjaar van 2009.

Het onderzoek (zie bijlage)<sup>1</sup> biedt een goed inzicht in hoe deze zorginstellingen hun AWBZ-middelen inzetten. Hieruit blijkt dat de inzet verschilt per type instelling (vooral gericht op zorg met verblijf, vooral gericht op zorg zonder verblijf of beide) en dat een relatief beperkt deel van de AWBZ-middelen (gemiddeld 13,3%) wordt ingezet voor overhead. PWC heeft geen verband gevonden tussen de hoogte van de overhead en de mate waarin een instelling financieel gezond is. Ook heeft PWC geen verband gevonden tussen de hoogte van de overhead en de kwaliteit van zorg. Bij de begrotingsbehandeling 2010 is door mevrouw Leijten een motie ingediend (32 123 XVI nr. 40) die is aangehouden in afwachting van de uitkomsten van het bijgevoegde PWC-onderzoek. De motie vroeg om inzicht in het percentage van de AWBZ-middelen dat wordt besteed aan de primaire zorgverlening. Dit inzicht wordt verkregen met het bijgevoegde PWC-rapport.

PWC heeft in haar onderzoek geen verband gevonden tussen de toekomstige budgetwijzigingen als gevolg van de invoering van de zorgzwaartebekostiging en de geboden kwaliteit. Verder blijkt uit het rapport dat de opbouw en afbouw van het budget slechts één van de vele factoren is die een rol spelen bij een exploitatie van een zorginstelling. In het PWC-rapport wordt geen aantoonbaar verband gevonden tussen financiële prestaties en kwaliteit van zorg. Een goede kwaliteit van zorg voorspelt geen gezonde financiële exploitatie, en andersom ook niet. Alhoewel het onderzoek van PWC betrekking heeft op de V&V-sector, ga ik ervan uit dat de conclusie dat er geen aantoonbare relatie is tussen op- en afbouw van budget en de kwaliteit van zorg eveneens toepasbaar is op de andere sectoren. Ik ga ervan uit dat ook voor deze sectoren geldt dat dit slechts een van de vele factoren is die een rol spelen bij de exploitatie van een zorginstelling.

De voormalige staatssecretaris heeft de toezegging gedaan om na te gaan of de extra investeringen in de AWBZ ertoe heeft geleid dat er meer medewerkers aan de slag zijn gegaan in de zorg. Vanaf 2007 zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor meer handen aan het bed in de ouderenzorg. Structureel is daarvoor € 248 miljoen beschikbaar gekomen om circa 5 à 6.000 verplegenden en verzorgenden extra aan te stellen en daardoor de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Eerder is op verzoek van de staatssecretaris al onderzoek gedaan naar de extra inzet van middelen en het aantrekken van extra personeel. De conclusies hiervan zijn aan uw Kamer gestuurd in de arbeidsmarktbrief 2008 van 23 december 2008 (TK 2008–2009, 29 282, nr. 79). De conclusie hieruit was dat op basis van het rapport Regiomarge 2008 geconcludeerd kan worden dat de extra groei van 6000 medewerkers daadwerkelijk gerealiseerd is.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

## Aanvullende diensten

In intramurale instellingen worden aanvullende diensten aangeboden. Het aanbieden van aanvullende diensten is al jarenlang een gangbare praktijk in AWBZ-instellingen. Voorbeelden hiervan zijn een klusdienst, internetcafé, pedicure, enzovoort. Instellingen vragen voor die aanvullende diensten vaak een bijdrage. Ik ben van mening dat de aanvullende producten en diensten binnen de sector verschillend kunnen en mogen zijn. Er moet vrijheid bestaan in het regelen van zaken die niet tot de aanspraken behoren. Het is de desbetreffende instelling die, in samenspraak met de cliëntenraad, tot een aanbod van aanvullende diensten komt dat aansluit bij de vraag van de bewoners. De aanvullende diensten kunnen een belangrijke meerwaarde hebben voor de bewoners van een instelling. Ook binnen de instelling immers wil een cliënt naar de kapper, mee op een uitje of dat zijn of haar kledingstukken worden gewassen.

Instellingen zijn door de introductie van de zorgzwaartebekostiging bewuster geworden hoeveel middelen er beschikbaar zijn voor de (basis)zorg aan hun bewoners. De zorgzwaartebekostiging laat zien dat er grenzen zijn aan datgene wat uit de AWBZ-middelen kan worden betaald. De vraag van cliënten naar diensten kan groter zijn dan mogelijk is te bieden met de beschikbare financiële middelen. Voor de instelling bestaat dan de mogelijkheid, mits de basiszorg op orde is conform de normen van verantwoorde zorg, om de gewenste diensten door te berekenen naar de bewoners. Van een instelling mag worden verwacht dat kosten voor diensten niet lukraak worden doorberekend. Naast additionele financiële middelen van de cliënten zelf, van familie of van sponsoring, kan ook inzet in tijd door familie, vrijwilligers en medecliënten in de behoefte voorzien. Als de kosten wel worden doorberekend dan mag van een instelling worden verwacht dat dit tegen kostprijs gebeurt en dat er bij het uitbesteden van diensten meerdere offertes worden opgevraagd.

Er zijn veel creatieve oplossingen denkbaar. Een voorbeeld is een vrijwilliger die vroeger zweminstructeur was en die nu elke vrijdag met de bewoners uit een verpleeghuis gaat zwemmen. Een instelling kan ook een wasmachine neerzetten waar bewoners zelf hun was kunnen doen; de bewoners voelen zich nuttig, er is sprake van een activiteit en de was hoeft niet te worden uitbesteed. Ik wil bevorderen dat instellingen creatief en inventief omgaan met aanbod van aanvullende diensten. Dit onderdeel is punt van aandacht in het uitwisselen van best practices als onderdeel van het programma «Invoorzorg.»

Instellingen mogen geen bijdragen vragen voor diensten die tot de verzekerde zorg behoren. Hierover is bij eerdere gelegenheden met uw Kamer gesproken. Ik verwijs in dat verband ook naar de door de kamer aanvaarde motie van mevrouw Wolbert (Kamerstuk 30 597, nr. 71). Ter invulling van deze motie heeft VWS overleg gevoerd met de sector over de vrijwillige eigen bijdragen en de uitkomsten van het onderzoek naar vrijwillige bewonersbijdrage in AWBZ-instellingen. Zowel cliëntenorganisaties, de branche-organisaties uit de drie sectoren alsmede de zelfstandige bestuursorganen hebben aan deze gesprekken deelgenomen. Cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en het CVZ overleggen periodiek met elkaar over de signalen die zij ontvangen over aanvullende diensten. De belangrijkste conclusies, die door de gesprekspartners worden gedeeld, zijn de volgende:

- basiszorg voorop
- transparantie in aanbod
- cliëntenraad betrekken.



### *Basiszorg staat voorop*

De sector onderschrijft dat buiten kijf staat dat eerst de basiszorg geleverd moet worden, voordat sprake kan zijn van aanvullende diensten. De cliënt mag niet betalen voor deze aanspraken. Brancheorganisaties dragen dit standpunt uit naar hun leden.

De NZa verkent op welke wijze zij op kan treden tegen instellingen die bijdragen vragen voor diensten die onder de AWBZ-aanspraken vallen. Met het LOC is afgesproken dat zij meldingen van cliëntenraden bundelen en doorzetten naar de NZa. Het LOC heeft een oproep geplaatst in haar nieuwsbrief voor cliëntenraden. Daarnaast is de meldfunctie verbreed doordat aan cliëntenorganisaties is verzocht voorbeelden van bewoners door te geven. De meldingen hebben tot nu toe geen aanleiding gegeven voor de NZa om op te treden.

Daarnaast besteedt de NZa in het jaarlijkse onderzoek naar het functioneren van de zorgkantoren expliciet aandacht aan «Bijbetalingen voor verstrekkingen». Concreet betekent dit dat het zorgkantoor bij het inkoopproces:

- a. in de overeenkomst met de zorgaanbieder transparantie vraagt naar de cliënt over alle diensten die hij aan de cliënt separaat in rekening brengt. De zorgaanbieder moet de betreffende diensten en de tarieven die hij hiervoor hanteert duidelijk aan de consument kenbaar maken. In ieder geval wordt de informatie over de aanvullende diensten op de website van de zorgaanbieder opgenomen.
- b. van de zorgaanbieder verlangt dat de hoogte van de bijbetalingen redelijk is, dat wil zeggen niet meer dan de kostprijs en een eventuele kleine opslag.
- c. het beleid bespreekt inzake bijbetalingen en de hoogte van de bijbetalingen met de zorgaanbieder en de cliëntenraad afstemt.
- d. consequenties verbindt aan het niet voldoen aan de transparantievereisten door de zorgaanbieder.

### *Transparantie-algemene leveringsvoorwaarden*

Transparantie aan de cliënt en de cliëntenraad over het aanbieden van aanvullende diensten en de hoogte van het bedrag zijn cruciaal. In het verlengde hiervan zijn de tweezijdige algemene leveringsvoorwaarden van de verpleging en verzorging en thuiszorg relevant.

Op woensdag 21 april 2010 hebben de representatieve organisaties van de VVT-sector ActiZ, BTN en LOC zeggenschap in de zorg, NPCF en de Consumentenbond het eerste exemplaar van de Algemene Voorwaarden voor de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) aan mij aangeboden. Deze algemene voorwaarden zijn het resultaat van intensief overleg, dat in het afgelopen jaar tussen de partijen in SER-verband is gevoerd. De VVT-sector heeft de primeur van uniforme, sectorbreed gedragen Algemene Voorwaarden. Met de komst van uniform afgesproken Algemene Voorwaarden in de sector wordt een stevige basis gelegd voor de relatie zorgaanbieder-client in deze sector. Nieuw zijn onder meer:

- heldere afspraken over het verschaffen van informatie aan de cliënt;
- een duidelijke regeling over wie verantwoordelijk is voor de zorg;
- een goede incidenten- en calamiteitenregeling;
- een onafhankelijke geschillenregeling buiten de zorginstelling.

Het hanteren van de algemene voorwaarden is een lidmaatschapseis voor de Algemene ledenvergadering van Actiz.

In de algemene leveringsvoorwaarden is aandacht besteed aan de (informatie) rechten van cliënten bij aanvullende diensten bij de intake en de totstandkoming van de zorgovereenkomst. Voor de cliënt wordt hiermee duidelijk voor welke diensten hij wel en niet moet betalen en voor de zorgaanbieder geldt dat hij voor optionele diensten alleen

betaling mag vragen als de cliënt daar daadwerkelijk gebruik van maakt. Hiermee heeft de sector invulling gegeven aan aangehouden motie de Vries/ Wolbert/Wiegman/van Miltenburg (29 689, nr. 295). Deze set van voorwaarden kan als maatstaf dienen voor de andere sectoren.

#### *Betrekken cliëntenraad*

De cliëntenraad heeft een belangrijke rol bij het aanbieden van aanvullende diensten. Besluiten over aanvullende diensten vallen onder het verzwaaard adviesrecht van de WMCZ. In de nieuwe Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) wordt de invloed van de cliëntenraad vergroot. De cliëntenraad zal onder deze wet een instemmingsrecht krijgen. Daarnaast gaat de IGZ toezicht houden op de naleving van medezeggenschapsregels.

Cliëntenraden kunnen met de instelling meedenken en ideeën aandragen hoe het beste kan worden omgegaan met aanvullende diensten. Het LOC zal in een aantal zorgorganisaties nagaan welke aspecten een rol spelen bij het doorberekenen van kosten. Zowel hoe de kosten berekend worden als waarom een instelling dat zo doet. Hierbij worden cliëntenraden, managers en professionals betrokken. Er zal een mix worden gekozen van organisaties die veel aanvullende diensten in rekening brengen en organisaties die weinig in rekening brengen. Ook zullen de organisaties uit diverse zorgsectoren worden betrokken.

Aan het einde van het project wordt aan cliëntenraden, managers en professionals een handvat geboden hoe zij met extra kosten kunnen omgaan. De opgedane kennis tijdens het project biedt de basis voor dit handvat.

#### **Tot slot**

In de afgelopen jaren is er veel werk verzet om de zorgzwaartepakketten in te voeren en te laten landen in de AWBZ-instellingen. Ik waardeer de inzet van de sector die er voor heeft gezorgd dat deze majeure operatie relatief geruisloos is verlopen. Veel instellingen zijn overtuigd dat de zzp's voordelen opleveren: meer transparantie, eerlijker inzet van middelen en betere samenspraak met cliënten.

Er is echter nog werk te verzetten. Er is het afgelopen jaar voortgang geboekt in het onderhoud aan de systematiek. Maar het zzp-systeem is nog niet af en uitontwikkeld. Instellingen hebben al belangrijke stappen gezet om de cliënt meer centraal te stellen. Ik verwacht dat de sector de komende jaren steeds beter in staat zal zijn om de cliënt meer regie en keuzeruimte te geven over de invulling van de zorg.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink